

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° :33

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

Mr COMBET Edwin

Né le 14 AVRIL 1989 à PARIS

Parcours de Soins des patients pédiatriques en Situation de Migration  
et de Handicap Sévère : Rôle du Médecin Traitant dans une étude qualitative  
Strasbourgeoise

Président de thèse : Professeur Marie-Eve ISNER HOROBETI

Directeur de thèse : Docteur Mathieu REBERT

Assesseur : Docteur Marie-Thérèse ABI WARDE

Assesseur : Docteur Thibaut GOETSCH



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° :33

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

Mr COMBET Edwin

Né le 14 AVRIL 1989 à PARIS

Parcours de Soins des patients pédiatriques en Situation de Migration  
et de Handicap Sévère : Rôle du Médecin Traitant dans une étude qualitative  
Strasbourgeoise

Président de thèse : Professeur Marie-Eve ISNER HOROBETI

Directeur de thèse : Docteur Mathieu REBERT

Assesseur : Docteur Marie-Thérèse ABI WARDE

Assesseur : Docteur Thibaut GOETSCH

- **Président de l'Université**
  - **Doyen de la Faculté**
  - **Première Vice Doyenne de la Faculté**
  - **Doyens honoraires :** (1983-1989)  
(1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
  - **Chargé de mission auprès du Doyen**
  - **Responsable Administratif**
- M. DENEKEN Michel  
M. SIBILIA Jean  
Mme CHARLOUX Anne  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUDES Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
**Directeur général : N...**

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation		Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02	Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01	Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02	Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01	Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04	<b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAIS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDALHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

#### A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

## B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Iliès		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

## B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

**C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)**

Pre Ass. DUMAS Claire  
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne  
 Pr Ass. GUILLOU Philippe  
 Pr Ass. HILD Philippe  
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

**C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathieu

**C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)**

Dre DELACOUR Chloé  
 Dr GIACOMINI Antoine  
 Dr HOLLANDER David  
 Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth  
 Dr SCHMITT Yannick

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
  - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - MOULIN Bruno (Néphrologie)
  - PINGET Michel (Endocrinologie)
  - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
  - ROUL Gérald (Cardiologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc                      CNU-31                      IRCAD

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.98
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**ICANS** - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## **LE SERMENT D'HIPPOCRATE :**

“Au moment d’être admis exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.”

« La peur de l'échec

ne doit pas être plus forte que l'envie de réussir »

## Remerciements aux membres du jury

Au Professeur ISNER-HOROBETI Marie-Eve, merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail, et merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Au Docteur Thibaut GOETSCH, merci d'avoir bien voulu faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Au Docteur ABI WARDE Marie Thérèse, merci d'avoir déplacé vos rendez vous du jour pour faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à la thématique traitée ici.

Au Docteur REBERT Mathieu, merci de m'avoir guidé à travers cette aventure intellectuelle. L'opportunité d'étudier un sujet si unique et ta patience exemplaire ont été cruciales pour ma réussite. Merci de ton soutien.

## Remerciements

### A ma mère :

Je dois une reconnaissance infinie à ma mère, le véritable pilier de mon existence. Bien avant que le monde n'entende le célèbre "Yes, we can" d'Obama, ce mantra résonnait déjà dans les murs de notre maison, porté par la voix de ma mère. Son soutien inébranlable, digne du plus solide des piliers, est un cadeau inestimable que tout enfant mériterait. Sa force intérieure, son amour sans limites, et sa sagesse ont non seulement sculpté la personne que je suis aujourd'hui. Maman, tu as incarné chaque rôle imaginable avec une grâce et une résilience qui m'ont appris à affronter les adversités avec courage et dignité. Ce parcours est autant ta

victoire que la mienne, car chaque pas en avant a été guidé par la lumière de ton espoir et de ta foi inébranlable en moi. Je te suis profondément reconnaissant pour tout.

En plus de tout, tu as su être la douceur et le réconfort dont j'avais besoin pour apaiser mes maux. Dans les moments de doute et d'incertitude, ta présence bienveillante a été mon refuge, m'offrant une paix et une sérénité que seul l'amour d'une mère peut procurer. Ta capacité à alléger mes peines avec quelques mots, témoigne de la profondeur de ta capacité de compréhension. Maman, ta tendresse a été le baume sur les blessures invisibles, me permettant de me relever plus fort après chaque chute. Cet aspect de ta personnalité, cette force tranquille, a été tout aussi crucial dans mon parcours que ta résilience et ton encouragement. Pour cette source intarissable de douceur et de réconfort, je t'adresse toute ma gratitude et mon amour infini.

#### A mon père :

À mon père, qui a instauré un choix clair dans notre foyer : réussir ou réussir. Sur le moment, cette dichotomie semblait difficile à comprendre et encore plus compliquée à réaliser. Mais avec le temps, j'ai saisi que tu ne faisais qu'écho aux exigences de la société, où les nuances de l'échec sont souvent ignorées. Peu importe de combien l'on échoue, la société ne distingue pas les degrés d'échec ; elle porte un jugement froid et pragmatique : on réussit, ou on ne réussit pas. Tu voulais nous préparer à cette réalité, assurer que nous soyons dans "le bon wagon". Aujourd'hui, je comprends que ce n'était pas tant une pression injustifiée, mais une volonté de nous voir armés pour affronter le monde tel qu'il est, non comme on voudrait qu'il soit. Papa, je te remercie pour cette leçon de résilience et de persévérance, qui m'a enseigné l'importance de viser haut, non pas pour fuir l'échec, mais pour embrasser pleinement la réussite.

La rigueur et la méthode ont toujours été les maîtres mots, soutenus par le travail qui est une constante jusqu'à ce jour. Je pense que tu as beaucoup donné pour ta famille, et qu'il est l'heure pour toi de profiter de toutes ces années de labeurs. Papa tu as toujours prôné la rigueur et la méthode, des principes soutenus par une conviction profonde que le travail est la clé du succès, une constante qui perdure jusqu'à ce jour. Cette philosophie de vie, tu l'as appliquée non seulement dans tes propres entreprises mais aussi dans les leçons que tu nous as transmises, insistant sur l'importance de l'engagement et de la persévérance. Je reconnais maintenant tout ce que tu as sacrifié pour notre famille, l'ampleur de ton dévouement et la profondeur de ta générosité. Il est temps maintenant pour toi papa, de récolter les fruits des graines si durement semés. Merci, du fond du cœur, pour tout ce que tu as donné, et que cette nouvelle phase de ta vie t'apporte autant si ce n'est plus de satisfaction que tu en as semé.

A mon frère :

Mon frère, tu es le premier être humain sur cette Terre que j'ai désiré avoir à mes côtés, et ce sentiment s'est ancré en moi depuis mes 5 ou 6 ans. À cette époque, animé d'un désir peut-être un peu égoïste, je rêvais d'un compagnon de jeu, quelqu'un avec qui partager mes journées, mes joies et mes victoires. Mais, au fil du temps, tu es devenu bien plus qu'un simple frère ou un ami. Les mots me manquent pour exprimer pleinement ce que je ressens, mais tu es devenu mon alter ego, une extension de moi-même. Peu importe où la vie te mène sur cette vaste planète, sache que je serai toujours là pour toi.

Je t'aime d'un amour fraternel indéfectible, qui ne connaît ni frontières ni limites de temps. Prends soin de toi, mais surtout, continue de prouver au monde entier que tu es exceptionnel. N'oublie jamais que, à mes yeux, tu surpasses tout ce que je peux être. Montre-leur, montre à tous qui tu es réellement, et laisse ta lumière briller de mille feux. One love, mon frère.

A ma femme :

Que dire 'tellement il y a à dire ...et bien d'abord : merci !

Merci d'avoir fait irruption dans ma vie d'être là tous les jours avec le sourire et ta joie de vivre. Je te suis incroyablement reconnaissant pour tout ce que tu fais pour notre famille.

Il nous reste encore beaucoup d'épreuve à traverser et je sais que nous la traverserons ensemble, ta joie de vivre et éclairant notre chemin.

A mon fils Isaiah et mes futurs enfants :

En écrivant ces lignes, seul toi, Isaiah, nous a déjà rejoint, mais ton arrivée a revêtu une importance bien plus importante que tout ce que j'aurais pu imaginer. Le surnom que ta maman t'a donné, "Isaiah la joie", est d'une vérité éclatante. Ta vitalité et ton énergie sont contagieuses, bien que ma propre énergie semble s'épuiser bien plus rapidement que la tienne.

Je vous aime, toi et ceux qui nous rejoindront dans le futur. Cet amour existe en moi depuis si longtemps que, le jour où j'en ai pris conscience, je n'étais même pas encore uni à votre maman. Vous m'apportez ce que peu peuvent imaginer. Laissez-moi vous expliquer : imaginez un voyage au sein de votre esprit, où une multitude de boîtes s'ouvrent devant vous lors de votre passage, toutes sauf une, d'où s'échappe une voix douce et apaisante vous invitant à faire l'effort de l'ouvrir. Cette boîte, sans caractéristiques particulières, est néanmoins irrésistiblement attirante, et vous vous laissez séduire par cet appel. L'ouvrir s'avère être une expérience hors du temps qui, je l'ai compris plus tard, dépend de ce que vous y cherchez. Elle est remplie, d'une quantité qui dépasse l'entendement, de tout ce que vous décidez d'y trouver. J'ai donc choisi d'y puiser tous les ingrédients nécessaires à notre bonheur.

De cette petite boîte jaillit une source intarissable d'énergie et de motivation que je m'efforcerai d'utiliser à bon escient. Votre présence dans notre vie est ce qui nous est arrivé de plus beau. Je vous aime d'un amour qui transcende tout ce que j'aurais pu imaginer. Merci d'exister sans vous je n'aurais pu imaginer ce que peut représenter l'amour paternel.

## **Table des matières**

INTRODUCTION.....	26
I. Migration et médecine.....	26
a. Définition .....	26
b. Quelques chiffres.....	26
c. Une problématique de santé : les spécificités du patient migrant .....	29
d. Organisation de l'accueil en France.....	31
II. Handicap pédiatrique et parcours de soins .....	35
a. Définition .....	35
b. Un parcours de soins complexe.....	37
c. Rôle du médecin traitant .....	38
III. Objectif et problématique.....	40
a. Contexte .....	40
b. Objectif.....	41
MATERIEL ET METHODE .....	42
I. Sélection de la population cible.....	42
a. Critères d'inclusion .....	42
b. Critères d'exclusion.....	44
II. Sélection de la méthode d'analyse .....	44
III. Recueil des données .....	45
a. Les entretiens individuels.....	45
b. Consentement .....	46
c. Sécurisation des données patient.....	46
IV. Analyse des données .....	47
RESULTATS .....	48
I. Présentation de l'échantillon .....	48
II. Situation Initiale .....	49
a. Prise de conscience du handicap .....	49
b. Motifs médicaux de la migration .....	50
c. Autres motifs de migration.....	52
d. Choix de la France comme destination .....	53
III. Arrivée sur le sol français.....	54
a. Sources d'aide.....	54

b.	Communication et intégration.....	55
c.	Situation sociale .....	56
IV.	Premier contact avec le système de soin .....	57
a.	Type de professionnel de santé.....	57
b.	Perception du contact médical.....	58
c.	Barrières rencontrées .....	60
V.	Médecin traitant.....	61
a.	Choix du médecin traitant ou du pédiatre .....	61
b.	Obstacles à la sélection d'un médecin.....	62
c.	Perception du rôle du médecin traitant.....	63
d.	Qualité de la relation et Satisfaction avec le médecin traitant .....	64
e.	Difficultés rencontrées .....	65
VI.	Retour sur Expérience .....	65
a.	Besoin d'informations .....	65
b.	Expériences discriminatoires.....	66
c.	Niveau de satisfaction .....	67
	DISCUSSION .....	69
I.	Synthèse des résultats.....	69
a.	Situation initiale .....	69
b.	Arrivée sur le sol Français.....	72
c.	Médecin traitant.....	73
d.	Retour d'expérience .....	75
II.	Validité interne : forces limites et biais .....	77
a.	Biais de Sélection .....	77
b.	Biais de mémorisation.....	77
c.	Biais linguistique.....	77
d.	Biais d'interprétation.....	78
e.	Biais d'information .....	78
f.	Forces de l'étude .....	78
III.	Accès aux Soins et Systèmes de Santé Comparatifs .....	79
a.	Présentation succincte du système de santé Russe.....	79
b.	Présentation succincte du système de santé Géorgien.....	83
c.	Présentation succincte du système de santé Albanais .....	86

d.	Corruption et santé .....	88
e.	Rôle du soutien financier de la sécurité sociale et de l'assurance maladie.....	89
IV.	Impact des Délais de Sécurité Sociale sur l'Accès aux Soins .....	90
a.	Analyse des retards dans l'obtention d'un numéro de sécurité sociale .....	90
b.	Conséquences sur le choix de médecin traitant et l'accès aux soins .....	91
	CONCLUSION .....	92

## Liste des Abréviations

ADA	Allocation pour Demandeur d'Asile
ASI	Amyotrophie Spinale Infantile
AT-SA	Accueil Temporaire – Service Asile
CAES	Centres d'Accueil et d'Étude des Situations
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FFOMC	Fonds fédéral obligatoire d'assurance médicale (Système de santé russe)
GMFCS	Gross Motor Function Classification Scale
GUDA	Guichet Unique pour Demandeurs d'Asile
HAS	Haute autorité de la santé
HII	Health Insurance Institute
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
INSEE	Institut National de la Statistique et des études économiques
IURC	L'Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OIM	L'Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
NIA	Numéro d'Identification d'Attente
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
NNP	Numéro National Provisoire
PRAHDA	Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile
PNDS	Protocole nationaux de diagnostic et de soin
UHCP	Universal Health Coverage Program (Programme de couverture social universel)
SANDIA	Service Administratif National d'Identification des Assurés
SPADA	Structure de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile
VHI	Voluntary health Insurance (Assurance maladie volontaire)

# **INTRODUCTION**

## **I. Migration et médecine**

### **a. Définition**

L'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) définit depuis 2017 un migrant comme *“toute personne qui se déplace ou a déménagé à travers une frontière internationale ou à l'intérieur d'un État loin de son lieu de résidence habituel, quel que soit le statut juridique de la personne, volontaire ou involontaire, les causes et la durée du séjour”* [1].

Elle définit également les réfugiés et les demandeurs d'asile comme *“des migrants ayant quitté leur pays d'origine en raison de la crainte de persécution ou d'une menace pour leur vie”*.

Les réfugiés et les demandeurs d'asile ont des profils de santé spécifiques en raison de leurs expériences et de leur exposition dans leur pays d'origine et lors de leur migration vers les pays d'accueil.

### **b. Quelques chiffres**

#### **De 1990 à 1999 : Les Prémices d'une Croissance**

Durant la décennie 1990, la France a connu une augmentation significative de l'immigration, notamment en raison de la chute du mur de Berlin et des conflits dans les Balkans [2]. En Alsace, cette période a été marquée par une immigration principalement en provenance d'Europe.

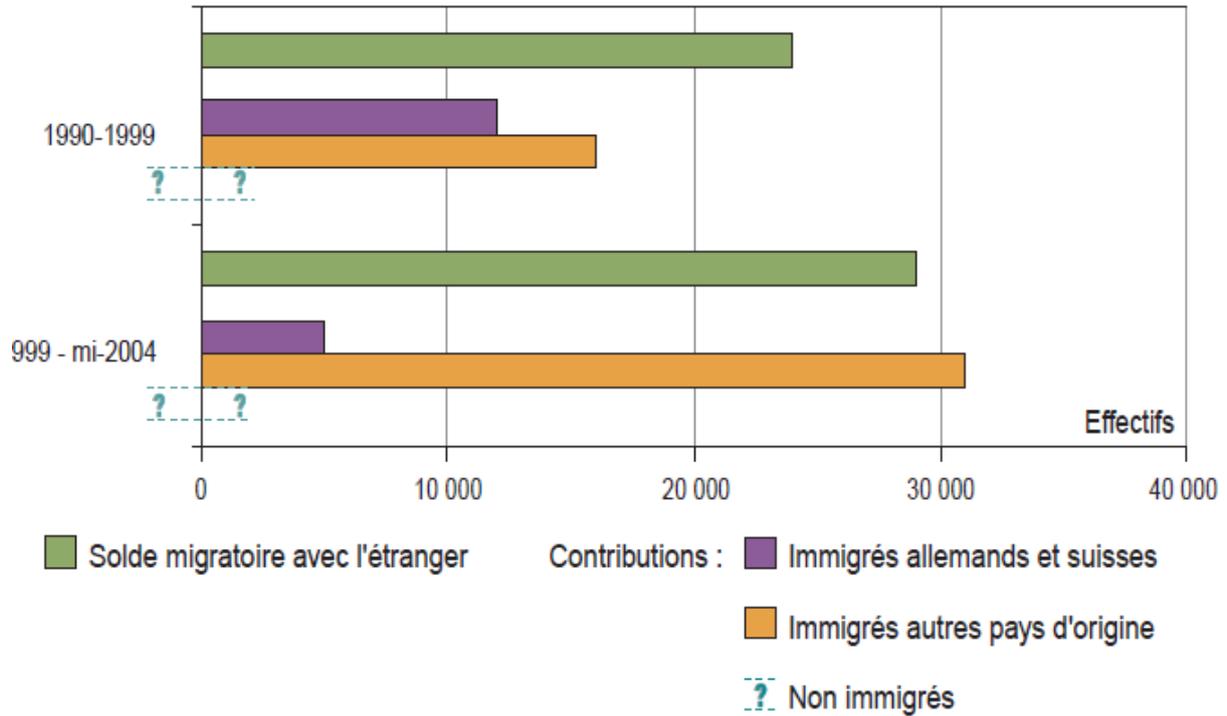


Figure 1 : Evolution de l'origine des immigrants arrivant en France

#### De 1999 à 2010 : Une Accélération Notable

Selon un rapport de l'Insee, le nombre d'immigrés en Alsace a augmenté de plus de 20% entre 1999 et mi-2004, passant de 148 000 à 180 000 [2]. Cette augmentation est supérieure à la moyenne nationale, qui est d'environ 10% sur la même période. Les immigrants représentent désormais 10% de la population totale de la région et 13% des personnes âgées de 30 à 59 ans [3,4]. L'origine des immigrants s'est également diversifiée, avec une baisse du nombre venant d'Europe (de 50% en 1999 à 46% en mi 2004) au profit des pays du Maghreb, d'Afrique subsaharienne et d'Asie. Par exemple, le nombre d'immigrés turcs a augmenté de plus de 5% par an, passant à environ 28 500 mi 2004[4].

Les flux migratoires se sont diversifiés, avec une augmentation notable de l'immigration en provenance d'Afrique et d'Asie. En Alsace, la tendance a été similaire, avec une diversification des origines des migrants.

Pays d'origine	Mi-2004	Variation depuis 1999
<b>Total</b>	<b>179 000</b>	<b>31 000</b>
dont :		
Allemagne	23 500	2 500
Italie	13 500	0
Portugal	11 000	-500
Espagne	5 500	500
Autres pays de l'ex-UE à 15 (Royaume-Uni, Belgique, ...)	6 500	500
Nouveaux pays adhérents de l'UE à 25 (Pologne, Hongrie, ...)	5 000	0
Futurs adhérents à l'UE (Roumanie, Bulgarie, Croatie)	3 000	1 000
Autres pays de l'ex-URSS d'Europe (Russie, Ukraine, ...)	2 000	1 000
Autres Pays de l'Est (Serbie-et-Monténégro, Bosnie-Herzégovine, ...)	5 000	1 000
Suisse	6 000	1 500
Algérie	18 000	4 500
Maroc	19 000	3 500
Tunisie	4 000	500
Pays d'Afrique hors Maghreb (Sénégal, Cameroun, ...)	12 000	4 000
Turquie	28 500	6 500
Cambodge, Laos, Viêt-Nam	4 500	0
Autres pays de l'ex-URSS d'Asie (Arménie, Georgie, ...)	1 500	1 500
Autres pays d'Asie (Iran, Inde, Liban, Chine, Thaïlande, ...)	6 500	2 000
Pays d'Amérique	3 500	1 000

Sources : Insee, recensement de 1999 et enquêtes de 2004 et 2005

Figure 2 : Diversification de l'origine des migrants arrivant en Alsace

### De 2012 à 2020 : Vers une Nouvelle Étape

La période la plus récente, de 2012 à 2020, a été marquée par une nouvelle augmentation de l'immigration en France. Selon une étude de l'INSEE, en 2022, 7,0 millions d'immigrés vivent en France, soit 10,3 % de la population totale [5]. En Alsace, cette période a également vu une augmentation de l'immigration, notamment en raison de la crise des migrants en 2015 et des besoins croissants du marché du travail.

Ces différentes phases sont résumées sur la figure 4 retraçant la taille absolue de la population immigrée en France (différente de la population étrangère mais approximant cette dernière).

On y note que l'évolution entre 2000 et 2020 a été supérieure en France qu'entre 1930 et 2000.

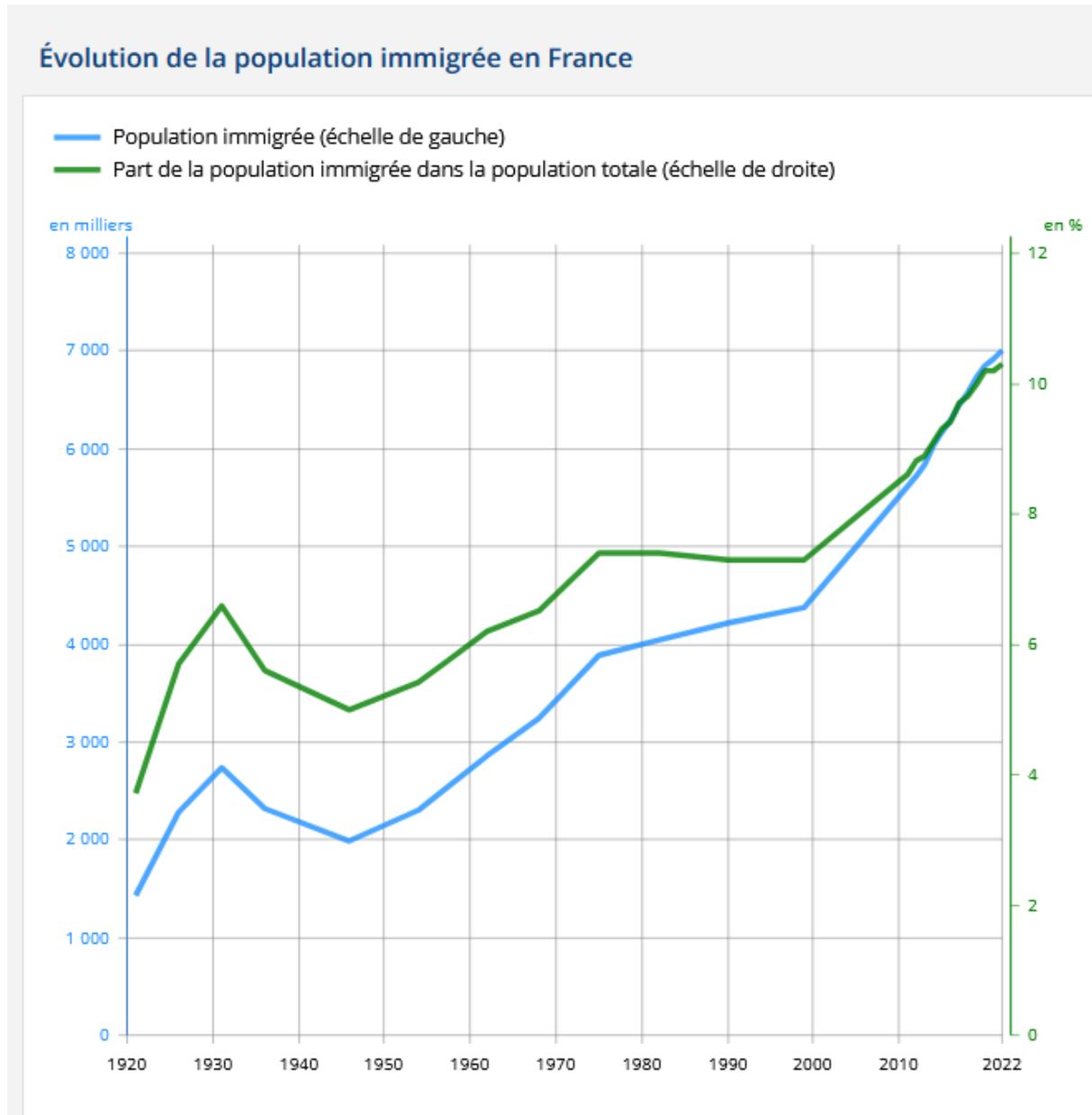


Figure 3 : Evolution de la population immigrée en France

### c. Une problématique de santé : les spécificités du patient migrant

Alors que l'Alsace et la France observent une augmentation et une diversification continue des flux migratoires, les systèmes de santé, initialement conçus pour les populations locales, sont confrontés à de nouveaux défis. La complexité des parcours de santé des populations migrantes, incluant des obstacles linguistiques, culturels, systémiques et économiques, soulève des questions cruciales sur l'accès aux soins.

Ces populations font face à des barrières linguistiques et culturelles majeures, empêchant souvent l'accès aux soins de santé primaires adéquats. Cette situation conduit à une utilisation accrue des services d'urgence et à des taux d'hospitalisation évitables plus élevés par rapport à la population locale, révélant des disparités significatives dans l'accès aux soins [6,7]. La difficulté de comprendre le jargon médical et d'exprimer correctement les problèmes de santé peut compliquer le diagnostic et le traitement, tandis que les divergences culturelles peuvent entraver la réalisation d'exams médicaux, conduisant à des incompréhensions mutuelles entre soignants et patients [8,9,10].

Les changements de situation personnelle ou légale, tels que les avis d'expulsion ou la non-obtention d'un statut légal, peuvent interrompre le suivi médical et dissuader les familles migrantes de chercher de l'aide médicale par crainte des conséquences administrativo-judiciaires [11]. De plus, les barrières systémiques telles que la complexité des démarches administratives et la peur de perdre leur emploi ou d'être déportés peuvent pousser ces individus à se tourner vers des réseaux informels, retardant l'accès aux soins [12].

L'isolement social et les difficultés économiques aggravent la situation, rendant difficile l'accès à des soins financièrement abordables et à un logement adéquat. La précarité financière, l'absence de moyens de transport et la peur du reste à charge constituent des obstacles supplémentaires, menant à un nomadisme médical et à une rupture de la continuité des soins [13].

La population migrante pose donc des problématiques bien particulières pour la prise en charge médicale avec de nombreuses difficultés souvent intriquées et dont il convient de connaître l'existence pour répondre de manière efficace à la demande de soins.

#### **d. Organisation de l'accueil en France**

##### **1. Le cadre juridique**

L'accueil des populations migrantes et demandeuses d'asile en France s'appuie sur un cadre juridique. Ce cadre est constitué de textes fondamentaux qui établissent les droits de l'homme et du citoyen, ainsi que des lois spécifiques régissant l'immigration, le droit d'asile, et l'intégration des personnes étrangères en France.

#### **Les Textes Fondateurs**

##### **La Constitution du 4 octobre 1958**

La Constitution de la Ve République, notamment à travers son préambule, réaffirme les principes fondamentaux énoncés dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et le préambule de la Constitution de 1946 [14]. Ces textes consacrent les droits et libertés fondamentaux, y compris le droit d'asile, comme composantes intégrales de l'ordre juridique français.

### La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

Ce document, pierre angulaire de la République française, établit les droits inaliénables et universels des individus. Son premier article souligne l'égalité de tous devant la loi, sans distinction d'origine, de race ou de religion, ce qui constitue le fondement du droit d'asile. [15]

### Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

Intégré dans la Constitution de 1958, ce préambule renforce l'engagement de la France envers les principes de solidarité et d'assistance mutuelle, y compris envers ceux qui, victimes de persécution, cherchent refuge sur son territoire. [16]

### Les Lois Spécifiques

#### Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018

Cette loi marque une étape importante dans l'évolution du droit d'asile et de la politique d'immigration en France. Elle vise une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie, en équilibrant les exigences de protection des demandeurs d'asile et les impératifs de contrôle de l'immigration. [17]

#### Le Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (CESEDA)

Le CESEDA constitue la pierre angulaire de la législation française en matière d'immigration et d'asile. Il détaille les modalités d'entrée et de séjour en France pour

les étrangers, précise les conditions de l'octroi du droit d'asile et énonce les droits des demandeurs d'asile pendant la procédure. [18]

## 2. Les structures d'accueil

Dans le processus d'accueil et d'intégration des populations migrantes en France, diverses structures jouent un rôle clé. Ce système, complexe et multidimensionnel, se déploie à partir de l'arrivée des populations migrantes sur le territoire français jusqu'à leur intégration, ou le traitement de leur demande d'asile.

Le parcours débute avec les Structures de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA), qui représentent le premier point de contact pour les personnes demandant protection. Les SPADA fournissent informations essentielles, assistance pour l'enregistrement des demandes d'asile, et orientent les demandeurs vers les services adéquats. Ce premier niveau d'accueil est crucial pour assurer que les demandeurs d'asile comprennent leurs droits et les procédures à suivre.

Les Guichets Uniques pour Demandeurs d'Asile (GUDA) centralisent ensuite l'enregistrement des demandes d'asile. Ils marquent une étape décisive dans le processus, facilitant la collaboration entre les demandeurs d'asile, les services préfectoraux, et l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Cette centralisation vise à simplifier les démarches administratives et à accélérer le traitement des demandes.

L'évaluation des demandes d'asile est effectuée par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). L'OFPRA a la responsabilité d'examiner chaque cas

individuellement, de déterminer le statut de protection à accorder, et d'assurer la protection des personnes reconnus comme réfugiés ou apatrides.

Pour l'hébergement, plusieurs options se présentent selon la situation des populations. Les Programmes d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA), les Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO), les Accueil temporaires-Service Asile (AT-SA) et les Hébergements d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA) offrent des solutions temporaires, tandis que les Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA) et les Centres Provisoires d'Hébergement (CPH) fournissent un accompagnement plus structuré, axé sur l'intégration.

L'accompagnement ne se limite pas à l'hébergement. À travers des dispositifs comme l'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA), les demandeurs bénéficient d'une aide financière conditionnelle, essentielle pour leur permettre de vivre dignement pendant l'examen de leur demande. Les CADA, en particulier, jouent un rôle crucial en offrant à la fois un toit et un accompagnement personnalisé, aidant les demandeurs à naviguer à travers les différentes demandes administratives et à s'intégrer dans la société française.

Toutes ces structures forment une chaîne d'interdépendance, orchestrée de manière à offrir un parcours cohérent et efficace pour les populations migrantes.

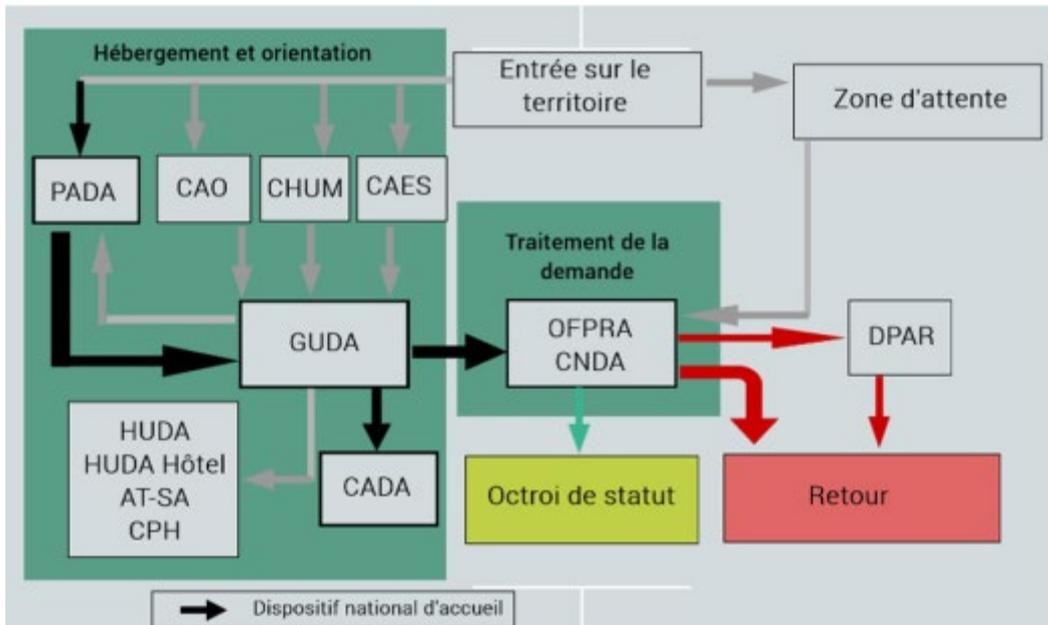


Figure 4 : Parcours d'un demandeur d'asile

## II. Handicap pédiatrique et parcours de soins

### a. Définition

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le handicap *n'est pas simplement une condition médicale, mais une expérience complexe qui résulte de l'interaction entre des individus ayant une condition de santé spécifique et divers facteurs personnels et environnementaux. Ces facteurs peuvent inclure des attitudes négatives, des infrastructures inaccessibles et un manque de soutien social.* L'OMS souligne que l'environnement dans lequel une personne vit peut avoir un impact significatif sur l'étendue et l'expérience du handicap. Par conséquent, les systèmes de santé et les médecins traitants doivent adopter une approche multidimensionnelle pour comprendre et répondre aux besoins des personnes handicapées, en particulier lorsqu'il s'agit de populations pédiatriques, en tenant compte non

seulement de leurs conditions médicales mais aussi des obstacles sociaux et environnementaux auxquels elles sont confrontées. [19]

La définition du handicap par l'OMS nous rappelle que les obstacles auxquels font face les personnes handicapées ne sont pas uniquement d'ordre médical, mais également social et environnemental. Cette complexité est d'autant plus marquée dans le parcours de soins des enfants migrants atteints de handicaps à fortiori lorsque ce dernier est sévère. Leur situation met en lumière les limites des systèmes de santé actuels par l'ampleur des moyens que cela représente.

Le handicap pédiatrique dans le monde représente 240 millions d'enfants soit 1 enfant sur 10 dans le monde. [20,21]

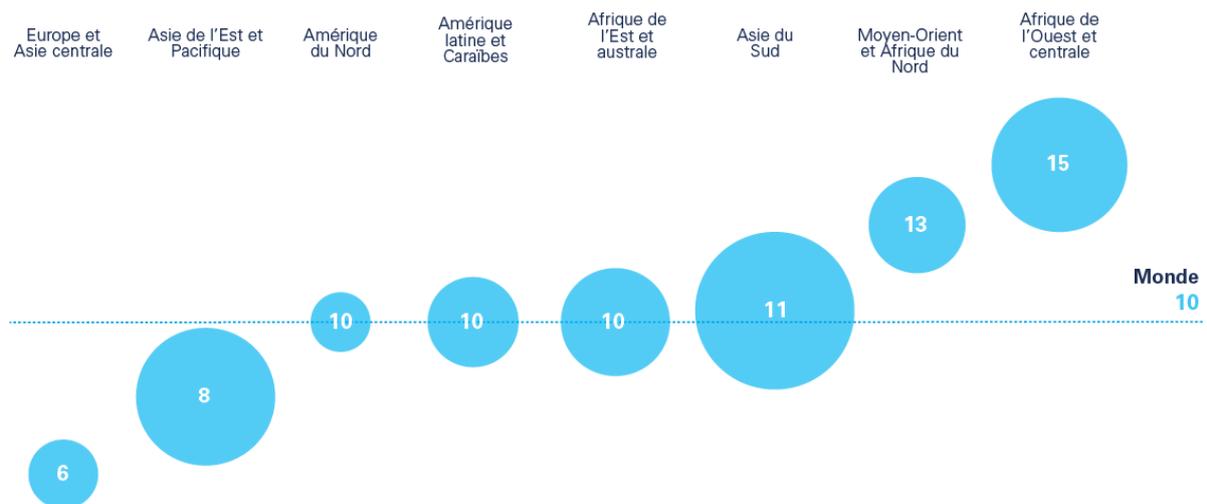


Figure 5 : Pourcentage d'enfant âgés de 0 à 17 ans souffrant d'un handicap dans le monde

En France, en 2018 il a été dénombré plus de 4000 structures pour l'accueil des enfants handicapés en France, ces structures s'occupent de plus de 160 000 enfants sur l'ensemble du territoire français. [22,23]

Malgré le nombre de structure conséquent présent sur le territoire l'offre est disproportionnée par rapport à la demande, de ce fait un nombre élevé d'enfants ne sont accueillis dans aucune structure et évoluent dans le cadre familial. D'après une étude de 2021 de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) il y aurait jusqu'à 400 000 enfants âgés de moins de 15 ans handicapés en France [24]. Il est estimé à un peu plus de 11 000 000 le nombre d'enfants présents sur le territoire ce qui représente une proportion de 3% des enfants ce qui est bien inférieur à la population mondiale. [25]

### **b. Un parcours de soins complexe**

Le parcours de soins de la personne handicapée est, par essence, complexe. Il fait intervenir un grand nombre de professionnels tels que des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des ergothérapeutes et des orthoprothésistes. La complexité de ces parcours peut, être augmentée par la sévérité de la pathologie, mais également par la situation sociale de l'individu.

Ainsi, un enfant présentant un handicap neurologique sévère et issu d'une famille ayant un parcours récent de migration, avec tout ce que cela comporte de difficultés potentielles pour la bonne intégration au système de santé, va cumuler plusieurs facteurs qui vont agir de manière concomitante, complexifiant ainsi le parcours de soin. [26]

Le handicap sévère pose des défis globalement similaires au système de santé et à la société dans sa globalité, que ceux posés par le polyhandicap, même s'il ne relève pas, stricto sensu, de ce dernier, dont la nature est définie dans le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017. [27]

Cette prise en charge complexe, pour le système de soins dans son état actuel, va souvent montrer ses limites dans les situations de désinsertion sociale. Un point de rupture pourrait

être atteint dans les situations de forte précarité sociale, comme celles qui accompagnent régulièrement les parcours de migration.[28]

### c. Rôle du médecin traitant

Le rôle du médecin traitant, tel que défini dans le Code de la Santé Publique et complété par des informations de Service Public et d'Ameli, est central dans le système de santé français, assurant une prise en charge globale et coordonnée des patients [29,30]. Sa mission englobe plusieurs aspects essentiels à la santé individuelle et publique :

- Assurer un 1er niveau de recours aux soins
- Coordonner le suivi médical
- Orienter dans le parcours de soins coordonnés
- Établir un protocole de soins pour une affection de longue durée
- Assurer une prévention personnalisée (vaccination, conseils santé...).
- Synthèse des données médicales

Dans le contexte complexe du handicap sévère, les missions du médecins traitants font l'objet de recommandations édité par l'HAS dans le protocole national de soin de 2020. [31]

Le tableau suivant synthétise les tâches dévolues au médecin traitant dans ce cadre spécifique.

- Modèle de suivi : Parcours de soin polyhandicap (Source : Dr Celia Rech)

Parcours de soin polyhandicap – Proposition de suivi à adapter au patient						
Items	Fonction clinique	3 mois	6 mois	1 an	3/ 5 ans	Précisions
<b>Général</b>						
Poids Taille		X		X		Courbe poids taille -> fin de croissance
IMC		X				Intérêt pour le suivi longitudinal et l'évaluation nutritionnelle
Périmètre crânien enfant				X		Et plus en début de vie
Température de base / FC / TA / Saturation	X	X				Connaissance de l'état de base de l'enfant ou de l'adulte
<b>Suivi Ophtalmologique</b>						
Bilan visuel					X	
<b>Suivi Auditif</b>						
Bilan auditif enfant					X	Examen clinique, Potentiels évoqués auditifs
Bilan auditif adulte	X					Audiométrie subjective
<b>Suivi Bucco-dentaire</b>						
Enfant			X			Bilan clinique/ soins en milieu adapté parfois sous anesthésie +/- imagerie
Adulte				X		
<b>Suivi Gastro-entérologie</b>						
Reflux gastro-oesophagien				X		Eventuelle pH-métrie et/ou fibroscopie sur signes d'appels d'un reflux gastro-oesophagien. Dépistage de l' <i>Helicobacter pylori</i> si symptômes digestifs hauts rebelles au traitement (IPP)
Constipation				X		Suivi clinique / ASP au besoin / autres
Suivi gastrostomie			X			Adaptation de la nutrition / Changement de bouton / biologie : alb , pré alb...
<b>Suivi Gynécologique</b>						
Bilan gynécologique	X				X	A la puberté et dépistage des cancers de la femme
<b>Suivi Endocrinien</b>						
Dépistage des troubles endocriniens	X					troubles thyroïdiens / insuffisance anté hypophysaire / hypogonadisme / insuffisance ovarienne/ troubles pubertaires
<b>Suivi Vésico sphinctérien</b>						
Bilan vésico sphinctérien				X		Catalogue mictionnel avec recherche de résidu (bladder scan), ECBU, Bandelette +/-
					X	Echographie vésico-rénale (retentissement d'une vessie neurologique) tous les 3 à 5 ans
	X					Bilan urodynamique
<b>Etiologie et génétique</b>						
Enfant	X					Bilan initial
Si pas d'étiologie					X	Se reposer la question de l'étiologie et en cas de désir de grossesse des parents / fratrie
<b>Troubles de déglutition</b>						
Dépistage	X					Clinique / Avis ORL / Orthophoniste spécialisée / examens spécifiques
<b>Suivi Neurologique</b>						
Diagnostic, évaluation, prise en charge globale	X					Suivi Neuro pédiatrique puis Neurologique au minimum annuel enfant puis dépend de la clinique
Suivi épilepsie				X		EEG / EEG de sommeil : première crise et modifications des crises
Imagerie cérébrale enfant	X					Diagnostic ou évolutivité
Imagerie cérébrale adulte	X					Au moins une et en cas de modification neurologique
Imagerie de dérivation cérébrale	X					Imagerie de référence valve et cerveau et suivi de dérivation
<b>Suivi Psychologique et Psychiatrique</b>						
Consultation psychologue/ psychiatre	X					A adapter aux besoins et inclure les proches parents, fratrie, aidants
<b>Suivi en Médecine Physique et réadaptation ( MPR )</b>						
Bilan MPR pédiatrique			X	X		
Bilan MPR adulte	X			X		Rythme de suivi à adapter / adulte
Radiographie du squelette	X					Dépend de la clinique, de l'âge, de la croissance – Selon avis MPR / orthopédiste
Grand appareillage enfant				X		
Grand appareillage adulte					X	
Fauteuil roulant				X	X	En fonction de l'âge et de la clinique
Chaussures orthopédiques				X		
<b>Suivi Chirurgie Orthopédique</b>						
Suivi orthopédique pédiatrique et adulte	X					En collaboration avec le MPR - suivi rachis et membres
<b>Suivi Ostéoporose</b>						
Ostéodensitométrie - Bilan biologique spécifique	X				X	Dépistage et surveillance en fonction de la clinique et des traitements
Imagerie osseuse radio scanner	X					Au moindre doute de fracture
<b>Suivi Biologique</b>						
Bilan biologique				X		NFS, ferritine, albumine, préalb., iono sanguin, urée créat, 25 OH vitamine D, calcium, phosphore, phosphatase alcaline, magnésium. En cas d'anémie macrocytaire ou dénutrition sévère : vitamine B12, folates
Bilan biologique spécifique	X					Suivi des effets secondaires des traitements neuroleptiques, antiépileptiques, antispastiques (bilan hépatique, pancréatique, lipidique, glycémique, prolactine) Bilan d'asthénie - Dosage des antiépileptiques
<b>Suivi Respiratoire</b>						
Adaptation de la prise en charge respiratoire				X		Bilan respiratoire - imagerie – bilan sanguin – capnie - saturométrie
<b>Suivi Cardiologique</b>						
ECG , Echographie cardiaque				X		En fonction de la clinique et de l'étiologie
<b>Troubles du sommeil</b>						
Dépistage des troubles du sommeil et des troubles ventilatoires nocturnes	X					Clinique/agenda du sommeil/actimétrie/polysomnographie/oxymétrie/capnométrie transcutanée nocturne
Troubles de la communication					X	Selon besoin
Fonctions cognitives					X	

Tableau 1 : Eléments de suivis d'un le cadre du polyhandicap

### III. Objectif et problématique

#### a. Contexte

L'orientation de ce travail découle de plusieurs observations, qui ont guidé la décision de se concentrer sur la spécificité de la prise en charge des patients pédiatriques avec handicap sévère en situation de migration.

Premièrement, une augmentation notable du nombre de patients a été relevée, soulignant la pression croissante sur les ressources disponibles.

Deuxièmement, la complexité particulière que ces enfants représentent pour le système de santé a été identifiée, en raison des défis thérapeutiques, éthiques, et sociaux posés par leurs besoins spécifiques dans un contexte de ressources limitées et de saturation des services médico-sociaux et hospitaliers.

Troisièmement, une augmentation des incompréhensions entre les équipes soignantes et certaines familles a été observée, aggravée par les difficultés de communication. Ces incompréhensions contribuent à des représentations erronées mutuelles, avec d'une part une compréhension insuffisante du système de soins par les familles, et d'autre part une interprétation inadéquate des processus de migration par le personnel soignant.

Quatrièmement, l'absence fréquente d'un médecin traitant au début de la prise en charge a été constatée comme un obstacle majeur. Cette lacune entrave la continuité du parcours de soins, empêchant l'adoption d'une approche thérapeutique cohérente et personnalisée dès les premiers instants de la prise en charge.

Cinquièmement, le manque d'adressage par un médecin vers les services spécialisés ce qui limite l'accès à des informations médicales essentielles pour l'évaluation initiale du patient. Il est donc nécessaire de procéder à une évaluation exhaustive avant toute prise en charge, ce qui allonge les prises en charge initiales. Cette situation est exacerbée par l'absence de documentation médicale exploitable, accentuant la difficulté de cette tâche.

Enfin, la barrière linguistique a été régulièrement identifiée comme un défi supplémentaire. Elle complique la communication entre les patients et les professionnels de santé, entraînant potentiellement des retards dans la prise en charge et des incompréhensions.

### b. Objectif

Cette thèse vise à mieux comprendre le parcours de soins tel qu'il est vécu de ces familles migrantes dont l'un des enfants est porteur de handicap sévère ; en interrogeant non pas les différents soignants et thérapeutes qui gravitent autour du patient mais en interrogeant les familles elles-mêmes.

Il a été cherché à comprendre les représentations des familles vis-à-vis du système de soins ; les représentations des familles de la situation de leur enfant ; la place donnée au médecin traitant dans leur propre vision de la prise en charge médicale qui semble être une variable clef pour adapter à la fois le discours mais aussi les objectifs de soins ainsi que les manières d'y parvenir pour nous soignants.

## **MATERIEL ET METHODE**

### I. Sélection de la population cible

#### a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été définis afin de cibler les expériences vis-à-vis du système de santé d'une population spécifique, à savoir les familles de patients pédiatriques migrants, atteints de handicap sévère.

Le critère de handicap sévère a été retenu lorsqu'il y avait association :

- De difficultés neuromotrices équivalentes à celles observées dans une paralysie cérébrale avec un grade GMFCS IV ou V (annexe 2)
- De difficultés cognitives (déficience intellectuelle ; retard sévère de développement) ou relationnelles (troubles du spectre de l'autisme)

Les familles ont été sélectionnées sur les critères suivants parmi les patients vus sur l'année 2023 en consultation au service de pédiatrie de l'IUR CLEMENCEAU à STRASBOURG :

CRITERES D'INCLUSION	JUSTIFICATIONS
Age à l'inclusion < 18 ans de l'enfant	Critère souhaitable pour centrer nos entretiens spécifiquement sur les parcours pédiatriques
Nationalité étrangère extra Union Européenne – extra OCDE	Il n'y avait pas de critère de nationalité spécifique a priori mais ce travail visait un public issu de pays dits « émergents » ou « défavorisés »

<p>Arrivée sur le territoire français depuis moins de 3 ans à l'inclusion</p>	<p>Ce seuil a été choisi pour limiter les biais de mémorisation ainsi que pour écarter les parcours qui ont été également impactés par la crise « COVID »</p>
<p>Maladie diagnostiquée à l'origine du handicap non curable avec tableau de handicap moteur et cognitif significatif et durable (cf. : critères d'exclusion)</p>	<p>Groupe de patient étant le plus à même pour étudier les parcours de soin en santé.</p> <p>Ce critère permet de ne pas prendre en compte les parcours de soins visant à obtenir un traitement spécifique non disponible dans le pays d'origine.</p>
<p>Au moins l'une des problématiques médicales abordées en consultation lors du suivi l'a été spécifiquement en raison de la situation sociale migratoire</p>	<p>Ces problématiques pouvaient aller de l'intégration au système de soin ou à des incompréhensions dues à la barrière de langue à des questions et/ou remarques ouvertement liées au parcours de migration « <i>On m'a dit qu'en France... »</i></p>

Tableau 2. Les critères d'inclusions et leurs justifications

## b. Critères d'exclusion

CRITÈRES D'EXCLUSION	JUSTIFICATION
Les familles des patients présentant une pathologie pour laquelle une thérapie spécifique non accessible de manière pérenne dans le système de santé d'origine était disponible en France.	L'exemple le plus patent est l'amyotrophie spinale (AMS) pour laquelle il existe des thérapies ciblées proposées hors cadre expérimental strict et remboursées par l'Assurance Maladie depuis 2017 en France et qui peuvent significativement améliorer le pronostic à moyen et long terme de la maladie.
Une affection neuromusculaire quelle qu'elle soit (étant donné que sont disponibles un nombre croissant de protocoles thérapeutique et/ou de recherche).	Cette exclusion était nécessaire pour centrer notre étude sur les parcours de soins et la manière avec laquelle les personnes s'intègrent dans le système de santé en général. Nous avons choisi de ne pas nous concentrer sur les différentes étapes qui permettent (ou non) d'accéder à un type de traitement spécifique dont les objectifs sont déjà définis.

Tableau 3. Les critères d'exclusions et leurs justifications

## II. Sélection de la méthode d'analyse

La problématique étudiée abordant un nombre potentiellement important de dimensions et de variables et se basant avant tout sur un ressenti subjectif propre à chaque situation ; nous avons décidé d'utiliser un cadre d'étude qualitative.

La méthode de la théorisation ancrée (Grounded Theory Method) semblait, grâce à l'approche systématique et inductive qu'elle permet pour l'analyse des données qualitatives, un outil adapté pour cette recherche.

Ce cadre méthodologique est particulièrement adapté à l'étude des phénomènes sociaux complexes, tels que les attentes et les représentations des familles migrantes avec enfants

porteur de handicap sévère et de leurs familles par rapport au système de santé. L'approche de la Théorisation Ancrée permet dans cette étude d'apporter des éléments de réponses en rapport avec l'interaction entre les familles de patients et le système de santé ainsi que d'explorer les expériences vécues, les attitudes, les comportements et les interactions des individus.

### III. Recueil des données

#### a. Les entretiens individuels

Dans le cadre de cette thèse, des entretiens approfondis avec les patients, lesquels se sont déroulés dans les locaux de l'IRC Clémenceau entre le mois de juillet et octobre 2023. Ces entretiens semi-directifs, d'une durée approximative d'une heure, ont exploré 10 thématiques distinctes, structurées de manière que la conversation se déroule de manière aussi fluide qu'une interview. Les différentes thématiques ont cerné les points jugés clef *a priori* dans les parcours de soins. (Annexe 1)

L'objectif principal était de permettre aux patients de s'exprimer le plus librement et authentiquement possible. Ainsi, chaque session était configurée pour assurer un environnement confortable et confidentiel, où seule la famille du patient et l'investigateur étaient présents dans la salle.

La présence d'un interprète assermenté et habitué à la communication médicale a été systématiquement demandée sauf si la langue du pays d'origine était le français. Tous les

entretiens ont été enregistrés par le biais du logiciel Samsung enregistreur vocal ® puis retranscrit au format texte dans des documents Microsoft office Word ®.

### b. Consentement

Dans le cadre de cette thèse, il était primordial de garantir le respect des droits et de la confidentialité des patients participant à l'étude. Ainsi, une procédure en deux étapes a été mise en place pour recueillir leur consentement.

Dans un premier temps, lors de la prise de rendez-vous, chaque patient a été informé oralement des objectifs de la recherche, de la nature des informations recueillies et de l'utilisation qui en serait faite. Cette étape permettait de s'assurer de la compréhension et de l'accord initial de la famille du patient.

Par la suite, lors de leur venue, un document écrit a été présenté aux patients. Ce document, clair et détaillé, stipulait leur non-opposition au recueil de leur témoignage et à l'utilisation de leurs réponses dans le cadre de cette thèse. Chaque patient a alors été invité à signer ce papier, matérialisant ainsi son consentement éclairé et volontaire à participer à l'étude. (Annexe 3)

### c. Sécurisation des données patient

Les données issues des entretiens ont été stockées dans une base de données professionnelle. Cet espace de stockage numérique est exclusivement accessible à l'investigateur, assurant ainsi un accès très limité et contrôlé aux informations sensibles. Toutes les données ont été anonymisées afin de préserver l'anonymat des participants et de garantir que les informations ne puissent être reliées à aucune identité individuelle. De plus, toutes les interactions avec la base de données, y compris l'accès, le transfert et la gestion des données, ont été effectuées dans le respect des normes de sécurité et conformément aux réglementations en vigueur en matière de protection des données. Cette démarche s'aligne non seulement avec les principes éthiques de la recherche, mais assure également la conformité avec les directives

institutionnelles et légales, garantissant ainsi l'intégrité et la sécurité des données tout au long du processus de recherche.

#### IV. Analyse des données

L'analyse qualitative des données recueillies lors des entretiens a été réalisée en utilisant une méthode de codage thématique structurée.

Les transcriptions des entretiens, retranscrites fidèlement et anonymisées, ont été systématiquement examinées pour identifier et classer les réponses en fonction de différents thèmes et sous-thèmes pertinents. Ces thèmes, définis à partir des questions posées lors des entretiens, comprenaient des aspects tels que la situation familiale des participants, leur parcours d'arrivée en France, les interactions avec le personnel de santé, les représentations du système de santé français, et l'accès au système de santé. Chaque réponse a été soigneusement analysée pour en extraire les éléments significatifs ainsi que les tendances, permettant ainsi une compréhension approfondie des perspectives et expériences des familles.

Cette approche a facilité l'identification des tendances et des motifs récurrents dans les données, contribuant à une analyse riche et nuancée des attentes, des expériences, et des défis rencontrés par les familles migrantes en matière de soins de santé. L'organisation des données en thèmes et sous-thèmes a non seulement permis une analyse détaillée des réponses individuelles, mais a également facilité la comparaison et la mise en relation des différentes perspectives et expériences au sein de la population étudiée.

## RESULTATS

### I. Présentation de l'échantillon

Les entretiens individuels ont été réalisés auprès de 13 familles.

Les patients pris en charge à l'IURC ont entre 3 et 17 ans, l'âge médian est de 7,5 ans.

Il existe une prédominance de filles dans cet échantillon, 8 filles pour 5 garçons ce qui donne un sex ratio de 1.6/1

La durée médiane séparant l'entretien de la date d'arrivée est de 1 an.

Au sein de cet échantillon 7 nationalités différentes sont représentées. La Géorgie est le pays d'origine le plus représenté (6 familles).

Dénomination	Age du patient au moment de l'entretien	Sexe	Date d'arrivée sur le sol français	Nationalité
A	10 ans	F	Automne 2019	Russie
B	9 ans	M	Hiver 2023	Syrie
C	12 ans	M	Hiver 2023	Albanie
D	2 ans	F	Printemps 2022	Géorgie
E	17 ans	F	Automne 2020	Géorgie
F	9.5 ans	F	Automne 2022	Géorgie

G	6.5 ans	M	Hiver 2023	Afghanistan
H	3 ans	F	Hiver 2023	Guinée
I	13 ans	F	Hiver 2023	Kosovo
J	3.5 ans	F	Hiver 2022	Géorgie
K	3.5 ans	F	Hiver 2021	Géorgie
L	3.5 ans	M	Été 2022	Russie
M	7.5 ans	F	Été 2022	Géorgie

Tableau 4. Caractéristiques des 13 familles interrogées

## II. Situation Initiale

### a. Prise de conscience du handicap

Les récits révèlent une prise de conscience certes variée du handicap, mais avec dans la grande majorité des cas une reconnaissance précoce de la maladie par les soignants dès la période périnatale ou très peu de temps après les premiers signes de la maladie.

*“Peu de temps après la naissance on nous a informés que [notre fille] serait handicapée.”*

*Famille de D*

*“L’accouchement a eu lieu à terme [...] mais il y avait des problèmes de motricité au niveau des membres. Elle a commencé la réhabilitation très tôt...”*

*Famille de E*

*“Quand elle est née, elle était déjà malade [...] à la naissance, elle n’arrivait pas à pleurer [ou à téter] [...] C’est là qu’on a su qu’elle était malade“* Famille de H

*“ [Dès notre première venue à l’hôpital], on nous a informé qu’elle souffrait d’épilepsie et on nous a donné des médicaments“* Famille de K

*“ Après la naissance, la peau était très jaune. Il a eu de la photothérapie pendant 6 jours mais le médecin a dit que cela pouvait affecter son cerveau »* Famille de G

## b. Motifs médicaux de la migration

Le motif de la santé de l’enfant a été cité dans toutes les interviews comment ayant au moins contribué à la décision de migration. Beaucoup d’éléments des entretiens traitent d’une certaine frustration attachée aux soins prodigués dans le pays d’origine avec parfois un grand temps de parole consacré à donner des exemples multiples de ce qui est perçu comme une perte de chance pour la santé de l’enfant. Les expériences relatées par les familles mettent l’accent sur trois points particuliers :

- L’insatisfaction quant aux soins médicaux proposés sur place
- La perception de meilleurs soins potentiels dans d’autres systèmes de santé jugés plus performants
- L’absence de projection à long terme dans des structures dédiées au handicap

L’insatisfaction médicale émerge comme l’un des facteurs principaux poussant les familles à migrer. Dans certaines circonstances, l’insatisfaction ressentie peut se transformer en un véritable sentiment d’insécurité médicale, où les individus perçoivent leur environnement de soins comme étant inadéquat, voire dangereux, pour répondre à leurs besoins de santé essentiels.

« Je vais vous raconter l'histoire de ma mère : ma mère a eu un accident au Kosovo. Elle s'est cassé la cheville, les traitements étaient vraiment mauvais [...] elle est restée alitée très longtemps [...] il a même été question de l'amputer à un moment. » *Famille de C*

« Comme mentionné [...], notre enfant était normal jusqu'à six ans. Puis des problèmes d'équilibre sont apparus. Après trois ans de traitement inadapté. [...] Malgré beaucoup d'examens coûteux ; le diagnostic n'a jamais été le bon et le traitement a toujours été inadéquat. » *Famille de H*

« Les traitements que les spécialistes me conseillaient n'étaient même pas disponibles car illégaux dans le pays et je devais traverser la frontière pour les chercher. J'avais peur d'avoir des problèmes. » *Famille de K*

Outre l'insatisfaction des soins prodigués sur place ; les récits font état de l'espoir placé dans la médecine française malgré les diagnostics portés pour lesquels des thérapeutiques innovantes et à l'efficacité significative ne sont pas disponibles. Ces représentations sont surtout faites de ouï-dire.

« Ils ont entendu que les soins en France étaient excellents et ont décidé de venir ici pour le bien-être de leur fils. » *Famille de S*

« Un membre de leur famille leur a partagé l'histoire d'une personne ayant un problème similaire qui a vu une amélioration significative en France. » *Famille de E*

« En Géorgie à l'hôpital nous avons rencontré des gens qui avaient vécu en France. Après avoir discuté avec eux et reçu des conseils, moi et son mari avons décidé de venir en France pour un meilleur traitement. » *Famille de M*

Le troisième volet des arguments présentés était celui de l'absence de projection envers un public porteur de handicaps lourds au sein des systèmes de santé locaux avec notamment une absence globale ou au moins une mauvaise accessibilité des structures médico-sociales pouvant accompagner les personnes au long cours

*« L'Afghanistan n'est pas équipé pour les personnes handicapées »* Famille de G

*« [le système de soins] géorgien n'a pas évolué depuis au moins 20 ans »*

Famille de E

*« Il n'y aurait eu aucune école adaptée pour elle là-bas »*

Famille de I

### c. Autres motifs de migration

Un plus petit nombre de réponses a mis en avant des raisons politiques ou sociales, en tant que motif principal de la migration, élargissant ainsi le spectre des motivations.

*« Investigateur : Votre décision de quitter la Tchétchénie n'était pas liée à la situation médicale de T mais plutôt à des problèmes politiques et de sécurité ? - Maman : Oui . »*

Famille de K

*« Nous sommes partis nous réfugier en Autriche suite à des problèmes politiques. Nous avons peur que les autorités autrichiennes ne nous redéportent en Russie, raison pour laquelle nous avons continué vers la France. »*

Famille de A

*« Après la prise de contrôle des talibans, le système de santé de l'Afghanistan est devenu critique. La plupart des médecins spécialistes ont quitté le pays [...] J'avais peur qu'il m'arrive quelque chose. »*

Famille de G

#### d. Choix de la France comme destination

Le choix de la destination, une fois la décision de migration prise, semble influencées par plusieurs facteurs, le premier étant celui des recommandations de tiers ; d'une certaine « bouche à oreille ». Cette confiance dans les conseils et recommandations reçus paraît jouer un rôle crucial dans le processus et questionne les perceptions subjectives du système de santé français et sur le discours ambiant pouvant l'entourer.

*« Nous avons décidé de venir en France parce que nous avons entendu dire que la prise en charge était meilleure ici. Nous avons des membres de la famille qui sont en Allemagne et qui nous ont dit que la prise en charge était meilleure en France. »* Famille de C

*« En Géorgie à l'hôpital nous avons rencontré des gens qui avaient vécu en France. Après avoir discuté avec eux et reçu des conseils, moi et son mari avons décidé de venir en France pour un meilleur traitement. »* Famille de J

*« Un parent du côté de mon mari, qui était déjà en France, a partagé l'histoire d'une personne ayant bénéficié de soins médicaux de qualité. Cela, combiné au manque de progrès en matière de rééducation dans notre pays d'origine, a motivé la décision de venir en France. »* Famille de I

Une injonction médicale peut également être à l'origine du choix – du moins dans le discours parental mais cela ne représente qu'une petite minorité.

*« J'ai consulté d'abord en Macédoine puis en Albanie [...] Au final, c'est à Belgrade qu'on a pu m'expliquer la maladie et le pronostic. Pour les soins on ne m'a dit qu'une chose « Allez en France »* Famille de L

### III. Arrivée sur le sol français

#### a. Sources d'aide

Toutes les familles interrogées ont bénéficié de l'aide d'associations, de centres d'accueil pour demandeurs d'asile, d'organismes et de contacts personnels pour accéder aux soins de santé et naviguer dans le système français.

*« Nous avons été orientés vers la boussole qui gère les primo-arrivants sans assurance. Mon enfant avait des problèmes de nutrition et a été hospitalisée pendant une semaine à*

*Haute-pierre. »*

*Famille de J*

*« Mon amie s'occupe des traductions pour nous, elle nous a connu chez le Dr A. Elle était sa secrétaire et il lui a demandé de traduire car nous ne parlions pas français. »*

*Famille de M*

*« C'est la SPADA qui nous a orientés vers le CADA. La SPADA est le premier point de contact pour les demandeurs d'asile et nous aide dans nos démarches notamment pour les rendez-vous à la préfecture et les entretiens à l'OFPPA. Quand nous étions à l'hôpital c'était la Boussole qui fournissait les médicaments car nous n'avions pas de couverture santé pendant les trois premiers mois. »*

*Famille de J*

*« Nous avons demandé de l'aide à plusieurs associations pour obtenir un nouveau fauteuil car l'ancien a causé deux chutes. »*

*Famille de C*

*« Je suis arrivé en France grâce à une association. Celle-ci a géré mon transport depuis le Liban jusqu'à mon arrivée en France. Elle a aussi organisé mon logement initial et pris en charge mon loyer. En plus, l'association m'a aidé pour mes démarches administratives et l'inscription scolaire de mes enfants. Ce soutien de l'association a été crucial pour la stabilisation résidentielle et mon intégration administrative et sociale en France. »*

*Famille de E*

## b. Communication et intégration

La communication se révèle être un pilier essentiel de l'intégration communautaire, majoritairement facilitée par l'intervention de traducteurs, qu'ils soient officiels ou issus de la communauté. Il est fait appel à des associations de traducteurs par les familles mais le plus souvent ce sont les professionnels de santé qui sont à l'origine de cette démarche.

*« Nous avons rencontré une personne chez notre médecin traitant qui désormais s'occupe des traductions pour nous. C'est une personne de la communauté. »*

*Famille de M*

*“Un interprète était présent lors de la première consultation. »*

*Famille de E*

*« C'était les services sociaux qui appelaient les interprètes et les orientaient vers nous. Lorsqu'un interprète n'était pas présent nous utilisons un téléphone portable pour la traduction. Pour les consultations importantes nous avons toujours un interprète. »*

*Famille de O*

On observe une nette tendance à l'homophilie sociale, caractérisée par la formation de réseaux sociaux où prévalent majoritairement des individus ayant des origines similaires joue un rôle significatif dans le processus d'intégration des familles migrantes. Cette inclination naturelle vers des groupes sociaux homogènes peut être vue comme une stratégie d'adaptation face à l'expérience souvent déstabilisante de la migration. En se regroupant avec des individus qui partagent une histoire et une langue commune, les familles trouvent un sentiment de familiarité et de sécurité qui peut faciliter l'adaptation à un nouvel environnement.

*« Donc [...] en arrivant ici, nous ne connaissons personne, nous n'avons pas de famille ici, mais nous avons connu des personnes un peu dans la même situation que nous qui habitent dans le même quartier. Ce sont des Syriens pour la plupart et ils les aident énormément au quotidien. »*

*Famille de B*

Le repli social, bien que moins fréquemment évoqué, reste une réalité tangible au sein des familles migrantes.

*« Je suis conscient de la présence de nombreux Géorgiens ici, mais je n'ai pas beaucoup de contacts. Je n'ai pas vraiment d'amis. Je vais à l'église, qui loue un bâtiment pour les messes. À part cela, je m'occupe principalement de ma fille. Ma femme m'aide dans cette tâche. Nous sommes quatre dans la famille : ma femme, moi, ma fille, et un garçon de douze ans. Heureusement, mon fils de douze ans va bien. »*

*Famille de M*

### c. Situation sociale

La situation des familles migrantes est souvent marquée par une précarité significative, tant sur le plan résidentiel que financier.

La situation résidentielle des familles migrantes varie considérablement, allant de conditions précaires et temporaires à des situations plus stables grâce à l'engagement d'organisations caritatives

Sur le plan financier, la précarité est un défi constant pour la majorité des familles, confrontées à des difficultés économiques persistantes et une dépendance à l'aide sociale. Cette situation est exacerbée par des obstacles administratifs limitant les possibilités d'emploi. Les démarches administratives représentent un défi majeur pour ces familles, entravant non seulement leur accès aux soins de santé mais aussi leur capacité à trouver un emploi et à s'intégrer dans la société d'accueil. Cette complexité bureaucratique, couplée aux difficultés résidentielles et financières déjà soulignées, forme un triptyque de précarité qui met en lumière la fragilité de leur situation.

« La situation financière est un obstacle. Avec toutes les charges, il nous reste environ 300 à 350€ pour toute la famille pour se nourrir notamment. Nous cherchons donc un logement plus adapté surtout pour mon fils et peut-être un peu moins cher. » *Famille de E*

« Concernant le logement, nous sommes bien installés grâce à l'association APAJH. C'est un logement adapté pour les personnes handicapées, avec un jardin. » *Famille de A*

« Je vis dans un hôtel au quatrième étage sans ascenseur, ce qui rend les montées et descentes avec mes enfants, en particulier avec A, ainsi que la poussette, assez compliquées. Je me trouve souvent dans l'obligation de laisser la poussette en bas, ce qui devient particulièrement difficile lorsque A fait une crise. » *Famille de D*

« Je me déplace de refuge en refuge pour les demandeurs d'asile. Actuellement, j'attends une réponse de la préfecture pour une Autorisation Provisoire de Séjour pour un étranger parent d'enfant malade. Ma situation financière est compliquée. Je reçois de l'aide, mais mes moyens sont limités. L'attente du statut de demandeur d'asile est difficile à gérer pour moi. »

*Famille de M*

« La famille dépend des Restos du Cœur mais ceux-ci fournissent peu de ressources... Ils sont aidés socialement par le CADA qui leur fournit un assistant social et un médecin traitant. »

*Famille de F*

#### IV. Premier contact avec le système de soin

##### a. Type de professionnel de santé

La majorité des familles privilégient, pour leur premier contact médical, lorsque cela est possible le recours à un médecin généraliste ou à un spécialiste dans le cadre d'une consultation programmée. Le choix semble le plus souvent guidé par les recommandations d'une personne de confiance déjà présente

*« J'ai choisi le Dr. N pour mes soins en raison de sa bonne réputation et parce que la langue était un facteur important pour moi. »*

*Famille de E*

Le contexte de handicap sévère et les carences de prise en charge peuvent néanmoins court-circuiter ce processus et imposer des consultations d'emblées par le biais des services d'urgences ou apparentés.

*« Qui était le premier médecin qu'elle a rencontré à Strasbourg ? [...] Nous avons d'abord consulté un médecin à Hautepierre. [...] Lors de notre arrivée, nous avons cherché des informations pratiques sur le système de santé. Ils ont été orientés vers la boussole qui gère les primo-arrivants sans assurance. Ma fille avait des problèmes de nutrition et a été hospitalisée pendant une semaine à Hautepierre. »*

*Famille de J*

*« Mon premier contact médical en France a été avec un gynécologue pour mon accouchement, qui a eu lieu seulement deux semaines après avoir obtenu mon assurance maladie. J'ai accouché prématurément, je ne m'y attendais pas. »*

*Famille de I*

*« Avant le 8 novembre, [...] elle a été hospitalisée trois fois car elle ne pesait que quatorze kilos et était très malade. Les premiers médecins que nous avons consultés étaient aux urgences. »*

*Famille de M*

## b. Perception du contact médical

La majorité des familles ont rapporté une satisfaction générale vis-à-vis du contact humain, en particulier avec les médecins consultés. Les qualités majoritaires plébiscitées sont l'accessibilité et la disponibilité des médecins consultés.

« Nous sommes satisfaits depuis le premier jour. Le médecin était bienveillant, attentif et a fait des efforts pour communiquer avec nous, ce qui a grandement contribué à notre satisfaction. »

Famille de M

« Tout le monde est toujours correct et bienveillant avec moi. J'apprécie le soutien et l'attention donnés non seulement à mon enfant mais aussi à moi-même. Cela me rassure lorsque les professionnels me disent : "Ne vous inquiétez pas, nous n'allons pas vous abandonner. »

Famille de L

« Je suis vraiment très satisfaite, notamment de l'accueil [...] On m'a donné de l'espoir. J'ai reçu des réponses claires et j'ai ressenti une différence notable dans l'approche et l'espoir qui m'a été donné. »

Famille de I

Cette satisfaction vis-à-vis du contact médical a été fréquemment opposée lors des entretiens à une vision plus consumériste que les familles rapportent vis-à-vis de leurs expériences dans leur pays d'origine. Ici l'accessibilité des soins pour tous semble clairement favoriser la relation de soins. Il y est à noter que lorsque ces expériences sont relatées les éléments déjà cités plus haut d'insatisfaction des soins sont de nouveau présents.

« Au Kosovo, la médecine ce n'est que du Business. »

Famille de L.

« Là-Bas tu ne peux voir un spécialiste que si tu as des relations ; tu dois avoir de l'argent – beaucoup d'argent »

Famille de B

« Nous devons voyager loin pour la kinésithérapie et les personnes handicapées étaient souvent mal vues. Nos options de soins étaient très limitées sans suivi régulier et à nos frais. »

Famille de J

« Une personne exprime sa satisfaction avec le système de santé français, le qualifiant de meilleur que dans son pays d'origine et même que dans les pays de l'Est en général. Elle

*indique que dans son pays, tout est question d'argent et critique le manque d'avancement dans le traitement des pathologies cancéreuses, contrairement à la France. » Famille de A*

*« La prise en charge en France est excellente comparée au Kosovo. J'ai travaillé dans le domaine médical ici et au Kosovo. Lors d'une maladie au Kosovo, j'ai été hospitalisé et j'ai dû acheter moi-même mes médicaments. Le traitement était inefficace et périmé. Même les Kosovars fortunés cherchent des soins à l'étranger. » Famille de S*

*« Je suis satisfait depuis le premier jour. J'ai vu des progrès avec les médecins. Ce premier contact médical a été positif en termes de qualité humaine et de réponse médicale. »*

*Famille de L*

*« Ma première expérience a été positive car un interprète géorgien était présent. Globalement, nous avons eu de bonnes expériences et nous avons toujours été bien accueillis par les professionnels de santé. » Famille de A*

### c. Barrières rencontrées

Au-delà des difficultés linguistiques mentionnées précédemment, un nombre restreint de familles ont rapporté avoir rencontré des défis administratifs et éprouvé des difficultés à s'adapter au système de santé.

*« La première fois ce n'était pas facile car je ne comprenais pas le français. J'ai appris l'anglais à l'école et à l'université donc c'était un défi. Mais mon assistante sociale a été d'une grande aide. Elle parlait un peu anglais ce qui suffisait. Elle m'a aidée pour l'école de mon fils, avec les médecins, et pour prendre rendez-vous. Elle a tout fait pour moi. Elle nous a aidés pour l'école à rencontrer le directeur. Avec mon anglais ce n'est pas toujours facile mais les gens qui comprennent me facilitent beaucoup la tâche. Je n'ai pas eu de problème de ce côté-là. » Famille de G*

« C'est vraiment compliqué. Il y a tellement de procédures différentes. Même quand je regarde et traduis les informations, je ne les comprends pas totalement. Concernant ma fille et la MDPH, ils parlent d'un taux de handicap d'un certain pourcentage. Ils ont dit qu'ils ne pouvaient pas aider mon enfant à moins que je ne fournisse certains documents spécifiques, ce que je n'ai pas compris au départ. Quels types de documents sont nécessaires ? C'était complexe pour moi à saisir. J'ai dû consulter mon assistante sociale pour obtenir des éclaircissements. Elle m'a expliqué que j'avais besoin d'un certificat médical et de certains documents de la préfecture, entre autres. Comprendre des règles comme celles-ci m'est difficile. »

Famille de C

En parlant de la CAF « Parfois ils envoient de l'argent, parfois ils demandent des documents et retardent les paiements cela peut prendre plusieurs mois pour étudier seulement quelques documents[...] je ne comprends pas toujours tout. »

Famille de G

## V. Médecin traitant

### a. Choix du médecin traitant ou du pédiatre

Des interviews analysées il ressort que le choix du médecin traitant est principalement influencé par des facteurs pratiques tels que la langue, la proximité et les recommandations des tiers.

« La langue parlée par le Dr N a joué mais aussi sa bonne réputation. »

Famille de G

« Je vais là-bas parce que c'est pratique et proche de chez moi. »

Famille de C

« J'ai choisi cet endroit car mon assistante sociale me l'a recommandé et il est proche de chez moi. »

Famille de I

*« J'ai principalement choisi mon médecin grâce au bouche-à-oreille. D'autres familles géorgiennes déjà installées en France m'ont recommandé ce médecin pour son professionnalisme et son attention. Quand on m'a demandé si le médecin parlait géorgien, j'ai répondu non, mais elle travaille avec des interprètes, ce qui est appréciable car tous les médecins ne font pas cela. J'avais la possibilité de choisir un médecin parlant géorgien, mais pour moi, le plus important était d'avoir un médecin attentif et compétent. Ce médecin est très impliqué et collabore bien avec d'autres professionnels. »*

*Famille de J*

### b. Obstacles à la sélection d'un médecin

Les défis liés à la sélection d'un médecin traitant sont plutôt dû à un manque de temps, une méconnaissance du système de santé et au rôle du médecin traitant.

*« Je n'ai pas encore de médecin généraliste. Actuellement, je n'ai qu'un pédiatre pour s'occuper de notre fils. La raison pour laquelle je n'en ai pas trouvé est que, lors de notre tentative, le médecin que nous avons contacté était en vacances et ne pouvait pas accepter de nouveaux patients. En plus, avec tous les rendez-vous et les obligations concernant T, ainsi que les démarches pour notre demande d'asile, j'ai beaucoup de choses à gérer. Il y a tellement de procédures et d'engagements que je n'ai tout simplement pas eu le temps de chercher un autre généraliste. »*

*Famille de L*

### c. Perception du rôle du médecin traitant

Pour la plupart des familles, l'importance du médecin généraliste dans la prise en charge médicale de leurs enfants ou d'eux-mêmes n'a pas été totalement comprise. Hormis quelques familles, le médecin généraliste n'était pas reconnu pour jouer un rôle déterminant dans le suivi de la santé. Généralement, il est considéré comme intervenant principalement pour des soucis de santé mineurs.

*« Je ne comprends pas vraiment quel est son rôle. »*

*Famille de L*

*« Pour mon fils, je consulte un médecin généraliste en cas de fièvre ou de douleur. Si c'est plus sérieux, je vais voir la pédiatre. »*

*Famille de F*

*« D'abord il faut prendre un rendez-vous chez le médecin et trouver un bon médecin. Si le médecin est bon il va vous donner des ordonnances pour par exemple la neurologie, l'orthopédie etc. et organiser tout cela. C'est très très important d'avoir un bon médecin traitant. Parce qu'au début c'est le médecin traitant qui est le plus important. Et ensuite parce qu'elle est une bonne médecin, elle va vous recommander un bon spécialiste. Elle va dire : Je propose ce docteur ou ce docteur. C'est très important d'avoir un bon médecin traitant. »*

*Famille de A*

*« J'ai bien compris que le rôle du médecin traitant était un peu comme la porte d'entrée dans le système de soin français. »*

*Famille de I*

#### d. Qualité de la relation et Satisfaction avec le médecin traitant

Les entretiens auprès des familles soulignent une relation de confiance et de satisfaction notable avec leurs médecins référents lorsque ce dernier est identifié au préalable. On y retrouve la valorisation de l'écoute et de l'attention portée à la complexité de l'enfant.

Ces médecins se distinguent non seulement par leur compétence médicale mais également par leur capacité à créer un environnement rassurant et bienveillant.

Les entretiens auprès des familles soulignent une relation de confiance et de satisfaction notable avec leurs médecins référents lorsque ce dernier est identifié au préalable. On y retrouve la valorisation de l'écoute et de l'attention portée à la complexité de l'enfant.

Ces médecins se distinguent non seulement par leur compétence médicale mais également par leur capacité à créer un environnement rassurant et bienveillant.

*« Comment est ma relation avec mon médecin traitant ? Est-ce que je la consulte en premier pour tout problème de santé de mes enfants ? Oui, j'entretiens de bonnes relations avec mon médecin traitant. Pour M, je suis toujours ses recommandations. »* Famille de M

*« Est-ce que j'entretiens de bonnes relations avec mon médecin traitant ? Suis-je satisfait des soins qu'il/elle me fournit ? Oui, j'entretiens de bonnes relations avec le Dr N, je suis très satisfait des soins reçus. »* Famille de I

*« Mon conjoint a proposé le Dr I. Elle est très gentille et une excellente médecin. Elle est proche, attentive, et propose de bons médicaments. »* Famille de F

*La traductrice / amie de la famille nous raconte : « Le Dr A est vraiment un bon docteur, et je ne parle pas seulement du côté médical. À l'époque où je travaillais avec lui, quand la famille de D prenait un rendez-vous, il me demandait toujours de les programmer en toute fin de*

*consultation. Ainsi, il pouvait prendre tout le temps nécessaire pour les examiner sans être stressé par le temps. »*

*Famille de D*

### e. Difficultés rencontrées

Depuis leur arrivée en France, la plupart des familles ont réussi à bâtir une relation solide et fiable avec leur médecin traitant.

Cependant, il existe de rares cas particuliers où cette relation stable n'a pas pu être établie.

*« Nous avons changé de médecin car la confiance n'était pas présente. »*

*Famille de A*

*« Nous avons dû changer de lieu car le médecin n'était pas à l'écoute. Il nous criait dessus en disant qu'on ne parlait pas le français. »*

*Famille de B*

## VI. Retour sur Expérience

### a. Besoin d'informations

Devant la complexité du système de santé en France, les familles arrivant récemment expriment un besoin de guidage et d'information améliorée. Cette situation met en évidence la nécessité de familiariser rapidement les nouveaux arrivants avec le fonctionnement du système de santé, leurs droits en tant que patients, et les démarches à effectuer en cas d'urgence.

*« Initialement, j'ai eu du mal à comprendre le système de santé. J'ai ressenti le besoin d'informations essentielles sur les droits des patients et l'accès aux soins d'urgence. Des conseils pour naviguer dans le système auraient été utiles dès le début. »*

*Famille de B*

*« Avoir un traducteur pour me conseiller aurait été utile dès le début. J'ai appris en observant et en écoutant. Des conseils pratiques dès le début auraient été très utiles. »*

*Famille de I*

## b. Expériences discriminatoires

Bien que la majorité des interactions avec les professionnels de santé aient été caractérisées par un soutien et une bienveillance, notre étude a également mis en lumière des instances moins favorables. Notamment, un nombre limité de cas de discrimination ont été rapportés lors des entretiens, soulignant que, malgré les efforts d'inclusion, des barrières relationnelles persistent. De façon plus spécifique, certaines familles ont partagé des expériences troublantes où elles ont ressenti du dégoût de la part de certains professionnels de santé.

*« Écoutez, vivant en France depuis longtemps, je perçois les différences, mais personnellement, cela ne me dérange plus car ça ne changera pas. Ni la couleur de ma peau, ni mon accent ne peuvent changer, car je ne suis pas né ici. Même si je suis confronté à des discriminations, je ne me focalise pas là-dessus. Je ne vois pas l'intérêt de m'attarder sur ces questions. Tant que personne ne vient directement à moi pour me critiquer sur ma couleur de peau ou mes origines, je n'y prête pas attention. C'est ainsi. Je ne suis pas le seul dans cette situation. Beaucoup vivent les mêmes difficultés que moi. Si les autres ne se lamentent pas, pourquoi le ferais-je ? »*

*Famille de G*

*« Le dégoût exprimé par certains professionnels de santé lorsque nous n'avions pas d'assurance maladie lors de la remise des médicaments est quelque chose que l'on ressent plus qu'on ne le dit. Ce sentiment est bien réel et difficile à supporter. »*

*Famille de A*

*« Avant d'obtenir une assurance pour mon enfant, nous n'avions rien. Nous allions à La Boussole pour obtenir quelques médicaments, mais c'était difficile pour nous car nous nous sentions mal traités. Sans assurance, nous étions traités presque comme des moins que rien, avec dégoût. J'ai ressenti une nette différence une fois que nous avons commencé à bénéficier d'une couverture médicale. Avant cela, même l'obtention de médicaments était un challenge et nous étions traités avec une certaine réticence du fait de notre statut d'étrangers. »*

*Famille de J*

### c. Niveau de satisfaction

Pour conclure ces présentations d'extraits, l'analyse des interviews révèle une satisfaction prononcée des familles concernant le système de santé en France de manière générale. Cette évaluation favorable est uniforme, avec toutes les familles et se formalisent souvent sous la forme d'un contraste avec une ultime comparaison au système de santé d'origine.

*« Sur une échelle de zéro à dix, quelle note attribueriez-vous au système de santé français ?  
10. Je constate une nette amélioration dans le traitement de ma fille depuis notre arrivée en France comparé au système médical géorgien. »*

*Famille de B*

*« Si [nous devons] évaluer le système de santé français ; Nous donnerions une note élevée car nous trouvons la prise en charge complète et bien informée. »*

*Famille de C*

*« Si vous deviez évaluer la prise en charge médicale entre 0 et 10 quelle note donneriez-vous ? Neuf sur dix... La note de neuf sur dix reflète principalement le temps d'attente pour les rendez-vous. »*

*Famille de I*

*« Pour la France je donnerais 10 mais parfois je dois attendre longtemps pour un rendez-vous donc je donnerais 8... Quand je vais à l'hôpital tout le monde est toujours correct avec moi. »*

*Famille de H*

*« Je suis très satisfait depuis le premier jour... Je note une différence par rapport à mon pays d'origine. »*

*Famille de D*

*« Comment évalueriez-vous la prise en charge médicale de votre fille en France ? Etes-vous satisfaite ? Oui je suis très contente. [...]Parce que je suis vraiment très satisfaite notamment de l'accueil et du comportement du personnel médical. »*

*Famille de M*

## **DISCUSSION**

### **I. Synthèse des résultats**

#### **a. Situation initiale**

La décision de migrer, est souvent le résultat d'une mûre réflexion influencée par une multitude de facteurs. Parmi ces derniers, les motivations liées au système de santé dans le pays d'origine semblent occuper une place prépondérante.

#### **La recherche de soins médicaux de meilleure qualité**

Ce premier point reste la première motivation dans l'échantillon étudié. En effet, cette quête de soins de qualité supérieure est fréquemment accompagnée d'une volonté de mieux comprendre et mieux gérer le handicap de l'enfant. Si les raisons médicales prédominent, d'autres motifs tels que des considérations politiques voire sociales viennent diversifier les causes de migration. Cette tendance coïncide avec les constatations d'un article de presse datant de 2019 par Helmbacher [27], qui souligne que pour de nombreux migrants géorgiens et albanais, l'attrait du système médical français, perçu comme supérieur, est un facteur clé de leur migration, illustrant la tendance générale des familles migrantes à rechercher des soins de meilleure qualité dans d'autres pays.

#### **La commercialisation des soins de santé**

Une deuxième motivation importante est liée à la perception d'une marchandisation excessive des soins de santé dans le pays d'origine, où les intérêts financiers semblent primer sur le bien-être des patients. Cette situation engendre une méfiance envers le système de santé, les familles estimant que les soins de qualité sont inaccessibles sans une dépense financière

importante. Elle semble d'autant plus marquée que le parcours de soins sera long et complexe, ce qui reste le cas dans la population étudiée ici.

Cette dimension, qui devrait être prise en compte lors de l'échange se déroulant pendant la consultation, reste probablement inconnue par les professionnels de santé ayant grandi, étudié et exercé dans un système de santé comparable au modèle français. De réels efforts légaux (interdiction de la publicité pour les médicaments ; limitation des cadeaux par les laboratoires etc...) et déontologiques ont été déployés sur les dernières décennies pour limiter les conflits mercantiles et les conflits d'intérêt dont l'un des aboutissements est justement la marchandisation abusive du soin en santé ; processus rarement bénéfique au patient lui-même.

### **Processus Décisionnel de Migration**

L'analyse des tendances en matière de migration révèle que les choix des familles sont fortement guidés par les conseils et les expériences partagées au sein de leur réseau social, plutôt que par des recommandations médicales formelles qui sont minoritaires. La France, en particulier, émerge comme une destination privilégiée, attribuable à la réputation de son système de santé de qualité et accessible même en cas de situation financière modeste.

Si une comparaison des types de réponses reçues de la part de familles ayant opté pour la France par rapport à d'autres pays (ayant un niveau de soins identique mais dont la politique de santé a fait d'autres choix concernant la gestion des soins non urgents prodigués aux ressortissants étrangers) montrerait potentiellement des différences à ce niveau avec une gestion différente des priorités retenues.

## **Objectifs de santé**

Les familles interrogées mettent l'accent d'une part sur l'accès à des soins médicaux spécialisés mais surtout sur celui à des structures adaptées pour leurs enfants.

Il existe ici une différence probablement significative entre les pathologies entraînant un handicap séquellaire plus ou moins sévère et celles pour lesquelles on peut espérer une récupération *ad integrum*. La plupart des familles, et ce contrairement à ce qu'il peut arriver d'entendre au sein des services concernés, ont un bon niveau de conscience de la sévérité du handicap et de l'absence vraisemblable d'un traitement véritablement curable à proprement parler qu'il soit pharmacologique physique ou chirurgical. Ces familles mettent par contre l'accent sur l'accompagnement qui est proposé, à la fois humain et social.

Ici les points de vue exprimés des familles sont très pratiques et *modernes* : il ne s'agit pas de guérir (« cure ») leur enfant mais vraiment de le soigner (« care ») afin de maximiser sa qualité de vie. L'aspiration à une amélioration concrète de l'état de santé n'est que rarement explicitée alors que les mentions à la qualité de vie sont fréquentes.

## **Les parents apprennent relativement tôt que leur enfant est handicapé**

Il a été constaté dans lors des entretiens que les parents sont souvent confrontés relativement tôt à la réalité d'un handicap potentiel de leur enfant, généralement au sein d'un service hospitalier a priori spécialisé en pédiatrie. Bien qu'un diagnostic précis et certain ne soit pas toujours établi (ou alors remis en question), ces constatations sont faites généralement dès l'apparition des signes (en période néonatale pour les affections congénitales – dès les premières manifestations pour les pathologies qui se manifestent plus tardivement) avec un discours et une pratique médicale qui, de l'extérieur, semblent tout à fait justifiés et défendables.

Ce point semble important car, la barrière linguistique aidant, il semble souvent aux professionnels de santé que la famille *découvre* la maladie ou son pronostic lorsque de nouveaux examens sont réalisés. Cela n'a en tout cas pas été le cas sur la cohorte étudiée.

## b. Arrivée sur le sol Français

### **Le tissu associatif**

L'importance prépondérante des associations dans le parcours des familles migrantes ressort nettement de tous les entretiens. Ces organisations sont particulièrement cruciales en amont de la première interaction des familles avec le système de santé, fournissant une préparation et un soutien indispensable. Leur rôle ne se limite pas uniquement à l'orientation médicale ; elles jouent également un rôle fondamental dans la stabilisation de la situation résidentielle et dans le parcours administratif – voire judiciaire qui ponctue généralement le parcours de migration.

Il est intéressant de noter que ce tissu associatif ; même s'il travaille de manière étroite avec les services compétents de l'Etat ; ne dépendent généralement pas de lui. Les personnes qui l'animent ne le font pas avec un rôle de fonctionnaire et ce, même si cet accompagnement semble une réelle nécessité dans les parcours associant la question migratoire à la question de santé au vu de la place prise lors des entretiens.

### c. Médecin traitant

#### **Rôle Perçu du Médecin Traitant**

Les entretiens menés n'ont pas révélé de fonction spécifique attribuée au médecin généraliste par les familles dans le cadre du suivi de l'enfant ou des parents. Au mieux, il est mentionné en tant que praticien s'occupant des affections mineures.

L'examen des entretiens révèle que pour la majorité des familles, le rôle du médecin généraliste dans la gestion de la santé de leurs enfants ou d'eux-mêmes n'a pas été pleinement saisi. À l'exception de trois familles, le médecin généraliste n'a pas été identifié comme jouant son rôle spécifique théorique dans le suivi médical. Dans la plupart des cas, il est perçu comme celui qui intervient pour des problèmes de santé mineurs.

Cette observation peut s'interpréter de deux manières différentes mais peut-être connexes :

- On peut l'interpréter comme une mauvaise compréhension du schéma théorique de la prise en charge médicale au sein du système de santé français. Dans ce dernier, le médecin traitant, souvent généraliste, exerce normalement ce rôle de *chef d'orchestre* et de coordination entre les différents professionnels de santé (très nombreux dans les contextes de handicap pédiatrique sévère et complexe).
- On peut également interpréter ce dernier point – non pas comme une mauvaise interprétation de l'offre de soins mais plutôt comme une non-adéquation entre les attentes de consultations chez le médecin généraliste et les réponses apportées en pratique. En effet ; les consultations pour qu'elles soient les plus complètes possibles chez ce type de public sont extrêmement longues et complexes car elles doivent faire le point sur le statut médical (neurologique (à la fois développemental ; moteur et épileptique) ; fonctionnel ; nutritionnel ; orthopédique ; vaccinations ; douleurs...) social (situation économique ; logement ; scolarité de l'enfant et de la fratrie) et administratif (dossier MDPH ; ALD ; certificats divers et variés) le tout souvent, sans soutien à la traduction. Ce type de

consultation même si nécessaire est difficilement compatible avec un paiement à l'acte (acte de 15 minutes en moyenne). On peut également supposer que la multiplication des plateformes numériques pour prendre des rendez-vous sur des plages de consultation courtes aggrave la difficulté de contact vers les médecins de première ligne en raison de la barrière linguistique ou culturelle.

Ces différentes réserves contribuent potentiellement à un recours moindre du médecin traitant par rapport à ce que l'on pourrait attendre des missions théoriques de ce dernier. Ce point avait déjà été soulevé dans une thèse de médecine de 2020 avec une cohorte d'enfants du même service mais où il n'était pas question de migration.[28]

La méconnaissance du rôle du médecin généraliste, qui a également été observé dans d'autres études [29,30], indique clairement que bien que les médecins généralistes soient disposés à jouer un rôle de soutien et de relais avec les spécialistes, renforçant ainsi l'alliance thérapeutique grâce à leur proximité et à leur disponibilité accrue, ils ne bénéficient en réalité pas d'une formation spécifique aux patients handicapés sévères [31], en dehors de leur expérience professionnelle, et ne sont pas toujours perçus par les patients comme étant compétents [29], même si leurs qualités d'écoute et d'empathie n'est plus à reconnaître

### **Satisfaction avec le Médecin Traitant**

On note néanmoins que les familles ayant trouvé un médecin traitant qui assure la mission de coordination sont très satisfaites de ce rôle de pivot, soulignant toute l'importance d'avoir un praticien disponible et pouvant apporter une réponse dans les multiples dimensions du soin dans les contextes de pathologie complexe.

## **La Comparaison des Systèmes de Santé**

L'analyse des entretiens avec les familles d'origines diverses a révélé des tendances marquées dans la comparaison des systèmes de santé entre leur pays d'origine et la France. La tendance majoritaire est qu'il existe une différence flagrante de fonctionnement entre les systèmes de santé de leur pays d'origine et le système de santé Français (qui seront détaillés par la suite). Ceci peut en partie expliquer certains comportements et habitudes de famille qui finalement ne font que reproduire ce qu'elles connaissent ou ont l'habitude de faire.

### **d. Retour d'expérience**

#### **Espoirs vs réalité**

L'analyse des données de l'étude souligne une divergence notable entre les aspirations des familles et les réalités tangibles qu'elles rencontrent. Ce décalage se manifeste principalement dans les sphères administrative et sociale, reflétant les défis inhérents à l'adaptation dans un contexte nouveau et différent. Bien que les espoirs les plus prononcés des familles se concentrent sur des améliorations à long terme de la santé de leurs enfants ; ce sont souvent sur des problématiques tangibles de l'immédiat que se focalisent les attentes (logement ; rémunération ; dossier administratif ou judiciaire...)

#### **Satisfaction Générale**

Les familles ont pu généralement exprimer un bon degré de satisfaction en rapport avec leur expérience vis-à-vis du système de santé français et ce, en dépit des difficultés administratives, sociales et médicales qu'ils ont pu traverser.

Ce type de réponse doit bien entendu être interprétée en fonction de tous les biais potentiels propres à un interrogatoire en présentiel avec une asymétrie de statut entre investigateur et interrogé.

### **Conseil aux parents dans la même situation**

Il apparaît que les parents d'enfants handicapés ne proposent pas de conseils spécifiques à d'autres familles dans des situations similaires. Au lieu de cela, ils tendent à partager leurs expériences personnelles, permettant ainsi aux autres familles de puiser dans ces récits ce qui leur semble pertinent pour leur propre contexte. Cette approche souligne une reconnaissance tacite de la diversité des défis rencontrés et de la singularité de chaque parcours familial.

### **Discrimination**

Les résultats mettent en lumière la persistance de la discrimination au sein du système de santé, bien que son impact pratique semble peu important. Cette observation suggère une évolution vers une réduction de la discrimination, qui, toutefois, n'a pas été entièrement éradiquée. Il est essentiel de reconnaître que, malgré une diminution de son intensité, la discrimination continue d'affecter certains aspects, soulignant ainsi la nécessité d'une vigilance continue et d'efforts accrus pour la combattre. Cette tendance à la baisse est encourageante, mais elle rappelle également l'importance de ne pas devenir complaisant face à des progrès partiels, et d'œuvrer pour un environnement totalement exempt de discrimination.

## II. Validité interne : forces limites et biais

### a. Biais de Sélection

Les familles invitées à participer à cette étude ont été recrutées à partir de la liste des consultants à l'IUR Clémenceau à STRASBOURG. Cela signifie qu'elles bénéficiaient soit déjà d'un suivi dans un centre spécialisé de deuxième ou troisième ligne ou bien qu'elles eussent déjà complété toutes les démarches pour pouvoir débiter ce dernier.

La constitution d'un tel dossier de consultation implique une intégration sociale *a minima* et exclue par conséquent les familles les plus isolées.

### b. Biais de mémorisation

Il a été limité dans la mesure du possible par le choix des familles. Leur arrivée récente sur le territoire français limite ce biais même si plus temps écoulé entre l'entretien individuel et la date de l'arrivée de la famille en France est important plus ce biais prend de l'ampleur.

### c. Biais linguistique

Pour atténuer ce biais lié à la population migrante, nous avons cherché à minimiser son impact en faisant appel à des traducteurs professionnels. Cela permettait aux familles de s'exprimer librement dans la langue qu'elles maîtrisaient le mieux.

#### d. Biais d'interprétation

Ce biais est présent en raison de la conception de l'étude. Étant donné qu'il n'y avait qu'un seul chercheur impliqué, il n'a pas été possible d'effectuer une double vérification des résultats. Cette situation pourrait être explorée comme un sujet d'intérêt pour de futures recherches.

#### e. Biais d'information

Un aspect crucial soulevé par la théorisation ancrée est la reconnaissance des biais d'information pouvant survenir lors de la collecte de données. Les investigateurs doivent être conscients des défis associés à l'établissement de la confiance avec les participants, en particulier compte tenu de la nature personnelle et parfois sensible des questions posées. La méfiance potentielle à l'égard d'une personne inconnue, combinée à des antécédents de contacts avec des réseaux dont la fiabilité reste à prouver, a pu influencer la qualité et la sincérité des réponses obtenues.

#### f. Forces de l'étude

Une des forces de cette étude provient de la liberté d'expression permise par l'analyse qualitative. Les entretiens étaient individuels, et les questions ouvertes. Afin d'éviter le phénomène de suggestion, les réponses étaient courtes ou non verbales pour inciter à la parole.

L'utilisation de la Théorisation Ancrée dans cette étude constitue une de ses forces. Cette méthode de recherche qualitative, conçue pour appréhender des phénomènes sociaux complexes, se prête idéalement à l'objectif de construire des théories directement à partir des données empiriques. En se concentrant sur les attentes et les représentations des familles vis-à-vis du système de santé français, cette approche nous a permis d'explorer leurs expériences et perceptions.

### III. Accès aux Soins et Systèmes de Santé Comparatifs

Compte tenu de la prédominance des familles migrantes de nationalité russe, géorgienne et albanaise dans l'étude mais aussi au sein du service, nous allons réaliser un bref examen des systèmes de santé de ces trois pays. Cette analyse permettra de mieux comprendre les différences et les similitudes avec le système de santé français, et d'apporter un éclairage sur les expériences de soins de santé des familles participants à l'étude.

#### a. Présentation succincte du système de santé Russe

##### **Modèle Semashko**

Le modèle Semashko, développé en URSS (fondée en 1922), était un système de santé entièrement géré par l'État. Tous les professionnels de santé étaient des employés de l'État, et la priorité était donnée au contrôle des maladies transmissibles. Ce modèle a connu un certain succès dans la lutte contre des maladies infectieuses telles que la tuberculose, la fièvre typhoïde et le typhus. Dans les années 1970, une transition vers un modèle mettant l'accent sur la spécialisation dans les soins ambulatoires a été amorcée. Le système a commencé à décliner en termes d'investissements et de qualité des soins dans les années 1980. Bien que le nombre de lits d'hôpitaux et de médecins par habitant ait doublé entre 1950 et 1980, le manque de financement dans le secteur de la santé était évident. [32,33]

## **Le système de santé russe actuel**

Depuis 1996, la constitution russe offre aux citoyens et résidents le droit à des soins de santé gratuits, fournis par l'État via le Fonds fédéral obligatoire d'assurance médicale que l'on appellera FFOMC (en rapport avec le nom Russe de l'infrastructure). Le FFOMC est financé par des cotisations salariales et patronales. Le ministère russe de la Santé supervise le système et ses deux millions d'employés. [34,35]

Le système basé sur la FFOMC couvre les frais des soins hospitaliers, des procédures nécessitant un séjour à l'hôpital, des conditions chroniques, des soins maternels et néonataux, des vaccinations, etc. Cependant, le système de santé public en Russie fait face à des défis tels que de longs délais d'attente, un encombrement des hôpitaux, et des établissements insuffisants en dehors des grandes villes. Le système de santé russe est généralement sous-financé, avec des dépenses de santé représentant entre 5% et 6% de son PIB annuel, bien en dessous de la moyenne mondiale de 10% et de l'Union européenne de 11%. [36,37]

## **Surutilisation des soins secondaires et tertiaires**

Il existe une surprovision significative des soins secondaires et tertiaires, particulièrement en ce qui concerne les installations hospitalières. Le taux d'admission hospitalier annuel élevé reflètent en partie la sous-utilisation des soins primaires [38]. Une tendance particulièrement remarquée chez les familles d'origine russe ou dont le système de santé est proche de celui de la Russie, qui reproduisent les modèles de consommation de soins de santé auxquels elles sont habituées. Cette situation est exacerbée par le fait que les coûts en rapport avec les frais hospitaliers, pour les patients, sont bien inférieurs à ceux pour les soins ambulatoires, encourageant une utilisation des lits hospitaliers et leur expansion [39]. L'absence de support

financier renforce cette inclination vers les soins hospitaliers, surtout en présence de difficultés financières supplémentaires ce qui est le cas pour les familles de cette étude.

### **Préférence pour les spécialistes et défis pour le système de santé**

Les tentatives de transition vers des soins ambulatoires ont souffert face aux préférences des patients. Traditionnellement, il était perçu que les médecins les moins qualifiés et capables allaient dans les soins primaires, tandis que ceux devenant spécialistes ambulatoires dans les polycliniques n'étaient que légèrement mieux considérés. Les meilleurs médecins étaient censés travailler en médecine hospitalière, conduisant les patients à continuer de privilégier l'admission hospitalière plutôt que d'accepter des soins dans un cadre ambulatoire ce qui finit par créer des habitudes que l'on peut constater dans les habitudes de consommations des soins lorsque ces familles émigrent en France. Ce phénomène était également encouragé par une politique de coûts de prescription favorisant l'hospitalisation, où les médicaments étaient fournis gratuitement aux patients hospitalisés, contrairement aux patients ambulatoires." [38]

### **Utilisation sous-optimale des soins primaires :**

Le système soviétique se concentrait traditionnellement sur les soins secondaires et tertiaires au détriment des soins primaires et préventifs ambulatoires. Cette surprovision de lits hospitaliers a été perpétuée par des mécanismes de financement reliant le budget des hôpitaux au nombre de lits, créant ainsi des incitations pour les médecins hospitaliers à maintenir et remplir des lits. L'intention initiale des programmes de réforme visait à augmenter la qualité et le choix des patients, tout en abordant de manière significative le déséquilibre entre la médecine hospitalière et les soins primaires. Cependant, les compagnies d'assurance ont

souvent manqué des compétences nécessaires pour mesurer les approches les plus rentables, tendant à revenir à des modèles de provision traditionnels et perpétuant le déséquilibre existant entre les secteurs secondaire et primaire. [38]

### **Rôle du médecin traitant :**

Le rôle du médecin généraliste dans le système de santé russe actuel est centré sur le renforcement des soins de santé primaires. Les médecins généralistes en Russie s'occupent du traitement et de la prévention des maladies les plus courantes, et coordonnent les activités des infirmières, des sage-femmes et des travailleurs sociaux. Ils sont souvent le premier point de contact pour les patients dans le système de santé et jouent un rôle crucial dans la dispensation des soins de santé primaires [40].

En milieu urbain, les soins primaires sont principalement dispensés dans des polycliniques, tandis qu'en milieu rural, ils le sont dans de petits centres de soins primaires. Les polycliniques sont confrontées à des défis tels que le faible financement et une faible priorité accordée aux soins primaires, et les médecins généralistes y sont souvent limités à fournir des traitements de base [41]. Ceci ancre encore un peu plus dans l'imaginaire collectif que les médecins généralistes n'ont que des compétences de bases ; ce à quoi ils sont régulièrement réduits par les familles originaires de système de santé similaires.

La Russie continue de lutter contre la spécialisation excessive des soins médicaux en ambulatoire. Les médecins généralistes, bien formés, peuvent rediriger les patients vers différentes spécialités et prendre en charge une grande partie des visites médicales spécialisées dans les polycliniques municipales ce qui peut représenter jusqu'à 81% des actes pratiqués par les spécialistes [42].

Ces observations soulignent 2 choses :

- La compétence intrinsèque des médecins généraliste n'est pas le nœud du problème mais bien la représentation que la population générale en a et cela aussi bien en France qu'à l'étranger
- La consommation de soins de santé correspond effectivement à la situation actuelle en France, où une partie des consultations spécialisées pourraient être gérées efficacement en médecine générale.

## b. Présentation succincte du système de santé Géorgien

### **Historique**

Le système de santé géorgien a subi des réformes majeures depuis les années 1990, avec des transformations significatives en 2003 et 2013.[43]

Avant 1995 : Le système de santé géorgien, faisant partie du système soviétique, était basé sur le modèle Semashko, financé entièrement par l'État. En 1995, des réformes introduisent une assurance maladie obligatoire avec des contributions de l'employeur et de l'employé, ainsi que des paiements officiels pour les services médicaux non couverts par les programmes d'État [44].

Après la Révolution des Roses (2003-2004) : L'assurance maladie obligatoire est abolie, et la taxe d'assurance sociale est remplacée par une taxe sociale accumulée dans le budget de l'État. À partir de 2007, le gouvernement géorgien délègue la gestion des allocations d'assurance maladie pour des groupes ciblés de la population à des compagnies d'assurance privées, ce qui entraîne une privatisation importante des hôpitaux et cliniques [45].

Réforme de 2013 et introduction du Programme UHC : En 2013, la Géorgie lance le Programme de Couverture Sanitaire Universelle (UHC), marquant un changement significatif dans le financement des soins de santé. Ce programme étend la couverture des soins médicaux financés par le gouvernement à toute la population, sans contribution requise pour l'inscription. Les responsabilités d'achat des services de santé sont transférées des compagnies d'assurance privées à l'Agence des Services Sociaux sous l'égide du Ministère du Travail, de la Santé et des Affaires Sociales. Malgré une augmentation nécessaire des dépenses publiques en santé, les paiements directs des patients sont restés élevés, avec un foyer sur six faisant face à des dépenses de santé importantes. Les ménages les plus pauvres ont été particulièrement affectés par ces coûts. Ceci diffère beaucoup de la couverture financièrement proposée par l'assurance maladie en France et dont l'impact est d'autant plus important pour les ménages à revenus modeste

Bien que les réformes aient conduit à une augmentation des dépenses publiques en santé, les paiements directs représentaient 48% des dépenses totales de santé en Géorgie, un pourcentage supérieur à la moyenne de la région européenne selon l'OMS. [44] Les réformes n'ont pas suffisamment couvert les médicaments ambulatoires, qui sont le principal moteur des paiements directs en Géorgie. Ce qui freine l'accessibilité de ces soins, crée des habitudes de consommation de soins bien éloignés de celles présentes sur le sol Français.

L'implication de l'assurance maladie en France dans le remboursement total ou partiel des frais médicaux qu'ils soient ambulatoire ou non influence le parcours de soins des patients. En effet, puisque ces frais sont largement pris en charge, il y a moins de préoccupation à vouloir réduire les coûts en limitant le nombre de médecins consultés ou en consultant prioritairement des services de soins primaires, secondaire ou tertiaire.

**Faiblesse des soins primaires et préférence pour les niveaux de soins spécialisés :**

Le système de santé en Géorgie présente plusieurs défis similaires, qui seront détaillés par la suite, à ceux identifiés dans le système russe, notamment en ce qui concerne la surutilisation des soins secondaires et la faiblesse des soins primaires. On peut donc supposer que cela crée les mêmes habitudes de consommations de soin en santé que pour les familles émigrantes de Russie.

Les soins primaires en Géorgie sont perçus comme faibles, avec une forte préférence des patients pour accéder à des soins plus spécialisés. Cette situation est exacerbée par la qualité des soins fournis dans les hôpitaux et le coût élevé des médicaments lors des prises en charge ambulatoires. Bien que la plupart des services de soins primaires soient désormais couverts par le Universal Health Coverage Program (UHCP), la qualité est un facteur déterminant de la faible utilisation des soins primaires. La perception de la faible qualité des services fournis au niveau des soins primaires, les motivations “problématiques” concernant l’adressage entre praticiens et les prescriptions effectuées par les intervenants de première ligne limitent la capacité de filtrage des médecins généraliste, malgré l'exigence d'une nécessité d'adressage médical pour les soins spécialisés sous le UHCP [46].

**Surutilisation des services hospitaliers :**

Il y a une surutilisation des services hospitaliers en Géorgie, avec un nombre élevé de procédures hospitalières bien au-dessus de la moyenne de l'Union européenne, tandis que le nombre de visites ambulatoires par habitant est faible et bien en dessous de la moyenne de l'UE. Cette situation souligne le fait que les familles ne font que reproduire des habitudes bien ancrées dans leur pays d’origine [46].

### **Chemins d'accès des patients :**

En Géorgie, il existe essentiellement trois voies d'accès des patients : celle couverte par le UHCP et certains programmes verticaux, celle couverte par l'assurance maladie volontaire (VHI), et la voie privée « out-of-pocket ». Les patients peuvent accéder aux traitements hospitaliers couverts par le UHCP tout en contournant les soins primaires. Pour les services hospitaliers sous VHI, un adressage par un autre professionnel de soins primaires enregistré est nécessaire. Cependant, le contournement complet des soins primaires est courant, et il existe une forte préférence des patients pour accéder aux soins plus spécialisés [46].

Ce contournement très fréquent des soins primaires et donc l'absence d'adressage peut aussi influencer le comportement des familles migrantes qui lorsqu'elles arrivent en France en n'accordant toute la place qui revient au médecin généraliste.

### **c. Présentation succincte du système de santé Albanais**

#### **Historique du système de santé**

Le système de santé en Albanie a évolué du modèle soviétique vers un modèle plus proche du modèle Bismarck, basé sur des contributions obligatoires et volontaires, complétées par un financement du budget de l'État. Les dépenses totales de santé en 2013 représentaient 5,9 % du PIB, bien en dessous de la moyenne de l'UE (environ 11%) dont environ 48,4 % étaient des dépenses publiques [47].

#### **Couverture des soins en santé par l'État et reste à charge**

L'Institut albanais d'assurance-maladie, créé en 1994, couvre les soins primaires et une partie des coûts des médicaments notamment ceux figurant sur la liste de remboursement ainsi

qu'une partie des coûts des soins hospitaliers. Un ticket modérateur sur ces services a été introduit en 2008[48].

### **Préférence pour les soins spécialisés et système d'adressage non fonctionnel**

En Albanie, les défis du système de santé et les efforts de réforme présentent des similarités avec ceux observés en Russie et en Géorgie, notamment concernant la préférence pour les soins spécialisés et le rôle des soins primaires ; on peut donc supposer que l'impact est similaire à celui que les familles migrantes ont subi dans les modèles Russes et Géorgiens :

Avant 1990, un système de soins primaires axé sur la santé maternelle et infantile avait été établi. Cependant, le système d'adressage qui exigeait des patients qu'ils passent par des médecins généralistes pour obtenir une référence vers des spécialistes ne fonctionne plus. Les spécialistes attirent directement les patients, en partie à cause des paiements informels qui constituent une source importante de leurs revenus. Cette pratique de contournement des services de soins primaires est difficile à modifier, et les patients continuent d'utiliser les spécialistes pour les soins de premier contact. Cette situation, combinée à un manque de confiance dans les généralistes, contribue au nombre extrêmement faible de contacts ambulatoires par personne et par an, qui était de 1,6 en 1999, le plus bas de la région européenne après la Géorgie.[49]

### **Réformes visant à renforcer les soins primaires et la santé publique :**

La réforme du système de soins primaires (PHC) a commencé en 1992, guidée par la Banque mondiale et l'OMS. Les politiques de soins primaires développées en 1997 avec le soutien de l'UE stipulent qu'il devrait y avoir au moins un centre de santé dans chaque commune et un

poste de santé dans chaque village. De nombreux centres de santé ont été rénovés et rééquipés entre 1999 et 2000, avec l'aide financière de la Banque mondiale et du gouvernement allemand. La politique du pays propose que les équipes de soins primaires soient dirigées par des généralistes, avec à leur direction un médecin généraliste pour 2000 habitants en zones urbaines et un médecin généraliste pour 1700 en zones rurales. L'équipe de PHC est censée agir comme un filtre pour les soins secondaires, bien qu'il n'y ait pas de mécanisme pour garantir cela. Les patients sont libres de s'inscrire auprès du médecin de leur choix, auquel l'HII (Health Insurance Institute) verse une rémunération forfaitaire pondérée selon la zone géographique et d'autres critères.[49]

#### d. Corruption et santé

Le document de l'OSCE, "The Gendered Impact of Corruption in the Albanian Health Care and Tertiary Education Sectors", aborde la corruption dans le système de santé en Albanie, mettant en lumière son impact disproportionné sur les femmes. La corruption se manifeste souvent sous forme de paiements informels, particulièrement dans les soins de maternité, révélant la vulnérabilité accrue des femmes dans l'accès aux soins de santé. En moyenne, 28,3 % des citoyens albanais, âgés de 18 à 64 ans, ont été exposés à la corruption, directement ou via un membre de leur ménage, avec une prévalence notable pour ces paiements informels payés dans les zones rurales et une implication plus élevée des femmes par rapport aux hommes dans ces pratiques "discutables". Ces rétributions occultes sont principalement réglées pour obtenir un meilleur traitement ou accélérer les procédures administratives, en particulier dans le secteur de la santé où les médecins et les infirmières en sont les principaux bénéficiaires. [50,51]

La spécificité des besoins de santé des femmes, notamment en matière de soins gynécologiques et obstétricaux, les rendent particulièrement vulnérables dans un système de santé où la corruption peut compromettre la qualité et l'équité des soins qu'elles reçoivent. Les paiements informels, symptomatiques d'un manque de mécanismes institutionnels efficaces contre la corruption de petite échelle, exacerbent l'inégalité d'accès aux soins nécessaires. Le système de santé, limité par un manque de ressources, encourage malheureusement cette pratique. En tant que principales bénéficiaires de soins et confrontées à des besoins de santé spécifiques, les femmes se retrouvent particulièrement vulnérables dans un système où la corruption altère la qualité et l'équité des soins reçus.[51]

La corruption dans les systèmes de santé de pays ne faisant pas partie des pays du nord économique se manifeste principalement par des paiements informels. Ces pratiques “discutables” contribuent à une augmentation des dépenses directes pour les patients, minant la confiance dans le système de santé et limitant l'accès aux services essentiels.[52]

L'impact de la corruption va au-delà de l'accroissement des coûts pour les patients ; il affecte négativement les résultats de santé et la qualité des soins. La corruption engendre des inégalités en rendant les soins de santé inaccessibles pour les populations défavorisées et compromet l'atteinte des objectifs de la Couverture Santé Universelle (CSU) d'ici 2030. Les stratégies traditionnelles de lutte contre la corruption ayant montré leurs limites, l'innovation et l'engagement communautaire émergent comme des solutions prometteuses pour améliorer la gouvernance et l'accès aux soins.[52]

### e. Rôle du soutien financier de la sécurité sociale

Dans des systèmes de santé où les patients assument une plus grande part des frais de soins, ils ont tendance à rechercher d'autres alternatives pour obtenir les orientations et conseils nécessaires, en particulier pour des soins spécialisés afin de réduire l'impact financier sur leur budget. Cette situation peut conduire à un rôle réduit du médecin traitant, qui tend à se limiter au traitement de petites affections, plutôt qu'à une gestion globale de la santé du patient. Lorsque les coûts des soins primaires deviennent prohibitifs, les patients peuvent hésiter à consulter leur médecin traitant pour une évaluation initiale et préfèrent parfois s'adresser directement à des spécialistes ou utiliser d'autres sources d'informations médicales qui ont peu ou pas d'impact sur leur budget.

Ainsi, la contribution financière de la Sécurité sociale française dans le remboursement des frais médicaux encourage un recours approprié au médecin traitant, favorisant un accès efficace et coordonné aux soins dans leur globalité.

## IV. Impact des Délais de Sécurité Sociale sur l'Accès aux Soins

### a. Analyse des retards dans l'obtention d'un numéro de sécurité sociale

Dans le cadre de l'accès aux soins de santé en France, les patients migrants font face à des défis spécifiques, parmi lesquels le délai d'obtention d'un numéro de sécurité sociale joue un rôle crucial. Ce numéro, indispensable pour l'accès à une prise en charge ambulatoire, est attribué suite à un processus qui peut s'avérer long et complexe, influençant ainsi la possibilité d'avoir accès aux soins ambulatoires ainsi qu'à un médecin traitant.

Le processus d'attribution d'un numéro de sécurité sociale, notamment le Numéro National Provisoire (NNP) et le Numéro d'Identification d'Attente (NIA), implique plusieurs étapes administratives. Le NNP, commençant par 7 pour les hommes et 8 pour les femmes, est émis

par le Service Administratif National d'Identification des Assurés (SANDIA), sous délégation de l'INSEE. Ce numéro est temporaire et requiert la certification des pièces d'état civil, processus dont le délai peut varier en fonction des cas (traductions, obtention des informations). Bien qu'aucun délai fixe ne soit garanti, le délai minimum est généralement de 2 mois [53].

Parallèlement, le NIA, commençant par 1 pour les hommes et 2 pour les femmes, offre des droits similaires à un numéro permanent, mais sans accès au compte Ameli ni possibilité de création d'une carte Vitale. Le délai pour obtenir un NIA est également variable, dépendant du volume de dossiers traités par les caisses, avec un minimum de 2 mois. Une fois l'identité certifiée par le SANDIA, le NIA se transforme en NIR (numéro d'inscription au répertoire), processus pouvant prendre entre 3 et 9 mois [53].

#### b. Conséquences sur le choix de médecin traitant et l'accès aux soins

Ces délais peuvent constituer un obstacle majeur pour les patients migrants dans l'établissement d'un parcours de soins coordonné en France. L'absence d'un numéro de sécurité sociale valide limite l'accès aux soins ambulatoires et empêche la désignation d'un médecin traitant, élément essentiel dans le système de santé français. Cette situation peut entraîner une utilisation accrue des services d'urgence et une prise en charge médicale inadéquate, affectant potentiellement la santé globale des patients migrants.

## **CONCLUSION**

La thèse présentée met en lumière plusieurs aspects fondamentaux dans la compréhension du parcours de soin et du rôle du médecin traitant chez les familles migrantes avec enfant porteur de handicap sévère.

### **Rôle et Perception du Médecin Traitant**

La recherche révèle l'importance cruciale du médecin traitant dans le parcours de soins, agissant comme un pivot central pour la coordination et l'optimisation des soins médicaux. Cependant, sa place reste souvent méconnue ou sous-estimée par les patients migrants. Cette méconnaissance, probablement exacerbée par des différences dans les systèmes de santé et des expériences antérieures, peut même mener à un non-recours au médecin généraliste.

### **Carence dans le Pays d'Origine et ses Impact**

L'assurance maladie en France offre un soutien financier plus avantageux que dans de nombreux pays, ce qui est déterminant pour l'accès aux soins médicaux des familles migrantes. Toutefois, leurs habitudes et attentes, formées dans des contextes de moindre aide financière, peuvent affecter l'utilisation des services de santé en France. Dans leurs pays d'origine, ces familles étaient souvent contraintes d'opter pour des solutions moins onéreuses mais parfois moins efficaces, telles que l'automédication ou la consultation de professionnels non conventionnés, en raison de ressources financières limitées.

Cette expérience préalable peut entraîner une méfiance ou une incompréhension du système de santé français, plus protecteur et structuré. Il semble donc essentiel d'informer les patients migrants, dès leur arrivée, sur les spécificités du système de santé français, notamment sur la couverture plus étendue de l'assurance maladie et le rôle central du médecin traitant. Cette information précoce aiderait à orienter les patients vers une utilisation appropriée des soins de santé, en évitant des pratiques antérieures moins sûres ou moins efficaces, et en favorisant une meilleure intégration dans le système de santé français.

### **Défis dans la Relation Médecin-Patient**

Les expériences antérieures négatives dans le pays d'origine créent des barrières significatives dans l'établissement d'une relation de confiance entre les médecins et les patients migrants. Cette confiance est pourtant essentielle pour une communication efficace et une adhésion aux protocoles de soins notamment dans des contextes médico sociaux difficiles en raison de handicaps complexes.

### **Délais de délivrance des numéros de sécurité sociale et impact sur la prise en charge ambulatoire**

Les délais dans la délivrance des numéros de sécurité sociale ou de cartes vitales constituent un autre défi significatif. Bien que la prise en charge hospitalière puisse être possible sans carte vitale dans certains cas, l'accès aux soins ambulatoires reste très limité en l'absence de cette carte. Cette situation crée une discontinuité dans le parcours de soins, où les patients peuvent recevoir des soins d'urgence mais rencontrent des difficultés pour le suivi ambulatoire régulier et nécessaire. Ce problème est particulièrement préoccupant pour les patients de cette

étude. Ainsi, la réduction des délais de délivrance des cartes de sécu apparaît comme une mesure pouvant améliorer l'accès aux soins ambulatoires pour les patients migrants.

### **Satisfaction Patient et Qualité des Soins**

Malgré ces obstacles, l'étude met en avant la satisfaction notable des familles à l'hôpital Clémenceau, témoignant d'une réponse adéquate à leurs attentes initiales, même face à des espoirs parfois considérés comme irréalistes.

En conclusion, cette étude souligne le besoin d'une meilleure compréhension et reconnaissance du rôle du médecin traitant par les patients migrants, ainsi que la nécessité de surmonter les défis liés aux expériences antérieures dans leurs pays d'origine. Il est essentiel de fournir une information la plus précoce et complète possible concernant le fonctionnement du système de santé français, en particulier le rôle crucial du médecin traitant, pour faciliter l'intégration des patients dans ce système. Renforcer la relation de confiance entre le médecin et le patient et adapter les approches de communication sont cruciaux pour optimiser le parcours de soins et améliorer la satisfaction des patients. Cela implique également de prendre en compte les antécédents culturels et les expériences de soins de santé antérieures des patients dans la conception des stratégies de soins, afin d'assurer une prise en charge adaptée et efficace.

VU

Strasbourg, le 19/02/24

Le président du jury de thèse

Professeur ISNER-HOROBETI Marie-Eve



VU et approuvé

Strasbourg, le 23 JAN 2024

Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA

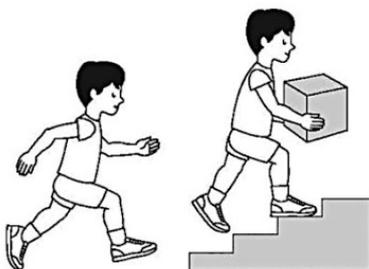


## ANNEXES

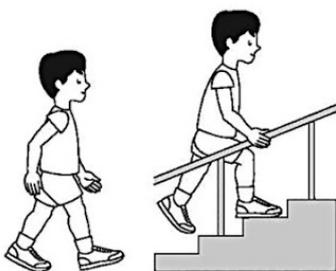
### Annexe 1 :

1. Que pouvez-vous me dire de la situation de votre famille actuellement ? (Dimension social administrative / financière / insertion social et scolaire)
2. Décrivez-moi votre parcours pour arriver en France. Depuis quel âge avez-vous remarqué que votre enfant était différent ? Quand et comment avez-vous pris la décision de venir avec votre famille ?
3. Avez-vous un médecin traitant ? Si oui, quand et comment avez-vous choisi votre médecin traitant ? Si non, avez-vous une notion plus ou moins précise du rôle du médecin traitant ? Pouvez-vous m'expliquer la raison pour laquelle vous n'avez pas de médecin traitant ?
4. Quel est le premier médecin avec qui vous avez pris contact et pourquoi ?
5. Que pouvez-vous me dire de vos premiers contacts avec le système de santé français dans sa globalité (difficulté de compréhension de fonctionnement / qualité du contact humain / qualité de la réponse médicales)
6. Avez-vous rencontré des difficultés à obtenir des soins médicaux en France en raison de votre statut socio-économique ou de votre origine ethnique ? Si oui expliquez pourquoi
7. Comment avez-vous trouvé de l'aide concernant les démarches médicales et la traduction des consultations ?
8. Que pouvez-vous me dire concernant la relation que vous entretenez avec votre médecin traitant ? (Durée / type de demande / fréquence et qualité de la communication avec lui / niveau de satisfaction)
9. Quelles étaient vos attentes / espoirs en venant en France concernant votre enfant ?
10. Comment décririez-vous les différences entre le système de santé français et celui de votre pays d'origine ? (Accueil / explication / difficulté d'accès aux examens ou médecins / disponibilité des traitements)
11. Comment qualifieriez- vous la prise en charge actuelle de votre enfant ?
12. Quels ont été vos principaux objectifs pour votre enfant lorsque vous avez pris la décision de venir faire prendre en charge son handicap ?
13. Quel est le sentiment qui prédomine quand vous pensez à votre parcours dans le système de santé français ? (Satisfaction ou non à coter sur une échelle de 0 à 10) ? Expliquez ce que vous ressentez.

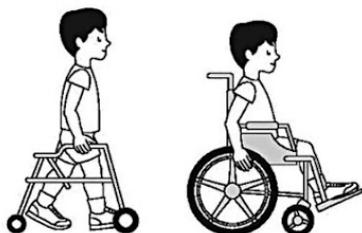
14. Qu'auriez-vous aimer savoir lors de votre arrivée pour mieux comprendre comment le système de soin fonctionne

**Annexe 2 :****GMFCS for children aged 6-12 years:  
Descriptors and illustrations****GMFCS Level I**

Children walk indoors and outdoors and climb stairs without limitation. Children perform gross motor skills including running and jumping, but speed, balance and coordination are impaired.

**GMFCS Level II**

Children walk indoors and outdoors and climb stairs holding onto a railing but experience limitations walking on uneven surfaces and inclines and walking in crowds or confined spaces and with long distances.

**GMFCS Level III**

Children walk indoors or outdoors on a level surface with an assistive mobility device and may climb stairs holding onto a railing. Children may use wheelchair mobility when traveling for long distances or outdoors on uneven terrain.

**GMFCS Level IV**

Children use methods of mobility that usually require adult assistance. They may continue to walk for short distances with physical assistance at home but rely more on wheeled mobility (pushed by an adult or operate a powered chair) outdoors, at school and in the community.

**GMFCS Level V**

Physical impairment restricts voluntary control of movement and the ability to maintain antigravity head and trunk postures. All areas of motor function are limited. Children have no means of independent mobility and are transported by an adult.

**Annexe 3 :****FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION**

## 1. Quel est le but de cette étude ?

Vous êtes invité(e) à faire partie d'une étude locale concernant les patients atteints de paralysie cérébrales suivis au centre Clémenceau.

Le but de cette étude est d'identifier, de répertorier et de collecter les données personnelles, et évolutives d'un groupe de patients souffrant de poly handicap et cela afin de réaliser un travail de thèse.

## 2. Quels sont les patients ciblés ?

Les patients concernés par cette étude sont les patients et leur famille atteints de paralysie cérébrale suivis au service de médecine physique et de réadaptation pédiatrique du centre Clémenceau et qui auront bien voulu répondre au questionnaire qui leur sera fourni.

## 3. En quoi consiste cette étude ?

Cette étude est une étude locale rétrospective mono centrique non interventionnelle permettant d'établir des données épidémiologiques et locales. Le recueil de données se fera par entretien individuel soit directement au centre Clémenceau par le biais d'un questionnaire soit par voie téléphonique. La présence ou non d'un interprète sera déterminée en amont en fonction des difficultés d'expression et de compréhension des patients et de leur famille.

Dans le cadre de la recherche à laquelle le centre de référence national vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant seront transmises au Promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France, conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). Ces données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

## 4. Quel est le calendrier de la recherche ?

Après recueil de votre non-opposition lors d'une visite médicale, vous participerez à un entretien médical soit en présentiel soit par téléphone en fonction de vos disponibilités, entretien pendant lequel

les données permettant la bonne tenue de cette étude seront recueillies. L'étude s'étendra sur le mois d'Avril et d'octobre 2023, mois durant lesquels les entretiens individuels se dérouleront.

5. Si vous participez, que vont devenir les données recueillies pour la recherche ?

Les informations collectées serviront à la réalisation d'un travail de thèse sur la place du médecin traitant dans la prise en charge des patients paralysés cérébraux en Alsace.

Les informations collectées à l'inclusion dans le fichier seront conservées sans limitation de temps.

Le coordonnateur de ce fichier sera Mr COMBET EDWIN.

6. Quels sont vos droits ?

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. Votre décision de non-participation n'entraînera aucun préjudice sur la qualité des soins et des traitements que vous êtes en droit d'attendre. Vous pourrez tout au long de la recherche demander des explications sur le déroulement de la recherche au médecin qui vous suit. Vous pouvez vous retirer à tout moment de la recherche sans justification, sans conséquence sur la suite de votre traitement ni la qualité des soins qui vous seront fournis et sans conséquence sur la relation avec votre médecin. A l'issue de ce retrait, vous pourrez être suivi par la même équipe médicale. Conformément aux dispositions de la CNIL (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à l'exception de ses articles 23 à 26, 32 et 38 (article 53 de la loi), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès du médecin en charge de la recherche qui seul connaît votre identité. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions prévues à l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Votre dossier médical restera confidentiel et ne pourra être consulté que sous la responsabilité du médecin s'occupant de votre traitement ainsi que par les autorités de santé et par des personnes dûment mandatées par le centre de référence national pour la recherche et soumises au secret professionnel. A l'issue de la recherche et après analyse des données relatives à cette recherche, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux par l'intermédiaire du médecin qui vous suit dans le cadre de cette recherche conformément à l'article L.1122-1 du code de la santé publique.

Signature et mention "Lu et approuvé"

## **Bibliographie**

1. International Organization for Migration. Key Migration Terms [Internet]. Geneva : International Organization for Migration; 2024 [cité le 15 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.iom.int/key-migration-terms>
2. Le Calonnec V. Croissance de la population alsacienne et immigration. Chiffres pour l'Alsace. Septembre 2006;34:7-10.
3. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee). Population immigrée et population étrangère en 1999 – Recensement de la population, État civil, Office des migrations internationales - Insee Résultats [Internet]. 7 février 2011 [2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2118512?sommaire=2118522>
4. Morel-Chevillet R. Les immigrés en Alsace : 10 % de la population. Chiffres pour l'Alsace. Septembre 2006;34:3-6
5. Institut national de la statistique et des études économiques. L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers [Internet]. Insee; 2022 [cité le 15 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
6. Mahmoud I, Hou XY. Immigrants and the utilization of hospital emergency departments. *World J Emerg Med.* 2012;3(4):245–250.
7. Dalla Zuanna T, Spadea T, Milana M, Petrelli A, Cacciani L, Simonato L, Canova C. Avoidable hospitalization among migrants and ethnic minority groups: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2017;27(5):861–868.
8. UNAIDS. Étude qualitative et descriptive des types de parcours de soins et les facteurs qui les façonnent chez les immigrants africains vivant avec le VIH au Québec. *Rev Francophone Int Rech Infirmière* [Internet]. 2021[cité le 15 janvier 2024];7(3). Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352802821000181>
9. Trompesance T. Les « parcours de soins » chez les Gens du voyage. *Études Tsiganes.* 2019;67:84-91
10. Romey A, Vaysse M, Jouault C, et al. Continuité des soins des migrants précaires. *Santé Publique.* 2023 Mar-Avr;35(2):174-180.
11. Raposo VL, Violante T. Access to Health Care by Migrants with Precarious Status During a Health Crisis: Some Insights from Portugal. *Human Rights Review.* 2021;22:459–482. doi:10.1007/s12142-021-00621-5.
12. Brabant Z, Raynault MF. Health Situation of Migrants with Precarious Status: Review of the Literature and Implications for the Canadian Context—Part A. *Social Work in Public Health.* 2012;27(4):330-344. doi:10.1080/19371918.2011.592076.

13. Gourdon M. Quels sont les obstacles à la prise en charge dans un cabinet de médecine générale des patients migrants ayant leurs droits sociaux ouverts? [Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2022.
14. France. Constitution du 4 octobre 1958 [Internet]. Légifrance. [cité le 16 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000571356/>
15. France. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. Légifrance. [janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>
16. France. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 [Internet]. Légifrance. [janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>
17. Ministère de l'Intérieur. France. LOI n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie [Internet]. Légifrance; 2018 [cité le 23 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037428621/>
18. Ministère de l'Intérieur, France. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) [Internet]. Paris: Légifrance; 2024 Mar 14 [cité le 18 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
19. Organisation mondiale de la Santé. Handicap [Internet]. Genève: OMS; [janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/disability>
20. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Vus pris en compte et inclus : Utiliser les données pour mettre en lumière le bien-être des enfants handicapés [Internet]. New York: UNICEF; 2023 [cité le 12 janvier 2024]. Disponible sur: [data.unicef.org](https://data.unicef.org)
21. Global Research on Developmental Disabilities Collaborators. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e1100–21.
22. Bergeron T. Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés accompagnés dans des structures dédiées fin 2018. *DREES, Études et Résultats*; mai 2022; n° 1231. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
23. Global Research on Developmental Disabilities Collaborators. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e1100–21.
24. Bellamy V, Lenglard F, Bauer-Eubriet V, Castaing É. Le handicap en chiffres - Édition 2023. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2023

25. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. 2024 [cité le 23 janvier 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
26. Burns N. The human right to health: exploring disability, migration and health. *Disabil Soc.* 2017;32(10):1463-84.
27. Helmbacher A, édité par David R. Ces migrants géorgiens et albanais attirés par le système médical français : "Ici, les médecins sont bien meilleurs". *Europe 1.* 8 Oct 2019. Disponible sur: <https://www.europe1.fr/societe/ces-migrants-attires-par-le-systeme-medical-francais-ici-les-medecins-sont-bien-meilleurs-3924223>
28. Perronneau M. Quel médecin pour le suivi de proximité des enfants en situation de handicap ? Étude du suivi de proximité des enfants accueillis en Hôpital de Jour de Médecine Physique et Réadaptation de l'Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau [thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg; 2020.
29. Darthayette Brigitte – Lavenir Claire, Quel rôle peut jouer le médecin généraliste pour l'aidant principal d'un enfant en situation de handicap ? Enquête qualitative auprès de 24 aidants familiaux dans le département de la Sarthe, 37p, thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine : qualification en médecine générale ; Angers : Faculté de santé - Université Angers; 2016
30. Esnault Julien, Suivi médical des enfants en situation de handicap par le médecin généraliste : Enquête au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées du Maine et Loire, 40p, Thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en médecine : qualification en médecine générale : Angers : Faculté de santé - Université Angers; 2012
31. Chané Morgane, Accueil d'un enfant différent à la naissance et accompagnement des parents : Évaluation de la formation des professionnels de santé dans l'annonce et l'accompagnement, 77p, mémoire pour obtenir le diplôme d'état de sage-femme : Paris : Université Paris Descartes; 2015
32. Manaev G. What did the USSR actually get right? [Internet]. *Russia Beyond.* 2021 Apr 15 [cité le 7 décembre 2023]. Disponible sur: <https://www.rbth.com>.
33. Sheiman I, Shishkin S, Shevsky V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Manag Healthc Policy.* 2018;11:209-20. doi: 10.2147/RMHP.S168399.
34. Health Systems in Transition (HiT) Russia. The Russian Federation: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2011;13(7):1-190.

35. Russian Federal State Statistics Service. Russian Statistical Yearbook 2022. [Internet]. Moscow: Rosstat; 2022 [cité le 21 décembre 2023]. Disponible sur: <https://eng.rosstat.gov.ru/>
36. Eurostat. Healthcare expenditure statistics [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2023 [cited 2024 Jan 25]. Disponible sur [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_expenditure\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics)
37. Shishkin S, Sheiman I, Vlassov V, Potapchik E, Sazhina S. Structural changes in the Russian health care system: do they match European trends? *Health Econ Rev.* 2022;12:29. doi:10.1186/s13561-022-00373-z .
38. *Lessof S, Tchernjavski V. Health Care Systems in Transition: Russian Federation. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1998.*
39. *Organisation de Coopération et de Développement Économiques. Les systèmes de santé : un regard sur les performances dans les pays de l'OCDE [Internet]. Paris: OCDE; 2024 [cité le 01 février 2024]. Disponible sur: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7615d857-fr/index.html?itemId=/content/component/7615d857-fr>*
40. Korotkov Y, Potechina M, Tcherniavski V. General practitioners for primary health care in Russia. *World Health Forum.* 1995;16(2):187-9. PMID: 7794463.
41. Sheaff R, Boaden R. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. *BMJ.* 2004;329(7463):458-60. doi: 10.1136/bmj.329.7463.458.
42. Kalininskaya AA, Lazarev AV, Allenov AM, Merekina MD, Kizeev MV. [The results and perspectives of primary health care reforming in Moscow]. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranenniai Istor Med.* 2022 Mar;30(2):270-274. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-270-274.
43. Hauschild T, Berkhout E. La réforme du système de santé en Géorgie : Le point de vue de la société civile : étude de cas nationale. Rapport de recherche d'Oxfam International; juin 2009. Disponible sur: [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org).
44. WHO/Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cité le 21 décembre 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe>
45. Oxfam International. La réforme du système de santé en Géorgie [Internet]. Oxfam; 2013 [cité le 15 décembre 2023]. Disponible sur: <https://www.oxfam.org>
46. Richardson E, Berdzuli N. Géorgie : Profils des systèmes de santé. *Health Systems in Transition (HiT), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la Santé,* 2017; 19(4):1-190.

47. Institut albanais d'assurance-maladie. Healthcare in Albania [Internet]. Abcdef.wiki. [cité le 24 janvier 2024]. Disponible sur : [https://fr.abcdef.wiki/wiki/Healthcare\\_in\\_Albania](https://fr.abcdef.wiki/wiki/Healthcare_in_Albania)
48. L'assurance santé en Albanie. APRIL International; [cité le 24 janvier 2024]. Disponible sur : <https://www.april-international.com/fr>
49. Nuri B, édité par Tragakes E. Albanie : Profils des systèmes de santé. Health Systems in Transition (HiT), Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Organisation mondiale de la Santé, 2002; 4(6):1-98.
50. United Nations Office on Drugs and Crime, Institute of Statistics of Albania. Corruption in Albania: Bribery as Experienced by the Population. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2011.
51. Devrim D. The gendered impact of corruption in the Albanian health care and tertiary education sectors. Preliminary research and needs assessment. Tirana: OSCE Presence in Albania; May 2021
52. Naher N, Hoque R, Hassan MS, et al. The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in the public sector: a scoping review of current and future prospects in low and middle-income countries of south and south-east Asia. BMC Public Health. 2020 ;20:880. doi :10.1186/s12889-020-08975-0. Disponible sur: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08975-0>
53. Forum ameli pour les assurés. Quel est le délai d'attribution d'un numéro de sécurité social définitif après dépôt du dossier ? [Internet] [cité le 12 janvier 2024] . Disponible sur : <https://forum-assures.ameli.fr/questions/1412667-delais-attribution-numero-securite-social-definitif-depot-dossier>

---

**Résumé :**

**INTRODUCTION :** Ce travail de recherche vise à examiner les facteurs qui façonnent le parcours de soins des familles migrantes avec des enfants souffrant de handicap sévère, en se focalisant particulièrement sur le rôle et l'impact du médecin traitant dans leur prise en charge à Strasbourg. C'est une étude qualitative portant sur les dynamiques et les obstacles rencontrés par ces familles dans l'accès aux soins spécialisés, sans la médiation préalable d'un généraliste, afin d'identifier les possibles leviers d'amélioration pour une meilleure intégration au sein du système de santé.

**MATERIEL ET METHODE :** Le recueil de données a consisté en la passation d'entretiens semi-directifs à l'été 2023 au sein d'un service de SSR pédiatrique avec dans les suites une analyse qualitative utilisant la méthode de la théorisation ancrée. Les critères d'inclusion pour l'étude étaient, l'âge pédiatrique, l'arrivée en France depuis moins de trois ans, la présence d'un handicap sévère moteur et cognitif significatif et durable non accessible à des thérapies innovantes. Les problématiques médicales devaient être influencées par la situation migratoire. Les critères d'exclusion écartaient les familles de patients présentant des pathologies pour lesquelles des thérapies spécifiques étaient indisponibles dans le pays d'origine.

**RESULTATS :** Un total de 14 entretiens a pu être mené. Les familles interviewées viennent de 6 nationalités différentes ; l'âge moyen des enfants est de XX ans.

L'analyse des réponses révèle les difficultés d'identification de certains acteurs clés du système de soins tel le médecin traitant ; le rôle de l'hôpital comme lieu de premier soin dans les représentations ; une insatisfaction des possibilités offertes par le système de santé du pays d'origine augmentée par le vécu d'expériences de soins négative antérieures.

**CONCLUSION :** Cette étude suggère certains points clés à prendre en compte dans le parcours médical des familles migrantes avec un enfant porteur de handicap sévère ; notamment dans les représentations du système de soin d'origine et d'arrivée des familles. Le rôle du médecin traitant y est souvent mal compris. Mieux comprendre les spécificités de ces parcours et des rôles qui y sont attirés reste un objectif pour pouvoir prodiguer les meilleurs soins possibles à ce public particulier.

---

**Rubrique de classement :**

Médecine Générale

---

**Mots-clés :**

Handicap sévère pédiatrique

Médecin traitant

Parcours de soin

---

**Président :**

Marie-Eve ISNER HOROBETI

Professeur des université - Praticien hospitalier

---

**Assesseurs :**

Docteur Marie Thérèse WARDE ABI

Praticien hospitalier

Docteur Thibaut GOETSCH

Assistant hospitalo-Universitaire

Docteur Mathieu REBERT

Praticien hospitalier

---

**Adresse de l'auteur :**

9 b rue Boistel 67115 Plobsheim

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



COMBET

EDWIN

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

*J'atteste sur l'honneur avoir  
c connaissance des suites disciplinaires ou  
pénales que j'encaiss en cas de déclaration  
erronée ou incomplète*

Signature originale :

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of the letters 'E' and 'C' intertwined, followed by a period.

À STRASBOURG, le 19/04/2024 STRASBOURG