HAL
open science

Élaboration, réalisation et évaluation d'un parcours de dépistage dans deux foyers de travailleurs migrants du 13e arrondissement de Paris

Cécilia Rizzi

To cite this version:

Cécilia Rizzi. Élaboration, réalisation et évaluation d'un parcours de dépistage dans deux foyers de travailleurs migrants du 13e arrondissement de Paris. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01636602

HAL Id: dumas-01636602

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01636602v1

Submitted on 16 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES | USPC Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016 N°152

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Élaboration, réalisation et évaluation d'un parcours de dépistage dans deux foyers de travailleurs migrants du 13ème arrondissement de Paris

Présentée et soutenue publiquement

le 24 octobre 2016

Par

Cécilia RIZZI

Née le 13 mars 1987 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Professeur Hector Falkoff

Jury :

Mme Le Professeur Claire Le Jeunne ……. Présidente

M. Le Professeur Philippe Sogni

M. Le Docteur Christian De Gennes

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS **4**

INTRODUCTION : LA SANTE DES MIGRANTS **5**
Moins bon état de santé *5*
Les obstacles à l'accès aux soins *5*
Santé des migrants et schizophrénie politique, place des initiatives locales *6*

I – LE CONTEXTE DE L'INTERVENTION **7**
A) LES FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS 7

B) LES ACTIONS DE SANTÉ DANS LES FOYERS 9

C) LE PROJET DE DÉPISTAGE 10

II - ELABORATION DU PARCOURS DE DEPISTAGE **11**
A) SÉLECTION DES PROBLEMES DE SANTÉ À DÉPISTER 11
Ressources et contraintes *11*
Revue de la littérature et choix des problèmes à dépister *11*

B) ÉTAT DES CONNAISSANCES PAR ITEM À DÉPISTER 15
Diabète *15*
Hypertension artérielle (HTA) *16*
VIH *18*
Hépatite B *19*
Hépatite C *20*
Cancer colorectal (CCR) *22*

III – MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS DE DEPISTAGE **23**
A) COORDINATION DE PARTENAIRES QUI N'ONT PAS L'HABITUDE DE TRAVAILLER ENSEMBLE……. 23

B) LE PARCOURS DE DÉPISTAGE 24
Recrutement de la population *24*
Intervention : description du parcours de dépistage *25*
Recueil des données *27*

IV – RESULTATS : EVALUATION DE L'INTERVENTION 28
A) CARACTÉRISATION DE LA POPULATION 28

B) TAUX DE DÉPISTAGE PAR PATHOLOGIE ET SUIVI 32
Maladies infectieuses 33
HTA 33
Glycémie 34
CCR 34
Suivi à 4 semaines 34

C) AUTRES PATHOLOGIES POTENTIELLEMENT PERTINENTES 37
Les problèmes bucco-dentaires 37
Le tabagisme 37

DISCUSSION 38
A) DISCUSSION DES RESULTATS DU DÉPISTAGE PAR PATHOLOGIE 38
Un risque cardiovasculaire plus élevé mais des seuils discutables 38
Un taux important de porteurs de l'hépatite B 40
Question de la pertinence du VIH et du VHC. 41
Le cancer colorectal largement sous dépisté chez les résidents de foyers 42

B) LES LIMITES DE L'ACTION 43
Population dépistée : le risque de doublons 43
Un suivi à améliorer 44

C) LES PERSPECTIVES 46
Élargissement du parcours à d'autres problèmes de santé 46
Les défis d'une action de santé transversale 48

CONCLUSION 50

BIBLIOGRAPHIE 52

ANNEXES 56
Annexe 1 : Affiche annonçant le parcours de dépistage 56
Annexe 2 : Fiche de recueil de données 57
Annexe 3 : Courrier médecin Traitant 59
Annexe 4 : Courrier médecin du Pôle de Santé 60
Annexe 5 : Courrier PASS 62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A

ADECA 75 : Association de Dépistage des Cancers à Paris

AME : Aide Médicale d'État

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et de Recherche en Santé

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les Hépatites virales

ARS : Agence Régionale de Santé

C

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CCR : Cancer colorectal

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic des infections par le VIH, les hépatites et les IST

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

COREVIH : Coordination Nationale de la Lutte contre le VIH

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France

H

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

I

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

P

PAD : Pression artérielle diastolique

PAS : Pression artérielle systolique

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

S

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

T

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

V

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION : LA SANTÉ DES MIGRANTS

Moins bon état de santé

Les données sur la santé des migrants en France sont rares, notamment du fait que la plupart des enquêtes de santé ne renseignent pas la nationalité et le pays d'origine des populations étudiées [1] [2] [3].
Les quelques études réalisées, synthétisées en 2012 par l'*Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé*, mettent en évidence un phénomène apparemment paradoxal :
Si l'état de santé des migrants à l'arrivée sur le territoire est globalement meilleur que celui de la population française native à âge égal, notamment du fait de l'effet de sélection inhérent à la migration elle-même, plusieurs indicateurs suggèrent une dégradation de leur état de santé au cours de leur présence sur le territoire français [1]. Les populations migrantes déclarent par ailleurs avoir moins recours au médecin généraliste, au spécialiste et aux soins de prévention à besoin de santé équivalent [1] [4].

Les obstacles à l'accès aux soins

Il est cependant intéressant de noter que les différences de recours aux soins entre populations migrantes et personnes nées en France ont tendance à disparaître après ajustement sur la situation socio-économique des individus [4] [3]. Cette constatation balaye certains préjugés sur la santé des migrants, longtemps abordée par les pouvoirs publics et les facultés de médecine sous le spectre de l'exotisme (maladies tropicales spécifiques et croyances particulières), et s'inscrit dans une prise de conscience plus vaste du monde scientifique quant aux liens puissants qui existent entre l'état de santé d'une population et ses conditions de vie.
Mais si la précarité influe négativement sur l'état de santé, les populations migrantes y sont plus exposées, à la fois quantitativement en étant plus largement touchées, et qualitativement par les situations spécifiques qui leur sont attachées : barrière de la langue (orale et écrite), perte du lien social, moindre connaissance du système de santé français, discrimination individuelle (refus de soigner les bénéficiaires de l'AME, réponse différentielle des professionnels reposant sur des

préjugés culturels, …) sans oublier la discrimination structurelle de notre système de soin (existence d'une filière de soins spécifique pour les migrants en situation irrégulière, complexité et restriction des conditions d'accès à cette filière, …) [3].

Santé des migrants et schizophrénie politique, place des initiatives locales

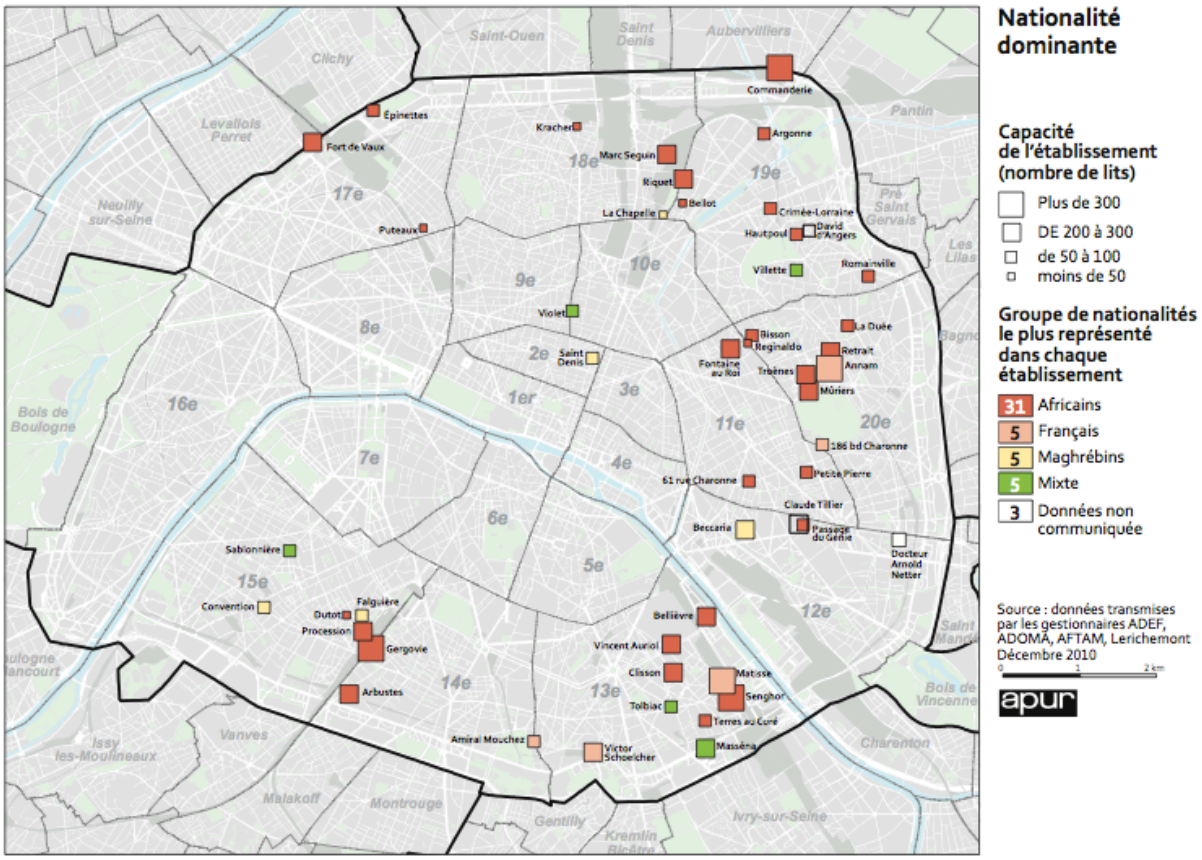
Du fait de son déterminisme socio-économique, la santé des migrants, au-delà de constituer un enjeu de santé publique, constitue une question politique. En France, le traitement de cette question demeure pourtant très ambivalent, voire incohérent. En effet, si la politique de santé défend des valeurs d'égalité et de solidarité (accès aux soins pour tous indépendamment de la nationalité ou de la situation juridique ou financière, droit de se maintenir sur le territoire en cas de maladie grave ne pouvant pas être soignée dans le pays d'origine…), la politique de l'immigration, elle, se veut de plus en plus restrictive (ajout de nouvelles conditions au regroupement familial, complexification des procédures de demande d'asile, d'obtention et de renouvellement des titres de séjour, durcissement des mesures de répression de l'immigration irrégulière…) [2], [5], [6]. Cette "schizophrénie" politique place les acteurs de santé en porte à faux, écartelés entre des injonctions contradictoires, et les force sur le terrain à prendre parti (soigner sans être rémunéré, aider les patients à remplir leurs papiers administratifs…) sans pour autant disposer des moyens ou des compétences pour le faire. Dans ce contexte difficile, à défaut d'une cohérence des politiques nationales, l'organisation d'une réponse collective de proximité qui s'appuie sur les compétences disponibles à l'échelle locale apparait comme une solution nécessaire pour tenter de combler, au jour le jour, le fossé qui se creuse entre volonté affichée d'une égalité de l'accès aux soins et les discriminations quotidiennes subies par ces populations migrantes déjà précaires.

Ce travail de thèse détaille une tentative de réponse collective de proximité menée dans le 13ème arrondissement de Paris dans laquelle je me suis largement investie. Il s'agit d'un projet de dépistage dans les foyers de travailleurs migrants du quartier. Mon travail de thèse s'est attaché à 1) présenter le contexte dans lequel se place cette action, 2) en détailler l'élaboration conceptuelle et la mise en œuvre pratique, 3) présenter les résultats de l'intervention et de les discuter.

I – LE CONTEXTE DE L'INTERVENTION

A) LES FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS

Le 13ème arrondissement de Paris accueille la deuxième plus grande concentration de foyers de travailleurs migrants de Paris (après le 20ème arrondissement).



Les foyers de travailleurs migrants correspondent à des structures construites en France dans les années 1930 et initialement conçues pour accueillir les hommes algériens dont le séjour était conditionné par le statut de travailleurs temporaires. Avec le temps, les foyers se sont transformés en lieu de vie. Plus tardivement, dans les années 60, les migrants originaires d'Afrique subsaharienne ont progressivement remplacé la population des travailleurs maghrébins au sein des foyers parisiens, jusqu'à en constituer la population majoritaire.

Il s'agit d'hommes essentiellement originaires des pays de la vallée du fleuve Sénégal (Mali, Sénégal et Mauritanie) qui, en butte aux difficultés d'accès aux autres filières du logement, ont investi les foyers dans un esprit communautaire avec mise en place d'associations villageoises, d'une cuisine communautaire, de petits commerces et de services de proximité informels (tailleur, épicerie, traduction de documents, …).
Dans les années 90, la vétusté et la suroccupation croissante de ces logements, mettant en péril l'équilibre sanitaire et n'étant pas adaptées à la population migrante vieillissante ni à l'usage informel croissant qui en est fait, ont fini par interpeller les responsables politiques. S'est alors amorcée une rupture avec la politique du logement immigré spécialisé et s'est faite jour la volonté de revenir vers un logement social normé.
Dans ce contexte, l'État a initié un vaste plan de traitement visant à la transformation des foyers en résidences sociales. Cela a consisté en la mise aux normes des bâtis et des modes de vie en foyer sur la base du logement individuel et autonome, avec à terme, un objectif de mixité dans l'attribution des logements. Ce programme qui concerne 326 foyers en Ile-de-France est toujours en cours 20 ans plus tard [7].

Les foyers Bellièvre et Vincent Auriol situés dans la partie Est du 13ème arrondissement de Paris illustrent cette mutation en cours.
Dans le premier cas il s'agit d'un foyer construit en 1980, vétuste, avec une vie communautaire très développée (associations villageoises, atelier couture, coiffeur, commerces divers, cuisine commune, salle de prière fréquentée par de nombreuses personnes étrangères au foyer). La suroccupation est importante (>100%) et l'accès au foyer est libre. Des travaux de mise aux normes sont prévus pour l'horizon 2017.
Le foyer Vincent Auriol a pour sa part été remis aux normes en 2015, il s'agit donc à proprement parler d'une résidence sociale. Chaque appartement est à présent équipé d'une kitchenette. Il n'y a plus de cuisine collective ni de salle de prière. Il faut d'ailleurs noter que la disparition de ces espaces communs a profondément modifié le quotidien des résidents et constitue un sujet de tension important avec le bailleur qui refuse l'intégration de ce type d'espaces collectifs. Il persiste des associations villageoises et un coiffeur. L'accès au bâtiment est régulé par un code d'accès. Les travaux de rénovation étant récents il n'existe pas d'estimation de la suroccupation [8].

B) LES ACTIONS DE SANTÉ DANS LES FOYERS

Comme on l'a vu, bien qu'il n'y ait pas d'étude spécifique sur leur état de santé, les résidents des foyers qui sont à la fois migrants et précaires, cumulent les difficultés d'accès aux soins et en particulier au dépistage.
Il s'agit d'une population largement exclue du système de soin dit "de droit commun" et qui requiert à ce titre une attention particulière de la part des acteurs de santé. En réponse à ce constat, plusieurs formes d'actions de santé sont menées au sein des foyers.

Jusqu'aux années 2000, les actions de santé dans les foyers étaient menées par des acteurs extérieurs, essentiellement associatifs. Cependant ce type d'action pose plusieurs problèmes. D'une part leur financement qui, se faisant majoritairement sur projet, favorise des réponses cloisonnées. D'autre part, ce financement n'est pas toujours renouvelé d'une année sur l'autre ce qui empêche les actions de s'inscrire dans la durée.
De fait, les actions sanitaires et sociales ont fortement diminué dans les foyers sur les dix dernières années, cette diminution touchant particulièrement les actions d'accompagnement social, d'accès aux droits et les permanences médicales. Dans le domaine des soins, par exemple, seule l'association Médecin d'Afrique proposait encore une intervention régulière dans certains foyers en 2010. C'était notamment le cas des foyers Vincent Auriol et Bellièvre. Cependant depuis 2011, l'association a cessé son activité dans ces deux foyers.
Le déclin de ces activités associatives pérennes a laissé place à l'action de nouveaux acteurs : les gérants et les médiateurs sociaux. Ces derniers assurent une permanence hebdomadaire dans les foyers. Leur mission est à la fois d'assurer le suivi personnalisé des résidents et d'organiser des interventions ponctuelles d'information ou de dépistage sur des thématiques précises et prédéfinies à l'échelle régionale.
Ce type de poste est né d'une volonté d'harmonisation des actions dans les foyers. Cependant, de l'avis des intervenants et des résidents eux-mêmes, la coordination des actions par les gestionnaires et leurs médiateurs est une idée intéressante mais qui ne fonctionne pour l'instant pas de façon satisfaisante. En effet, la forte rotation des personnels et la limitation de leur temps de présence (un jour par semaine) entrent en contradiction avec leurs missions d'accompagnement individuel des résidents, de connaissance transversale de leurs besoins et de

construction d'un réseau cohérent de partenaires autour du foyer. Elles constituent un frein important à la pérennisation des actions mises en place [7].

Au final, devant la situation d'exclusion du système de soin dont souffrent les résidents des foyers à des échelles diverses, la réponse associative tout comme l'approche purement "manageriale" trouvent leurs limites. La première multiplie les interventions extérieures sans vision globale tandis que la seconde, très conceptuelle, cherche à faire coïncider besoins individuels et intervention collective sans se donner les moyens d'inscrire les actions dans le temps ni prendre le temps de construire un réseau local solide. Dans ce contexte, l'implication des principaux concernés, à savoir les résidents d'une part et les acteurs du « droit commun » du quartier (médecins de ville, infirmiers, pharmaciens, hôpital, sécurité sociale, …) d'autre part, apparait comme une démarche à la fois évidente et novatrice.

C) LE PROJET DE DÉPISTAGE

C'est justement dans cette démarche, qu'en 2015, le Pôle de santé du 13ème arrondissement (association dont je suis membre) rassemblant des professionnels libéraux de santé du 13ème arrondissement de Paris, a décidé de s'associer au programme de dépistage initié par l'équipe du Centre Gratuit d'Information et de Dépistage des IST (CeGIDD) de l'hôpital Pitié Salpêtrière.
En effet, le CeGIDD pilotait depuis 2011 un programme de dépistage dans plusieurs foyers de travailleurs du 13ème ou il avait tissé des liens forts avec les bailleurs et les résidents.
Initialement, ce dépistage était essentiellement orienté vers les maladies infectieuses VIH, VHB et VHC, ce qui correspond à l'activité hospitalière du CeGIDD. Cependant il est rapidement apparu que ce contact régulier avec les résidents représentait une opportunité pour faire un bilan plus large de leur état de santé.
La collaboration du Pôle de Santé a ainsi ouvert les portes à un projet plus ambitieux et plus transversal, avec la volonté toujours affirmée d'appuyer notre action sur les structures de droit commun en y rattachant le parcours de soin des personnes dépistées.

II - ÉLABORATION DU PARCOURS DE DÉPISTAGE

A) SÉLECTION DES PROBLEMES DE SANTÉ À DÉPISTER

Ressources et contraintes

Lors de l'élaboration de l'action de dépistage nous avons dû prendre en compte certaines contraintes :

- Financement du matériel et du personnel
- Temps limité : de 16 à 20h le vendredi
- Espace limité (différent selon les foyers) :
- Maintien de l'anonymat et confidentialité de l'annonce des résultats
- Prise en compte des caractéristiques de la population (beaucoup de personnes ne sachant ni lire ni écrire le français, des personnes sans aucune couverture assurantielle santé, peur de l'administration chez les personnes en situation irrégulière)

Revue de la littérature et choix des problèmes à dépister

Quelles sont les problèmes de santé pertinents à dépister dans un foyer de travailleurs migrants ? Le CeGIDD, s'appuyant sur les données épidémiologiques connues avait décidé de dépister le VIH, le VHB et le VHC. Il avait également ajouté une mesure de la glycémie capillaire et de la tension artérielle. Nous verrons qu'il s'agit effectivement de choix pertinents étant donnée la population concernée. Cependant nous avons voulu rester ouverts pour ne pas passer à côté d'autres pathologies et plus généralement d'autres problématiques de santé. Une revue de la littérature a donc été réalisée en deux temps. Le premier temps a consisté à définir la liste des pathologies auxquelles étaient potentiellement plus exposés les résidents des foyers. Bien qu'il n'existe pas d'étude spécifique sur la santé de cette population précise nous avons fait des recherches sur des populations proches par certaines caractéristiques (hommes précaires et/ou immigrés originaires d'Afrique en essayant de viser particulièrement l'Afrique subsaharienne).

Dans un second temps nous avons sélectionné parmi ces pathologies celles dont le dépistage avait un sens dans le cadre de notre parcours (existence d'un test de dépistage réalisable dans les contraintes de temps, d'espace, de coût et de compétence) et pour lesquelles nous avions la possibilité d'organiser une prise en charge efficace en aval du dépistage.

Voici le résultat de ces recherches sous forme de tableau avec en gras les pathologies que nous avons sélectionnées pour être dépistées et qui sont détaillées dans la suite.

Pathologies pressenties comme pertinentes selon la littérature	**Existence d'un test de dépistage validé et faisable en ambulatoire dans le cadre de notre parcours**	**Possibilité d'une orientation en cas de test positif**
HTA	Mesure de la TA	Orientation en médecine de ville *
Diabète	Glycémie capillaire	Orientation en médecine de ville *
Cancer colorectal (CCR)	Dépistage du CCR recommandé pour les hommes entre 50 et 74 ans. Le kit doit être remis par le médecin traitant qui, en cas de positivité, doit contacter le patient pour l'orienter vers une coloscopie.	Orientation des résidents relevant du dépistage vers leur médecin pour que ce soit lui qui remette le kit. Problème d'orientation pour les personnes sans couverture sociale ou avec AME. Mais en réalité quasiment tous les > 50 ans ont des droits sécu.
VIH	TROD VIH	Orientation vers le service de maladies infectieuses de la Pitié Salpêtrière +/- service social si pas de couverture sociale
VHB	TROD VHB	Orientation vers le service de maladies infectieuses de la Pitié Salpêtrière +/- service social si pas de couverture sociale

VHC	TROD VHC	Orientation vers le service de maladies infectieuses de la Pitié Salpêtrière +/- service social si pas de couverture sociale
Tuberculose - Il existe des recommandations pour un dépistage par radio de thorax annuelle chez les personnes originaire d'Afrique en France depuis moins de 2 ans [9].	Non - Le dépistage itinérant de la tuberculose par radiographie dans les foyers migrants est recommandé [9]. A Paris ce dépistage est organisé par le centre Edison qui intervient généralement sur demande des médiateurs - Cependant on a considéré que l'organisation requise en terme de temps et d'espace pour un tel dépistage le rendait incompatible avec notre propre parcours pour l'instant.	
Bilharziose urinaire [10], [6]	Non : Il existe des études qui ont évalué la recherche d'hématurie par bandelette et interrogatoire, mais la sensibilité est médiocre [11]. De plus un prélèvement d'urine compliquerait trop le parcours	

Asthme persistant [6]	Non La spirométrie de poche nécessite un matériel cher et sa réalisation est trop chronophage. Le même problème se pose pour un questionnaire à la recherche de signes respiratoires.	
Pathologies dentaires Le nombre de dents cariées et obturées chez les migrants ayant un logement ou hébergés ayant consulté au CASO de médecin du monde était nettement supérieurs a ceux retrouvés en pop. générale française [5], [12]	Non Le Bus Social Dentaire est une association qui intervient déjà dans certains foyers du 13ème. Il propose un bilan clinique par un dentiste. Mais cet examen requiert un minimum d'intimité et il n'y a pas assez de salle dans les parties communes des foyers Bellièvre et Vincent Auriol pour l'intervention d'un praticien supplémentaire. Le bus de l'association n'a pas la place de stationner devant ces foyers	Le Bus Social dentaire oriente les personnes ayant une couverture sociale vers le droit commun (centres dentaires municipaux, centre CPAM). Celles qui n'ont pas de couvertures sont orientées vers la PASS dentaire. Les soins dentaires sont cependant limités par un reste à charge important pour certains actes et notamment pour les personnes sans complémentaire.

* orientation en médecine de ville = courrier pour le médecin traitant ou le médecin qui suit habituellement le patient. En cas d'absence de médecin traitant, orientation vers un médecin généraliste du quartier membre du Pôle de Santé parmi ceux qui se sont portés volontaires. En l'absence de couverture sociale orientation vers la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de la Pitié.

B) ÉTAT DES CONNAISSANCES PAR ITEM À DÉPISTER

Diabète

Le diabète en France

Liens entre diabète et niveau socio-économique

Plusieurs études ont mis en évidence une prévalence plus importante du diabète chez les personnes précaires, notamment celles ayant un niveau d'étude moins élevé [13], des revenus plus faibles [14], ou appartenant à une catégorie socio-professionnelle défavorisée (personnes exerçant ou ayant exercé la profession d'ouvrier ou n'ayant jamais travaillé) [15]. A Nancy par exemple, une étude menée auprès des personnes consultant au Centre d'Examen de Santé (CES) a mis en évidence un risque 4,5 fois plus élevé de diabète chez les hommes les plus précaires par rapport aux hommes les moins précaires entre 35 et 59 ans, après ajustement sur l'IMC, l'âge, le périmètre abdominal et le niveau de stress/dépression [16].

Liens entre diabète et pays d'origine

Chez les personnes de plus de 45 ans, la prévalence du diabète apparaît plus forte chez les personnes migrantes avec également une proportion plus importante de diabétiques non traités pharmacologiquement. Ces disparités touchent particulièrement la population originaire du Maghreb mais également les ressortissants des autres pays non européens [15].

Prévalence[b] du diabète en fonction du pays d'origine, chez les personnes âgées de 45 ans ou plus, N=13 959[b], EDS 2002-2003

	Diabète traité pharmacologiquement (n = 944[b])		Diabète non traité pharmacologiquement (n = 106[b])		Diabète traité pharmacologiquement ou non (n = 1050[b])	
	%	IC (à 95 %)	%	IC (à 95 %)	%	IC (à 95 %)
Pays d'origine [a]	p = 0,03		p<0,0001		p = 0,0002	
France	6,8	[6,3 - 7,3]	0,7	[0,5 - 0,9]	7,5	[7,0 - 8,0]
Europe des 15 hors France	8,3	[6,0 – 10,7]	1,6	[0,5 - 2,8]	10,0	[7,4 - 12,5]
Maghreb	10,9	[7,4 – 14,5]	3,0	[0,9 - 5,1]	14,0	[9,9 - 18,0]
Reste du monde	7,7	[4,2 – 11,2]	2,1	[0,1 - 4,1]	9,8	[5,5 - 14,1]
Total	7,0	[6,5 - 7,5]	0,8	[0,7 - 1,0]	7,8	[7,3 - 8,3]

[a] *Variable composite, construite à partir des variables pays de naissance et nationalité*
[b] *Effectifs bruts – Taux pondérés*

Ces données suggérant une moins bonne prise en charge du diabète chez les migrants sont également confirmées par une étude européenne de 2012. Celle-ci nous permet de suspecter que cela se vérifie notamment chez les populations migrantes africaines hors Maghreb puisque qu'elle met en évidence en France une surmortalité par diabète dans cette population par rapport à la population française native avec un ratio de 1.3 [IC95% 1,1-1,7] [17].

Le dépistage du diabète

Bien que le diagnostic de diabète repose sur le dosage de la glycémie veineuse à jeun, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a édité en 2003 des recommandations proposant la glycémie capillaire comme alternative à la glycémie veineuse dans le dépistage du diabète quand celui-ci est réalisé dans un contexte communautaire chez les personnes de plus de 45 ans en situation de précarité. L'ANAES précise que le seuil optimal de dépistage avec cette technique n'a pas encore été établi avec précision et, dans l'attente d'études complémentaires, il a été retenu un seuil de 1,2g/l en cas de prélèvement à plus de 2h du dernier repas et un seuil de 1,5g/l si ce délai est supérieur à 2h. En cas de positivité il est nécessaire de confirmer le diagnostic par un dosage de la glycémie veineuse à jeun. L'ANAES recommande également que ce type de dépistage soit encadré si possible par des études visant notamment à préciser la prévalence de diabète méconnu, la faisabilité du programme de dépistage recommandé et l'évaluation du suivi du dépistage [18].

Hypertension artérielle (HTA)

L'HTA du "sujet noir"

Il est courant de parler d'hypertension artérielle du "sujet noir", en regroupant dans cette entité les personnes d'origine africaine vivant en Afrique, émigrées ou descendantes d'émigrés en Amérique ou en Europe. Cette appellation qui s'affranchit de la grande variabilité génétique qui existe entre ces populations au-delà de leur couleur de peau est discutable. Cependant, sans pour autant en faire une entité clinique particulière, des études américaines mettent en évidence une augmentation importante et préoccupante de la prévalence de l'hypertension artérielle au sein des populations noires exposées aux modes de vie urbains et/ou occidentaux. Cette augmentation de

la pression artérielle liée aux phénomènes d'urbanisation et d'émigration dans les pays à hauts revenus s'accompagne également d'une augmentation de la masse corporelle et de la prévalence du diabète, suggérant un impact direct du mode de vie dit "occidental" (alimentation plus grasse et plus salée, vie plus sédentaire, augmentation de la consommation d'alcool et de tabac) [19]. En France, une des rares études sur le sujet, menée par l'unité d'hypertension artérielle de l'hôpital Georges Pompidou sur 539 hypertendus nés en Afrique subsaharienne suggère une hypertension plus élevée, plus souvent accompagnée d'une atteinte rénale et des complications vasculaires cérébrales plus fréquentes chez ces patients par rapport à la population française native [20].
Ces données épidémiologiques font donc de l'HTA un bon candidat au dépistage.

Le dépistage de l'HTA

Cependant les modalités de ce dépistage sont discutables. En effet, si le diagnostic d'HTA repose sur une pression artérielle systolique (PAS) supérieure à 140mmHg et/ou une diastolique (PAD) supérieure à 90mmHg, il est précisé que ces mesures doivent être prises au calme après un repos de 5 minutes et que ces chiffres doivent avoir été retrouvés à plusieurs reprises à plusieurs mois d'intervalle. Pour éviter que l'éventuel stress généré par la consultation ne vienne biaiser les mesures, la confirmation par automesures tensionnelles à domicile voire holter tensionnel tendent même à devenir le gold standard [21].
Que penser dans ce contexte d'une tension artérielle prise rapidement dans un contexte parfois bruyant (salle commune) chez une personne ne comprenant pas forcément bien le français et rendu parfois méfiante du fait de sa situation irrégulière sur le territoire…? Ne risque-t-on pas de surdépister ?
Théoriquement, la démarche même du dépistage repose sur des tests sensibles quitte à s'exposer au risque de faux positifs. Cependant dans le cadre de notre parcours de dépistage, nous avons été soucieux de nous affranchir du risque de surdiagnostic massif car cela aurait risqué d'emboliser le parcours de dépistage et aurait mis en péril le dispositif dans son ensemble.
Malheureusement il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude sur le dépistage communautaire de l'hypertension artérielle qui puisse nous orienter vers une éventuelle augmentation du seuil de détection. Il a donc été décidé arbitrairement, en l'absence d'étude sur le sujet, de fixer le seuil tensionnel à 150/100 mmHg.

VIH

Le VIH en France :

Selon les donnés fournies par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'épidémie VIH en France est caractérisée, entre autre, par une prévalence plus importante dans la population d'Afrique subsaharienne qui représente 32% de l'ensemble des découvertes de séropositivité entre 2003 et 2005. Ce constat est d'autant plus vrai en Ile-de-France puisque dans cette région un diagnostic de séropositivité sur deux concerne une personne d'Afrique subsaharienne [22].
Globalement on constate une correspondance avec la prévalence de l'infection dans le pays d'origine [22]. Cependant cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agisse exclusivement de cas importés. L'enquête plus récente menée par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS) étudiant les diagnostics de séropositivité VIH chez les migrants d'origine subsaharienne en Île-de-France entre 2012 et 2013 suggère même que 44% des hommes subsahariens diagnostiqués se soient contaminés sur le territoire français [23].
On constate également un diagnostic beaucoup plus tardif dans cette population, souvent à l'hôpital et/ou à l'occasion de signes cliniques [22].

Le dépistage du VIH

Les modalités de diagnostic de l'infection par le VIH ont été définies par la Haute Autorité de Santé. Le diagnostic positif repose sur une stratégie en deux temps : analyse de dépistage par ELISA combiné puis en cas de positivité, analyse de confirmation par Westernblot ou Immunoblot [24]. Cependant, il est possible de remplacer le test ELISA par un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) dans les situations d'urgence diagnostique ou « dans l'objectif de faciliter l'accès au dépistage des populations dont le recours au dispositif actuel est insuffisant par rapport à leur exposition au risque pour diverses raisons (notamment populations fuyant les institutions, marginalisées, hors du système de santé, populations sans droit ouvert à la sécurité sociale, etc.) ».
L'utilisation des TROD est conditionnée à la mise en place d'un système d'assurance qualité : formation des personnes utilisant les tests, contrôles qualité interne des TROD, traçabilité des tests utilisés et des résultats, accès à un réseau d'aval pour toute personne qui recevrait un résultat positif [24].

Hépatite B

Le VHB chez les migrants d'Afrique subsaharienne

Selon l'étude menée par l'InVS en 2004, la prévalence de l'hépatite B (AgHBs+) en France est estimée à 0,65%, avec une très nette prédominance chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne puisque dans cette population la prévalence monte à 5,25% [25]. Les chiffres plus récents donnés par le Comede suggèrent même une prévalence plus élevée, à 12%, chez les personnes d'Afrique sub-saharienne en situation de précarité. Ils estiment à seulement 8% la part des infections déjà diagnostiquées dans le pays d'origine [6]. On estime à 55% le taux d'infections méconnues par l'hépatite B. Il existe un retard important au diagnostic puisque 11% des cas présentent une forme grave d'atteinte hépatique au moment du diagnostic.

Le dépistage du VHB

Le dépistage de l'hépatite B repose habituellement sur le dosage simultané de 3 marqueurs : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc. Ce dosage permet de diagnostiquer les hépatites B, mais également de repérer les personnes immunisées et celles qui au contraire ne le sont pas afin de proposer à ces dernières une vaccination si elles font partie d'un groupe à risque.
Depuis quelques années il existe des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) qui permettent de détecter l'Ag HBs sur sang capillaire total prélevé au bout du doigt. Jusqu'à cette année ces tests étaient en phase d'évaluation en France. Depuis juin 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'utilisation de ce test pour le dépistage de l'hépatite B afin de toucher des populations à risque, éloignées du système de soin. En France le seul TROD AgHBs disponible sur le marché est le test VIKIA® (Se 96,5%, Sp 99,9%, VPN 99,9%, VPP 97,6%) [26]. Comme tout autre TROD sa positivité requiert une confirmation sur prélèvement standard et son utilisation est conditionnée à l'existence d'un parcours de prise en charge d'aval [27].

Le principal inconvénient de ce test est que, contrairement au dosage des 3 marqueurs, il ne permet pas de distinguer, parmi les personnes non infectées, celles qui sont déjà immunisées de celles qui bénéficieraient de la vaccination.

Hépatite C

Le VHC en France

En France métropolitaine la prévalence de l'hépatite C est estimée à environ 0.84%. Les facteurs de risque les plus fortement indépendamment associés à la présence d'Ac anti-VHC sont l'usage de drogue intra-veineuse au moins une fois dans la vie, l'appartenance à la classe d'âge 60-69 ans et le fait d'être originaire du Moyen Orient. Dans une moindre mesure, les autres facteurs de risque indépendants sont : un antécédent de transfusion avant 1992 ou de tatouage, un âge > 29 ans, le fait d'être né dans un pays de moyenne prévalence (Amérique du Nord, Afrique sub-saharienne) ou dans une situation de précarité [25].

Estimation de la prévalence des Ac anti-VHC selon le continent de naissance pour la population de France métropolitaine âgée de 18 à 80 ans (2003-2004) (25)

Caractéristiques	Prévalence des anti-VHC en population métropolitaine âgée de 18 à 80 ans %	IC95 % de la prévalence des anti-VHC en population métropolitaine âgée de 18 à 80 ans
Continent de naissance		
France métropolitaine	0,73	(0,52-1,02)
DOM-TOM	0,38	(0,13-1,14)
Europe du Nord	0,11	(0,01-1,18)
Europe du Sud	0,23	(0,05-0,93)
Europe de l'Ouest	0,28	(0,10-0,77)
Europe de l'Est	0,81	(0,15-4,36)
Afrique du Nord	1,12	(0,50-2,45)
Moyen-Orient	10,17	(2,40-34,23)
Afrique subsaharienne	3,12	(1,50-6,35)
Sous-continent Indien	-	
Asie	1,37	(0,36-5,13)
Pacifique	-	
Amérique du Nord	7,21	(0,88-40,34)
Amérique du Sud	0,02	(0,01-0,06)

Parmi les personnes dont la sérologie VHC est positive, environ 57% connaissent leur séropositivité. Cependant ce chiffre recouvre une disparité importante. En effet les personnes ayant un antécédent d'usage de drogue intraveineuse ou de transfusion avant 1992 connaissent significativement mieux leur statut sérologique par rapport aux personnes n'ayant aucun de ces deux antécédents (93,2% et 66,% vs 25,6%).

Le dépistage du VHC

Le dépistage de l'hépatite C est recommandé pour les personnes appartenant à un groupe à risque. Il repose sur la recherche d'Ac anti-VHC par test immunoenzymatique de 3ème génération (interprétable en l'absence d'exposition récente ou d'immunodépression sévère) [28]. Depuis mai 2014, l'HAS autorise également l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) pour le dépistage du VHC dans les populations suivantes :

- usagers de drogue par voie intraveineuse
- migrants provenant d'une zone de moyenne à forte endémicité et en situation de précarité
- les populations en milieu carcéral
- les personnes vivant avec le VIH

Ces tests sont réalisables sur sang total capillaire ou sur liquide craviculaire. Ils présentent une bonne sensibilité et spécificité qui, bien que légèrement moins bonnes que celles des tests immuno-enzymatiques, en font une solution de choix pour un dépistage communautaire [29].

Résumé des performances des différents tests évalués par l'HAS [30] :

Tests	Sang total capillaire				Liquide craviculaire			
	Se	Sp	VPP	VPN	Se	Sp	VPP	VPN
OraQuick®	**99.4%**	**100%**	**100%**	**98.4%**	**98.2%**	**100%**	**100%**	**96.6%**
TOYO®	96.2%	98.2%	99.0%	93.1%	x	x	x	x
Labmen	62.7%	100%	100%	49.6%	x	x	x	x

Le test Oraquick® sur sang capillaire total est celui qui présente les meilleures performances, c'est donc cette technique que nous avons choisie.

En cas de positivité l'HAS précise qu'il est nécessaire de confirmer le diagnostic sur un prélèvement veineux unique avec un test immunoenzymatique complété par une mesure de la charge virale afin de déterminer le caractère actif de l'infection [29].

Cancer colorectal (CCR)

En France, le cancer colorectal (CCR) est le 3ème cancer en terme de mortalité chez l'homme. Il n'existe pas de données spécifiques sur la prévalence du CCR chez les migrants.
Le dépistage du CCR en France n'est réalisé que par 33,8% de la population ce qui est une couverture largement insuffisante pour être efficace [31]. Les facteurs associés à une moins bonne adhérence au dépistage qui ont été identifiés sont le fait d'être un homme célibataire, de ne pas avoir de mutuelle, d'avoir déjà renoncé à des soins pour des raisons financières, d'aller moins d'une fois par an chez le médecin [32]. Une étude qualitative a été menée par le Comité Régional d'Education PACA auprès de 26 professionnels de santé intervenant auprès des migrants et 80 migrants vivant en centre social ou foyer d'hébergement, afin d'identifier dans cette population les freins au dépistage des cancers. Le principal obstacle semble être la barrière de la langue, avant la peur du résultat, la représentation du cancer comme une maladie incurable et la précarité [33].
La procédure normale organisée au niveau national par ADECA (Association pour le dépistage du cancer colorectal) veut que ce soit le médecin traitant qui remette le kit de dépistage au patient, soit spontanément, soit sur la requête du patient qui reçoit par ailleurs à domicile un courrier l'invitant à se faire dépister. Cela permet au médecin, en cas de test positif, d'être informé du résultat afin d'organiser rapidement une coloscopie. Dans le cadre de notre parcours il a donc été décidé de repérer les personnes relevant du dépistage et de les réorienter vers leur médecin pour qu'il leur remette le kit.

III – MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS DE DÉPISTAGE

A) COORDINATION DE PARTENAIRES QUI N'ONT PAS L'HABITUDE DE TRAVAILLER ENSEMBLE

La mise en œuvre de cette intervention a nécessité de coordonner plusieurs projets individuels. Comme on l'a vu, le CeGIDD, structure hospitalière de dépistage des IST, menait depuis 2011 un dépistage dans les foyers du secteur, essentiellement centré sur les pathologies infectieuses.
Le Pôle de Santé, de son côté, avait été sollicité à l'été 2014 par l'Atelier Santé Ville, organisme en charge de la réduction des inégalités territoriales de santé, pour participer à une action ponctuelle de vaccination dans un foyer du 13ème. Cette prise de contact avait débouché sur une volonté de mieux cerner les besoins de santé des résidents afin de leur proposer d'autres actions plus proches de leurs besoins. Cependant, malgré l'existence d'une médiatrice sociale au sein du foyer en question qui avait pourtant participé à chacune de nos réunions, nous n'avons jamais été informés de l'action parallèle du CeGIDD au sein du foyer. Ce n'est que plusieurs mois plus tard et tout à fait par hasard que nous avons rencontré leur équipe. Cette rencontre a conduit à l'abandon par le Pôle de Santé de son projet au profit d'une collaboration autour du programme de dépistage déjà existant, permettant de surcroît de résoudre certains problèmes rencontrés par le CeGIDD. Le statut associatif du Pôle a en effet permis de répondre à un appel à projet de prévention lancé par l'Agence Régionale de Santé, d'obtenir un financement et ainsi de rémunérer les bénévoles participant au dépistage. L'expérience en soins primaires et le réseau de professionnels du Pôle a de plus permis d'améliorer le parcours de dépistage en prenant en charge l'orientation et le suivi des patients relevant de la médecine de ville.
Les premières interventions communes et de nombreuses réunions au cours de l'année 2015 ont permis de mettre en place un plan d'intervention précis.
Pour des raisons de facilité organisationnelle (locaux compatibles, bonnes relations avec les représentants des résidents, accord des bailleurs, disponibilité du personnel), il a été décidé de limiter initialement le dépistage à deux foyers du 13ème arrondissement, les foyers Vincent Auriol et Bellièvre, à raison de deux parcours de 4h dans chacun des foyers sur une période "pilote" de sept mois.

Au cours de ces sept mois nous avons pu rencontrer de nouveaux partenaires : ADECA75 en charge de l'organisation du dépistage des cancers à Paris, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (CRAMIF), et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Paris qui souhaitait mener une action de prévention auprès des résidents vieillissants. La collaboration avec l'Assurance Maladie a été particulièrement fructueuse puisque, dès la troisième intervention, nous avons pu intégrer à notre parcours un stand animé par un représentant CPAM et un membre du service social de la CRAMIF afin de pouvoir informer les personnes sans couverture ou sans complémentaire sur leurs droits.

Ces rencontres ont été pour nous l'occasion de mesurer la diversité des intervenants potentiels et surtout l'absolue nécessité de coordination des actions menées.

B) LE PARCOURS DE DÉPISTAGE

Recrutement de la population

La population recrutée était constituée des personnes se présentant volontairement le jour du parcours de dépistage.
Le dépistage se déroulait le vendredi entre 16h et 20h. Ce jour étant celui de la prière musulmane, il correspondait à une plus grande fréquentation des parties communes du foyer, y compris par d'anciens résidents et des résidents d'autres foyers, et permettait donc un recrutement plus large.
Pour favoriser la participation, plusieurs actions conjointes étaient organisées en amont du parcours :

- un forum informatif sur les différentes pathologies dépistées était mené une semaine avant. Cette intervention a été conçue pour répondre au constat d'une méconnaissance des pathologies dépistées. Il s'agissait de plusieurs stands installés dans les parties communes du foyer, chacun abordant un thème particulier et animé par un des partenaires du dépistage :
    - Stand VIH / Hépatites animé par le CeGIDD, COREVIH et SOSHépatite

    - Stand risque cardio-vasculaire (diabète, HTA, nutrition, tabac) animé par le Pôle de santé
    - Stand cancer colorectal animé par ADECA75
    - Stand Assurance Maladie animé par la CPAM et la CRAMIF
- des affiches annonçant le parcours étaient collées dans les parties communes une semaine avant (Annexe 1)
- une information orale était aussi donnée par les représentants des résidents à Vincent Auriol et par la médiatrice sociale à Bellièvre

Chaque résident volontaire pour le dépistage devait donner son consentement oral. Le recueil des données respectait l'anonymat. En cas de dépistage positif on relevait, avec l'accord du résident, son nom et son numéro de téléphone.

Intervention : description du parcours de dépistage

Nous avons mené au total quatre interventions entre décembre 2015 et juillet 2016 (deux dans chaque foyer). Chaque intervention s'est déroulée selon un schéma similaire.

Le parcours de dépistage était organisé en deux branches, chacune organisée en trois étapes ; chaque étape était gérée par un membre de l'équipe.

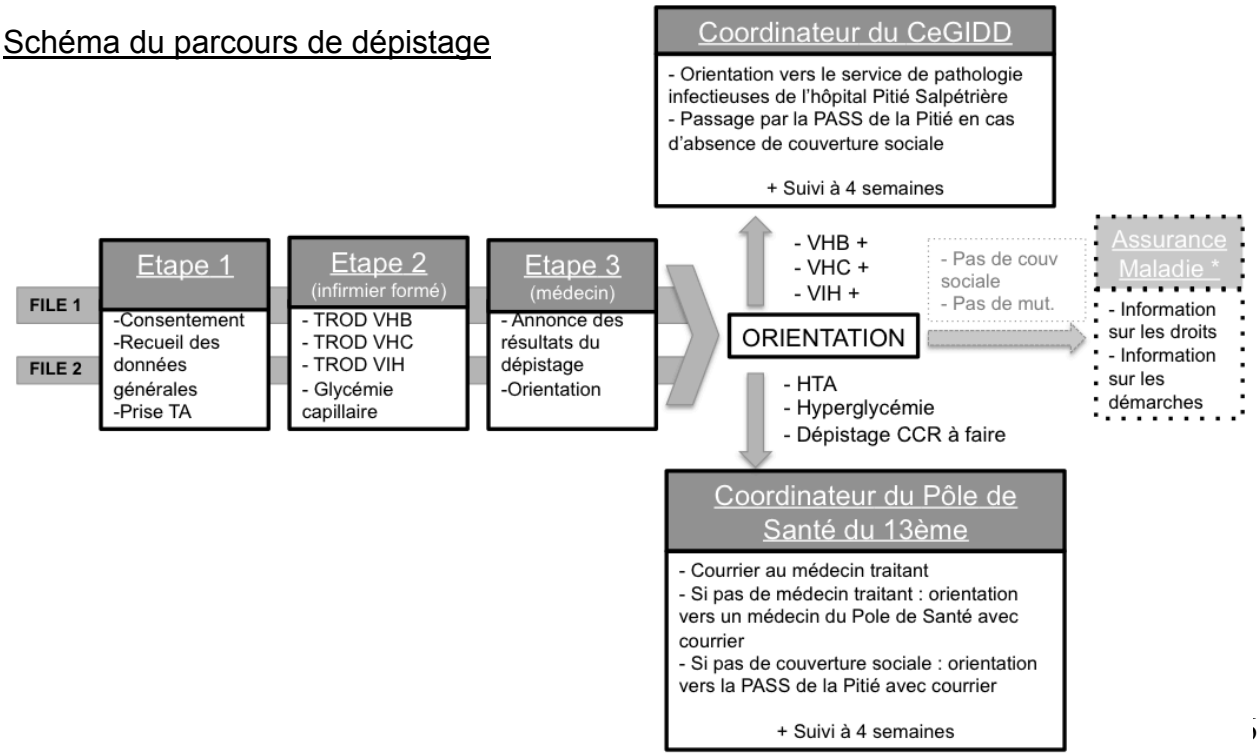
1) La première étape consistait à expliquer au résident le principe du dépistage, recueillir son consentement ainsi que diverses informations le concernant. C'est également lors de cette première étape qu'on mesurait la pression artérielle à l'aide d'un tensiomètre électronique.
2) Lors de la seconde étape, assurée par un infirmier formé, les personnes étaient prélevées afin de réaliser des tests rapides (TROD VHB, VHC et VIH, glycémie capillaire).
3) La troisième étape était assurée par un médecin qui annonçait les résultats du dépistage aux résidents. Cette étape se déroulait dans un lieu du foyer permettant de respecter la confidentialité des échanges. En cas de positivité de l'un des tests de dépistage, le patient était orienté vers l'un des deux « coordinateurs », celui du CeGIDD (= "Hôpital") ou celui du Pôle de santé (= "Médecine de ville"), c'est-à-dire moi-même, en fonction du type de pathologie dépistée. Celui-ci prenait alors les coordonnées du patient et l'orientait vers un

parcours d'aval. Concernant la ville, l'orientation s'accompagnait d'un courrier au médecin traitant, ou, en l'absence de médecin traitant à un médecin volontaire du Pôle de Santé (Annexes 2 et 3), tandis que les personnes sans aucune couverture sociale étaient orientées avec un courrier et un plan vers les consultations gratuites de la PASS de la Pitié (Annexe 4). Concernant l'hôpital, les personnes étaient orientées vers le service de maladies infectieuses de la Pitié et éventuellement, en cas d'absence de couverture, vers l'assistante sociale du service pour ouvrir des droits sur l'hôpital.

Au bout de 4 semaines, les deux coordinateurs recontactaient les patients par téléphone pour savoir s'ils avaient vu le médecin vers lequel on les avait orientés.

Lors du premier parcours il est apparu qu'il existait un nombre important de personnes sans aucune couverture sociale ou disposant de la sécurité sociale mais sans complémentaire santé. Le reste à charge constitue pourtant un obstacle majeur si ce n'est insurmontable au parcours de soin. Nous avons construit un partenariat avec l'Assurance Maladie afin de répondre à ce besoin. Ainsi à partir de la seconde intervention, un employé de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAMIF) et un employé de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) ont participé au parcours. Ils recevaient toutes personnes n'ayant pas de couverture sociale ou pas de complémentaire, faisaient un point rapide sur leur situation, les informaient de leurs droits, des démarches possibles et des interlocuteurs pouvant les aider dans ces démarches.

Schéma du parcours de dépistage



Recueil des données

Lors du parcours de dépistage les données étaient complétées au fur et à mesure de l'intervention par les différents acteurs, sur un support commun.

Plusieurs types de données étaient recueillis :

- Les données permettant de caractériser la population dépistée : l'âge, le sexe, le pays d'origine, la date d'arrivée en France, le niveau d'éducation, le travail, le logement, le type de couverture sociale. A partir de la seconde intervention nous avons ajouté le niveau de communication orale et écrite en français.
- Les items dépistés : résultats des tests VIH, VHC et VHB, glycémie capillaire, pression artérielle, statut vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal pour les plus de 50 ans.
- D'autres items, correspondant à des problèmes de santé importants. Il s'agit notamment des problèmes dentaires et du tabagisme qui n'apparait pas spécialement dans la littérature mais qui avait été rapporté par les résidents comme un sujet de préoccupation.
- Les données de suivi : elles se basent sur les déclarations des résidents dépistés contactés au bout de 4 semaines pour savoir s'ils avaient vu le médecin vers lequel nous les avions orientés.

IV – RÉSULTATS : EVALUATION DE L'INTERVENTION

A) CARACTÉRISATION DE LA POPULATION

Une population à la fois homogène et disparate

Au total, sur les 4 interventions, 184 personnes ont participé au dépistage, dont 88 au foyer Vincent Auriol et 96 au foyer Bellièvre. À chaque intervention la participation était très importante avec nécessité d'arrêter le dépistage au bout de 4h d'intervention sans avoir pu dépister toutes les personnes volontaires.

La population dépistée était exclusivement constituée d'hommes, très majoritairement originaires du Mali.

L'âge des participants était très variable de 15 à 75 ans. De même la durée de séjour en France allait de quelques semaines à 52 ans avec une moyenne de 15 ans et une médiane de 11 ans. 13% des personnes dépistées étaient en

Tableau 1 : Caractérisation de la population

	Nombre (N / moy)	Pourcentage (%)
Sexe		
Hommes	184	100
Femmes	0	0
Age	41.0	
Origine		
Mali	154	84
Sénégal	22	12
Burkina Faso	2	1
Guinée Conakri	3	2
Centrafrique	1	<1
Mauritanie	1	<1
Tunisie	1	<1
Durée séjour en France (mois)	175.7	
Lit à son nom dans le foyer		
Oui	63	34
Non	121	66
Travail actuellement		
Oui	84	46
Non	100	55
Niveau d'études		
Jamais	84	46
Ecole coranique	46	25
Primaire	31	17
Secondaire	16	9
Supérieur	7	4
Communication orale*		
Non	15	10
Difficile	63	43
Fluide	66	46
Communication écrite*		
Non	62	43
Difficile	52	36
Fluide	30	21
Couverture sociale**		
Pas de couverture	51	28
AME	27	15
CMUc	10	6
Sécu seule	51	28
Sécu + mutuelle privée	44	24

** question ajoutée lors du second parcours, donc pourcentages calculés sur un effectif de 144 personnes ** 1 donnée manquante*

France depuis moins de 6 mois. Il est à noter que pour certaines personnes, notamment celles en France depuis de nombreuses années, nous ne disposions pas du mois d'arrivée sur le territoire français mais uniquement de l'année. Nous avons donc fixé pour ces personnes une arrivée en milieu d'année, c'est-à-dire au 1er juillet, de sorte que cette donnée manquante ait un minimum d'impact sur la durée moyenne de séjour calculée.

À de nombreux égards, la population dépistée dans les foyers présente des caractéristiques qui mettent en péril son accès au parcours de soin classique.

C'est une population globalement précaire

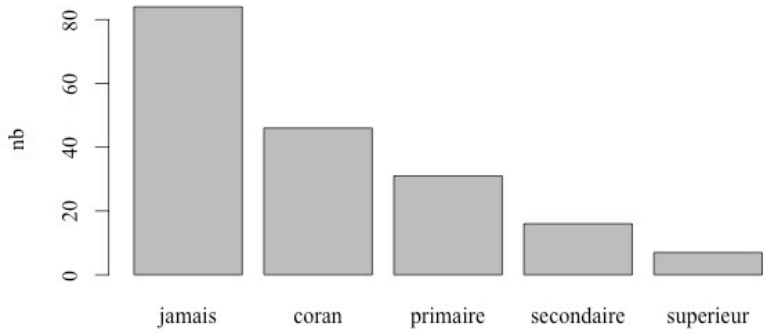
55% des hommes dépistés ont déclaré ne pas avoir de travail régulier au moment de l'intervention. Parmi ceux qui ont déclaré travailler, 19 soit 22%, avaient soit une absence de couverture, soit l'Aide Médicale d'État (AME), soit la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc) ce qui suggère des postes à temps partiel et/ou non déclarés.

En outre, 66% des hommes déclaraient "ne pas avoir de lit à leur nom dans le foyer". Ce pourcentage est cependant à nuancer, car il assez difficile d'interpréter la réponse à cette question. En effet, il peut s'agir d'hommes habitant le foyer de façon non officielle (ce qui recouvre aussi bien la sous-location d'une chambre, l'hébergement par un tiers ou le squattage des espaces communs du foyer), mais aussi de personnes ayant un logement en dehors du foyer et étant de passage pour visiter une connaissance ou à l'occasion de la prière du vendredi. Inversement les personnes sous-louant une chambre ou hébergées, peuvent tout aussi bien considérer qu'elles ont une chambre à leur nom dans la mesure ou elles payent un loyer, quand bien même celui-ci n'est pas officiel. Nous nous sommes donc aperçus que cette question était assez mal posée et ne constituait pas un indicateur de précarité très pertinent.

La barrière de la langue

La grande majorité des hommes dépistés avaient un très faible niveau d'instruction, 45,8% d'entre eux déclarant ne jamais être allés à l'école.

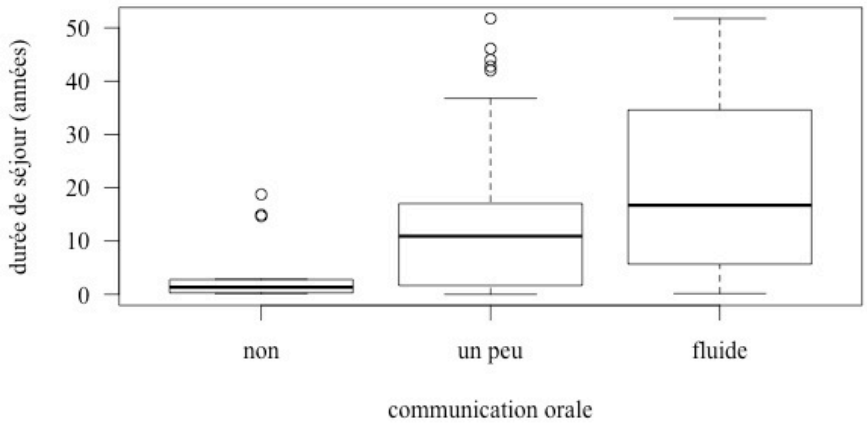
Graphique 1. Niveaux d'instruction



jamais = jamais allé à l'école ; coran = école coranique

Pour plus de 50%, la communication orale en français était difficile ou impossible et plus des trois quarts ne savaient pas lire/écrire, ou très difficilement. La maîtrise de la langue française orale semblait assez bien corrélée à la durée de séjour, tandis que la maîtrise de la communication écrite était plutôt dépendante du niveau d'instruction (coefficient de corrélation de Kendal 0.47).

Graphique 2. Communication orale en français vs. durée de séjour

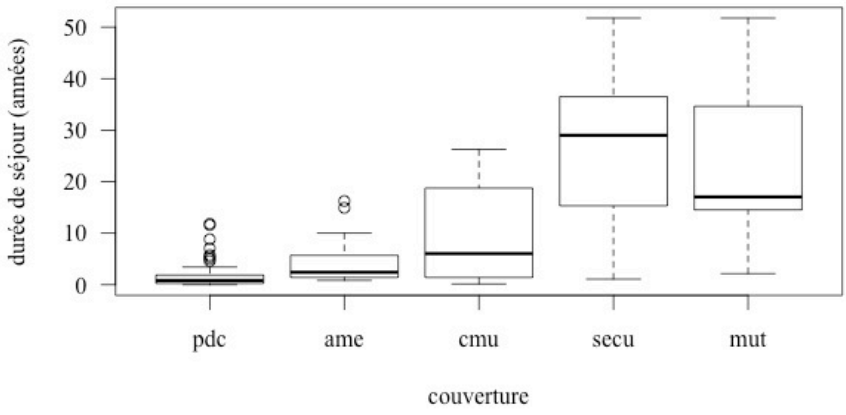


Un accès aux droits difficile

Parmi les personnes dépistées 28% n'avaient pas du tout de couverture sociale, et 28% avaient la couverture de base seule sans complémentaire. Dans les deux cas le reste à charge pour les soins de santé constitue un obstacle potentiel à l'accès aux soins

On constate que le type de couverture a, logiquement, tendance à varier au fil du séjour. Les primo arrivants n'ont pas de couverture puis acquièrent l'AME. Théoriquement l'AME est accessible à tout personne en situation irrégulière pouvant prouver un séjour d'au moins 3 mois sur le territoire français. Cependant dans la pratique on constate que parmi les personnes sans couverture sociale la moyenne de séjour était de 23 mois, soit presque 2 ans. Cette constatation est cohérente avec les nombreux obstacles à l'acquisition de l'AME qui sont dénoncés régulièrement par les associations prenant en charge les personnes migrantes. Concernant l'acquisition de la CMUc, elle intervient soit dans les suites de l'AME lorsque le titulaire est régularisé (titre de séjour), soit plus précocement si les personnes ont fait une demande d'asile politique. On constate que les personnes avec sécurité sociale sans complémentaire sont en moyenne plus âgées que celles bénéficiant d'une mutuelle (médiane à 55 ans vs 43 ans), ceci peut notamment s'expliquer par l'obligation de complémentaire en cas de travail déclaré et par des retraites souvent faibles ne permettant pas de payer une complémentaire.

Graphique 3. Couverture sociale vs durée de séjour



pdc = pas de couverture sociale ; ame = Aide Médicale d'Etat ; cmu = couverture maladie universelle complémentaire ; secu = sécurité sociale de base sans complémentaire ; mut = sécurité sociale avec complémentaire privée

B) TAUX DE DÉPISTAGE PAR PATHOLOGIE ET SUIVI

Tableau 2. Résultats du dépistage et suivi

	Nb (%)	Orienté (cegidd, mt[$], mdp[€], pass[¶], "mt"[Σ])	Ayant pu être suivi à 4 semaines (+ dm[π])	Ayant bien cs à 4 sem (inj[∞], pc*)
VHB**	**18 (14%)**	**17**	**17**	**17**
Découverte lors du parcours	13	13 (8 cegidd + 5 pass)	13	13
Connue auparavant	5	4	4	4
Non suivie	3	3 (cegidd)	3	3
Suivie	2	1 (mt pour autre pathologie)	1	1
VHC	**0**			
VIH	**0**			
Hyperglycémie	**28 (15%)**	**28**	**18** (10 dm)	**9** (3 inj, 6 pc)
Non connue	18	18 (=13mt+2mdp+2pass+ 1"mt")	17 (1 dm)	8 (3 inj, 6 pc)
Connue	1	1	1	1
Non traitée	1	1 (mdp)	1	1
Traitée	0			
Précisions manquantes	9	9 (= 9 "mt")	0 (9 dm)	
HTA	**40 (22%)**	**40**	**24**	**15**
Non connue	15	15 (= 7 mt + 4 mdp + 4 pass)	15	9 (3 inj, 3 pc)
Connue	13	13 (=8 mt + 1 mdp + 4 "mt")	9 (4 dm)	6 (1 inj, 2 pc)
Non traitée	4	4 (= 2 mt + 1 mdp + 1 "mt")	3 (1dm)	1 (1inj, 1pc)
Traitée	9	9	6	5
Mauvaise observance	4	4 (= 2 mt + 2 "mt")	2 (2 dm)	2
Bonne observance	5	5 (= 4 mt + 1 "mt")	4 (1 dm)	3 (1 pc)
Précisions manquantes	12	12 (= 12 "mt")	0 (12 dm)	
Dépistage CCR à faire***	**42 (84%)**	**42** (= 33 mt + 8 mdp + 1 "mt")	**36** (6 dm)	**20** (5 inj, 11 pc)

[$]**mt =** personne adressée à son médecin traitant avec courrier ; [€]**mdp** = personne n'ayant pas de médecin traitant adressée à un médecin du pole de santé, [¶]**pass** = personne sans couverture sociale adressée à la PASS de la Pitié ; [Σ]**"mt"**= personne n'ayant pas été vue par le coordinateur de médecine générale à l'issue du parcours et qui a été oralement adressée à "son médecin" sans que ses coordonnées n'aient pu être prises et sans courrier, [π]**dm**= personne dont les coordonnées n'ont pas été recueillies lors du dépistage pour diverses raisons ; [∞]**inj** = personne injoignable ; ***pc** = personne jointe par téléphone n'ayant pas consulté.
** calculé sur les 3 premières interventions seulement (soit sur un effectif de 131 personnes dépistées) en raison d'un problème d'approvisionnement en TROD VHB lors de la 4ème intervention.
***concerne uniquement les hommes de plus de 50 ans, soit un effectif de 50 personnes

Maladies infectieuses

En raison d'un problème d'approvisionnement en TROD VHB lors de la 4ème intervention, seules 131 personnes ont pu bénéficier d'un test rapide d'orientation diagnostique pour l'hépatite B.
18 personnes soit 14% des personnes testées avaient une antigénémie HBs positive. Sur ces 18 personnes 13 ne connaissaient pas leur statut et 3 autres le connaissaient mais étaient en rupture de suivi. Ces 16 personnes ont donc été orientées vers le service de maladie infectieuse de la Pitié Salpêtrière. Elles ont été contactées à 4 semaines par le coordinateur du CeGIDD et toutes avaient bien consulté.
Il est par ailleurs intéressant de noter que 58% des résidents déclaraient ne jamais avoir entendu parlé de l'hépatite B.

Sur les 4 interventions il n'a pas été dépisté de cas de VIH ni d'hépatite C.
39% des résidents déclaraient ne jamais avoir été testé pour le VIH.

HTA

En prenant comme seuil de positivité une PAS ≥ 150mmHg et/ou une PAD ≥ 100mmHg, 40 personnes soit 22% ont été dépistées hypertendues. Pour 28 d'entre elles on a pu recueillir des précisions sur les antécédents et un éventuel traitement. Pour 15 résidents sur 28 il s'agissait d'un primo-diagnostic. Parmi les 13 personnes déjà diagnostiquées hypertendues, 4 étaient non traitées et 9 étaient traitées dont 4 disaient mal observer le traitement.
Malheureusement, pour des raisons de logistique imparfaite, 16 personnes hypertendues ne sont pas passées par la coordinatrice du Pôle après leur entretien avec le médecin. Nous n'avons pas pu recueillir leurs coordonnées et elles n'ont donc pas pu bénéficier du courrier au médecin et du suivi. Les 24 personnes dépistées dont les coordonnées avaient été prises ont été recontactées à 4 semaines, 15 avaient bien été consulté un médecin, 4 étaient injoignables, 5 n'avaient pas consulté.

Glycémie

28 personnes soit 15% de la population dépistée avaient une glycémie capillaire ≥ 1,5 g/l. Parmi elles, 18 personnes n'avaient pas de notion d'un diagnostic antérieur d'hyperglycémie et une personne avait déjà été diagnostiquée diabétique et mise sous traitement mais elle avait interrompu le traitement en fin d'ordonnance. Malheureusement pour les 9 autres personnes nous ne disposons pas d'information sur un éventuel diagnostic antérieur, cet item n'ayant pas été complété par le médecin.
Sur les 28 personnes hyperglycémiques, 18 ont pu voir la coordinatrice de médecine générale, être adressé par courrier à un médecin et suivi à 4 semaines. Parmi elles 9 ont bien consulté.

CCR

84% des personnes de plus de 50 ans n'étaient pas à jour du dépistage du cancer colorectal. Il s'agissait exclusivement de personnes n'ayant jamais réalisé le test. Parmi elles, 36 personnes ont pu être adressées à leur médecin traitant avec courrier, dont 20 ont déclaré avoir bien consulté au bout de 4 semaines.

Suivi à 4 semaines

Concernant le suivi à 4 semaines, la première constatation que l'on peut faire est qu'il existe malheureusement un nombre important de personnes qui n'ont pas pu en bénéficier (26% des personnes orientées). Il y a les personnes dont les coordonnées ont bien été recueillies mais qui n'ont pas pu être jointes car elles n'ont pas répondu au téléphone ou que le numéro donné n'était pas attribué, mais cela recouvre une part minoritaire des personnes perdues de vue. Il y a également un nombre important de personnes dont les coordonnées n'ont pas été recueillies lors du parcours de dépistage alors qu'elles auraient du l'être. Ce problème concerne exclusivement des personnes qui relevaient théoriquement de la filière "médecine générale" mais qui n'ont pas pu voir le coordinateur de médecine générale, lequel était en charge de relever leurs coordonnées et de faire un courrier pour leur médecin.

Tableau 3. Suivi.

	Nbre de personnes ayant pu être suivies (vs nbre d'orientées)	Ayant effectivement consulté	N'ayant pas consulté	Injoignable
Toutes orientations	**71 (vs 96)**	**44**	**19**	**8**
Hôpital	**17 (vs 17)**	**17**	**0**	**0**
- VHB	17 (vs 17)	17	0	0
- VHC	-	-	-	-
- VIH	-	-	-	-
Ville*	**57 (vs 83)**	**30**	**19**	**8**
- Glyc > 1.5	18 (vs 28)	9	6	3
- HTA	24 (vs 39)	15	5	4
- CCR	36 (vs 42)	20	11	5

**NB : Plusieurs patients avaient 2 ou 3 pathologies conjointes. Notamment parmi les 57 personnes suivies en ville, 3 avaient en plus un VHB+ pour lequel elles ont aussi été orientées vers l'hôpital.*

Concernant les patients qui ont pu être suivis, ont constate que ceux orientés vers l'hôpital pour une pathologie infectieuse ont tous été recontactés et ont pu consulter. Ce succès s'explique notamment par le fait qu'il s'agissait de petits effectifs, que le coordinateur du CeGIDD parle couramment le bambara et le soninké et peut-être aussi que l'orientation hospitalière suggère une pathologie plus grave et plus urgente, donc plus mobilisatrice pour la personne orientée.

Concernant les personnes orientées vers la filière médecine générale le succès est plus modeste avec 53% des personnes contactées qui ont déclaré avoir consulté le médecin avec le courrier qui lui était adressé. On constate cependant que les personnes qui n'ont pas consulté sont majoritairement des personnes pour lesquelles il existe un reste à charge (pas de couverture, pas de complémentaire). Cela peut être interprété de diverses façons, cependant l'existence d'un obstacle financier qui est suggérée par cette constatation a été plusieurs fois évoquée oralement par certains résidents. Pour ce qui est des personnes sans couverture sociale, les difficultés de communication et la méconnaissance du système de santé qui sont plutôt l'apanage des primo-arrivants peuvent également constituer des facteurs explicatifs. En effet les consultations à la

PASS sont gratuites et étaient présentées comme telles, mais les explications orales en français sur la nécessité de consulter, sur la gratuité de la consultation et sur les modalités d'accès à cette consultation étaient souvent très laborieuses.

Tableau 4. Suivi à 4 semaines selon le type de couverture, chez les personnes orientées vers la filière médecine générale et dont les coordonnées avaient été préalablement recueillies.

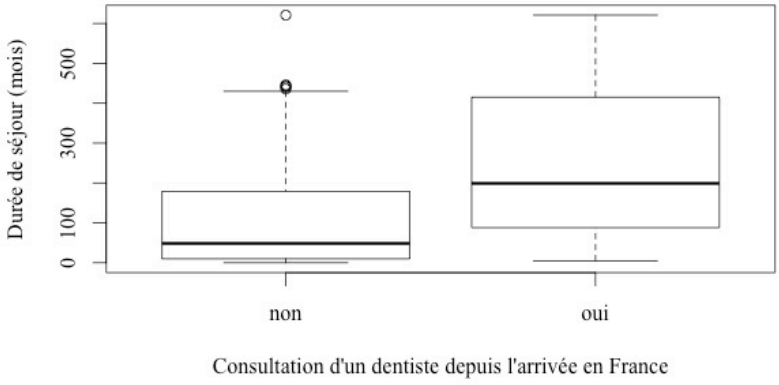
	pdc	ame	cmu	secu	mut	
A consulté	1	3	2	15	9	30
N'a pas consulté	5	0	1	11	2	19
Injoignable	1	0	0	4	3	8

pdc = Pas de couverture, ame = Aide Médicale d'État, cmu = Couverture Médicale Universelle complémentaire, secu = Sécurité sociale de base sans complémentaire, mut = Sécurité sociale avec complémentaire privée

Parmi les autres causes de non consultation qui ont pu être évoquées oralement par les résidents on compte également le problème des horaires d'ouverture des cabinets qui ne sont pas compatibles avec les horaires de travail de certaines personnes demandeuses d'ouverture le week-end, les difficultés à prendre rendez-vous que ce soit à cause de la barrière de la langue ou à cause de la difficulté à bloquer un horaire à l'avance chez certaines personnes au travail très précaire, l'existence d'autres sujets de préoccupation prioritaires (notamment relatives au titre de séjour et au travail), la survenue d'une rupture de droits (attente de renouvellement de l'AME ou perte de la mutuelle lors du passage à la retraite en particulier).

C) AUTRES PATHOLOGIES POTENTIELLEMENT PERTINENTES

Les problèmes bucco-dentaires



Parmi les 184 personnes dépistées 123 ont répondu à la question “Avez-vous actuellement un problème de dents ? ” (pour les 61 autres l’item n’a pas été rempli par la personne en charge de l’interrogatoire). Sur cet effectif 49 personnes soit 40% ont répondu positivement. Même si on considère que toutes les personnes pour lesquelles cet item n’a pas été complété n’avaient pas de problème bucco-dentaire cela porterait tout de même à 27% le taux de personne en ayant, ce qui n’est pas négligeable. Devant ce constat, il a été décidé dès la deuxième intervention d’ajouter la question “Depuis que vous êtes en France avez-vous déjà consulté un dentiste ?”. 51% des personnes interrogées on déclaré ne pas avoir vu de dentiste depuis leur arrivée sur le territoire, cela est d’autant plus vrai pour les personnes rapportant un problème dentaire (53%). Le fait d’avoir consulté un dentiste était corrélé à la durée de séjour et au fait d’avoir ou non une complémentaire.

Tableau 5. Couverture sociale et consultation dentaire

	pdc	ame	cmu	secu	mut
Jamais consulté	33	12	2	18	9
Consulté	3	10	5	22	29

Le tabagisme

Après avoir demandé l’avis des délégués des résidents sur d’autres sujets de santé qu’ils souhaitaient voir abordés, le tabagisme est apparu comme un sujet de préoccupation. Sur les 146 personnes interrogées 24 soit 16% ont déclaré fumer activement.

DISCUSSION

Nous avons organisé quatre parcours de dépistage dans 2 foyers de travailleurs migrants du 13ème arrondissement de Paris. Les problèmes de santé dépistés étaient le VIH, les hépatites B et C, l'hyperglycémie, l'hypertension artérielle, et le statut vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal pour les personnes de plus de 50 ans.
184 personnes ont été dépistées. 28% d'entre elles n'avaient aucune couverture sociale. Le dépistage a révélé : 14% de VHB+, 0 VHC+, 0 VIH+, 14% d'hyperglycémies, 21% d'hypertension artérielle. 84% des 50 personnes de plus de 50 ans n'avaient jamais réalisé le test de dépistage du cancer colorectal. D'autre part, 40% des résidents rapportaient un problème bucco-dentaire.
Suite au dépistage, 74% des résidents orientés ont pu être recontactés à semaines. Parmi eux 62% avaient effectivement consulté (100% des personnes orientées vers l'hôpital et 53% de celles orientées vers la médecine de ville).

A) DISCUSSION DES RESULTATS DU DÉPISTAGE PAR PATHOLOGIE

Un risque cardiovasculaire plus élevé mais des seuils discutables

Le taux de personnes dépistées avec une hyperglycémie apparait dans notre étude plus élevé qu'en population générale. En effet, lors de la journée mondiale de dépistage du diabète de 2014 organisée par l'association L.I.D.E.R Diabète, il a été retrouvé 10% de personnes hyperglycémiques vs. 15% dans notre étude. Il s'agit d'un dépistage en population générale par glycémie capillaire semblable à celui réalisé au cours de notre parcours. On peut même considérer que les chiffres de L.I.D.E.R Diabète sont a priori majorés par rapport aux nôtres puisqu'ils prennent en compte l'heure du dernier repas ce qui leur permet, contrairement à nous, de considérer à risque des personnes ayant une glycémie supérieure à 1.2g/l dont le dernier repas remonte à plus de 2h [34].

Concernant l'HTA, en utilisant le seuil arbitraire de 150/100mmHg, on retrouve 22% de personnes hypertendues lors de l'intervention (il est à noter que ce chiffre ne tient pas compte des personnes hypertendues connues bien équilibrées par leur traitement). Ce seuil a été fixé de façon arbitraire afin de tenter de s'affranchir de l'influence potentielle du stress sur la tension et éviter ainsi tout surdiagnostic massif. Il est cependant intéressant de noter que si on prend le seuil standard de 140/90, le taux de détection monte à 37%. L'InVs retrouve, elle, 28% d'hommes hypertendus lors de mesures systématiques en population générale en prenant le seuil 140/90 [35].
Avec 37% de personnes ayant une PAS >140 ou PAD >90mmHg les résidents des foyers sont plus exposées à l'hypertension, ou du moins à l'hypertension non traitée et/ou non contrôlée, cependant ces chiffres sont à interpréter avec prudence vu les conditions de mesures qui ne sont pas standard (salle commune bruyante, pas de repos de 5 minutes avant la mesure…).

La constatation d'un risque plus important de diabète et d'HTA, notamment non diagnostiqué, chez les résidents des foyers, rejoint les études américaines qui constatent une plus forte prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, HTA, obésité) chez les migrants d'origine d'Afrique de l'Ouest en rapport notamment avec l'exposition au mode de vie occidental et une plus grande précarité [19] [36].

Cependant comme on l'a vu les seuils qui ont été choisis pour ces 2 mesures sont discutables et doivent encore être validées. Dans le cas de la tension artérielle il aurait été intéressant de connaitre au décours du dépistage la tension de ces personnes quand elle est prise par leur médecin traitant ou même, idéalement, par automesure. Dans le cas de l'hyperglycémie nous avons pris le seuil de 1,5g/l quelle que soit l'heure du dernier repas, fixé par les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Cependant ces recommandations n'ayant elles-mêmes pas été strictement validées il aurait été souhaitable de renseigner, lors du suivi, la glycémie veineuse à jeun des personnes dépistées, afin d'étayer le choix de ce seuil.
Initialement nous avions envisagé d'obtenir ces informations en contactant le médecin traitant (ou autre professionnel) vers lequel les résidents avaient été orientés pour comparer nos mesures à celles réalisées par le praticien. Cependant nous avons abandonné cette idée car la plupart des personnes ne connaissaient pas le nom de leur médecin traitant ni l'adresse exacte de son cabinet.

Qui plus est, contacter le médecin traitant à distance constituait potentiellement pour lui une infraction au secret médical. Le suivi des résidents par téléphone au bout de 4 semaines a bien permis de savoir s'ils avaient consulté mais la barrière de la langue empêché de renseigner d'éventuels examens complémentaires ou l'introduction de traitements.
Plusieurs pistes restent cependant à explorer. Nous pourrions par exemple envisager une collaboration avec la pharmacie de quartier pour organiser une location de tensiomètre afin que les résidents dépistés puissent réaliser des automesures tensionnelles à domicile. Cette étape permettrait au médecin traitant de disposer d'un outil de mesure plus fiable pour décider d'instaurer un traitement et nous permettrait par ailleurs d'avoir des informations sur la pertinence de notre seuil de dépistage. Il est également envisagé pour les actions futures de joindre au courrier destiné au médecin traitant un formulaire avec enveloppe timbrée à nous retourner.

Un taux important de porteurs de l'hépatite B

Le taux de dépistage de l'hépatite B qui s'élève à 14% est plus élevé que ce que l'on aurait pu attendre en se basant sur la prévalence estimée de l'infection parmi la population d'origine sub-saharienne (8%). Ils se rapprochent plutôt des chiffres du Comede (12% des ressortissants d'Afrique subsaharienne) qui par son activité associative cible les personnes en situation de précarité. Au-delà de l'effet potentiellement majorant de la précarité, on peut également suspecter une plus forte prévalence chez les personnes originaires du Mali, en rapport avec une prévalence particulièrement élevée dans ce pays (estimé entre 15 et 17% en 2011) [37].

Cette constatation impose de prendre des dispositions en amont pour vacciner massivement les résidents qui ne sont pas immunisés.
Il existe bien des TROD Ac anti-HBs qui permettent d'évaluer le statut sérologique des personnes non infectées et donc d'orienter la vaccination. Ces tests présentent une bonne spécificité mais une sensibilité médiocre (58%), ils peuvent donc être utiles en cas de positivité pour repérer les sujets déjà immunisés qu'il n'est pas nécessaire de vacciner [26].
Malheureusement pour l'instant ces TROD ne sont pas disponible en France. De plus le schéma de vaccination contre l'hépatite B nécessite plusieurs injections à plusieurs mois d'intervalle et

n'est donc pas compatible avec une intervention ponctuelle comme la notre. Une information des médecins traitants en charge des résidents non porteurs de l'infection sur l'intérêt de la vaccination est donc nécessaire. De plus une collaboration avec le centre de vaccination Charles Bertheau est en cours pour réfléchir à la meilleure stratégie pour élargir la couverture vaccinale dans les foyers.

Question de la pertinence du VIH et du VHC.

Dans son communiqué de juillet 2016 sur l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique, la HAS recommande un dépistage conjoint VIH- VHB-VHC, s'appuyant sur "les similitudes épidémiologiques en terme de facteurs de risque de contamination et la fréquence des co-infections". Cependant, malgré un taux important d'hépatites B dépistées, aucun dépistage n'est revenu positif pour le VIH et le VHC sur les 184 personnes testées lors de notre étude. Cela interroge sur la pertinence de ces deux tests pour les interventions à venir.

Un des facteurs explicatifs concernant le VIH est que le Mali, pays d'origine de la grande majorité des résidents, a une prévalence relativement faible (1,3% en 2015) comparativement à d'autres pays d'Afrique subsaharienne comme le Cameroun (3,9% en 2015) ou la Côte d'Ivoire (2,7% en 2014). Cependant si la prévalence de l'infection dans le pays d'origine se retrouve partiellement dans les données de notification du VIH en France, elle ne saurait pour autant suffire à rendre compte des chiffres. En effet les études suggèrent qu'au sein de la population d'origine subsaharienne de France 44% des infections VIH sont acquises sur le territoire français [23]. Si on revient au résultat de notre étude il parait donc plus raisonnable d'imputer l'absence de résultat VIH positif à l'effectif insuffisant. On note d'ailleurs que lors de ses interventions antérieures en 2012 – 2015 dans les foyers, sur 753 personnes, le CeGIDD avait dépisté 4 personnes positives pour le VIH. De plus l'existence de foyers avec plus de résidents originaires d'autres pays d'Afrique subsaharienne plaide également pour le maintien de ce dépistage.

Concernant le VHC la population des foyers ne correspond pas à la population à haut risque (drogue IV, Moyen Orient). Lors de ses interventions antérieures, sur 564 personnes testées, le

CeGIDD avait dépisté 4 personnes porteuses du VHC. Pour les prochaines interventions il a été décidé de ne faire le TROD VHC qu'aux personnes avec scarifications ou antécédent de transfusion ou de toxicomanie.

Le cancer colorectal largement sous dépisté chez les résidents de foyers

Le taux de personne de plus de 50 ans à jour du dépistage du CCR était de 16% vs 34% en population française [31]. La totalité des personnes n'étant pas à jour déclaraient n'avoir jamais réalisé ce test de leur vie. Cela confirme un moindre accès aux actions de prévention de la population migrante et précaire.
Concernant ce dépistage particulier, s'ajoute le problème de l'illettrisme qui complique notablement la réalisation du test. En effet les personnes ne sont pas en mesure de comprendre le courrier que la sécurité sociale leur envoie, la plupart déclarent d'ailleurs ne jamais l'avoir reçu. De plus, même en cas de remise directe du kit par le médecin, la lecture du mode d'emploi et la fiche d'identification à remplir par le patient constituent des obstacles infranchissables. Nous avons tenté de contourner cet obstacle en précisant dans le courrier à l'attention du médecin traitant que leur patient ne sait pas lire, ou avec difficulté, question que les praticiens ne pensent pas ou n'osent pas poser, et que par conséquence, une explication orale du mode d'emploi ainsi que le remplissage de la fiche d'identification par le praticien était nécessaire.

B) LES LIMITES DE L'ACTION

Population dépistée : le risque de doublons

Parmi les personnes dépistées, il est probable que dans un même foyer certaines personnes aient participé deux fois au dépistage mais nous ne sommes pas en mesure d'estimer dans quelle proportion. Cela est susceptible de fausser partiellement l'interprétation des résultats du dépistage. De plus, au delà du problème de l'interprétation des résultats, il serait intéressant de pouvoir identifier les personnes ayant déjà réalisé le parcours afin de ne pas répéter inutilement certains examens, ce qui permettrait de gagner du temps et de faire des économies de matériel. Il s'agit d'un problème qui avait déjà été abordé lors de l'élaboration du parcours par le CeGIDD. A l'issue de chaque parcours, un carnet sous forme de feuille cartonnée pliée en deux résumant le résultat du dépistage a donc été remis au résident avec la consigne de le présenter lors des parcours ultérieurs. Malheureusement ce système semble ne pas fonctionner, les résidents déclarant avoir déjà participé à un dépistage au foyer ne se présentant que très rarement avec le carnet en question. Pour des raisons d'éthique et à la demande des délégués des résidents nous nous sommes engagé à respecter l'anonymat des personnes dépistées et ne pouvons donc pas repérer les personnes par leur nom. Il ne parait pas non plus envisageable de refuser le dépistage aux personnes déclarant un dépistage récent, d'une part car les personnes ignorent souvent les pathologies pour lesquelles elles ont été dépistées précédemment et d'autre part car cela risquerait d'entrainer de fausses déclarations. Pour l'instant aucune solution satisfaisante n'a été trouvée, ce sujet a donc été mis à l'ordre du jours lors du prochain entretien avec les résidents avec plusieurs propositions : carnet au format carte à garder dans le porte feuille ? Ou au contraire sous forme de livret sur le model du carnet de santé pour inciter à le conserver ?

Un suivi à améliorer

Un suivi insuffisant

Comme on l'a vu, les chiffres du suivi sont difficiles à interpréter vu la proportion importante de personnes qui n'ont pas pu être contactées à 4 semaines. Pourtant c'est LE vrai critère "d'efficacité" de notre action. Il est donc essentiel dans les actions à venir de comprendre pour quelles raisons les coordonnées de tant de personnes n'ont pas été recueillies afin de pallier ces manquements et pouvoir suivre le maximum de personnes.

Plusieurs phénomènes pourraient expliquer cette situation :

- D'une part, lors des premières interventions les médecins en charge de l'orientation des patients qui avaient été formés par le CeGIDD à l'ancien schéma de parcours de dépistage ont eu besoin d'un temps d'adaptation pour intégrer la nouvelle organisation et la nécessité d'orienter les patients vers un coordinateur de ville pour des pathologies relevant de la médecine générale. A plusieurs reprises les patients ont donc été orientés oralement vers leur médecin sans passer par le coordinateur du Pôle de Santé.
- D'autre part il semble que certains résidents ont bien été orientés vers le coordinateur de médecine générale mais qu'ils ont été découragés par un temps d'attente important et sont donc partis avant d'avoir été vus. L'engorgement de la filière s'explique notamment par le temps important passé à donner des explications sur le dépistage du cancer colorectal.

Pour les prochaines actions il est donc prévu de refaire le point avec toute l'équipe et en particulier les médecins sur l'importance de bien orienter les patients vers le coordinateur de ville. De plus le coordinateur de ville sera suppléé par une tierce personne, de préférence une personne d'ADECA 75 avec lesquels nous avons déjà entamé une collaboration, afin de donner des explications sur le cancer colorectal et remettre un courrier au médecin traitant, ce qui permettra de diminuer le temps d'attente pour les patients.

Une orientation inefficace pour les personnes sans couverture

Les personnes dépistées sans couvertures étaient systématiquement orientées vers la PASS de la Pitié avec un courrier explicatif et un plan de la Pitié. Malheureusement il semble que cette orientation soit à améliorer. En effet, seule une personne parmi les 6 personnes orientées a déclaré avoir bien consulté. Sur les 5 autres, 2 ont déclarés ne pas avoir consulté et 2 avoir tenté de consulter mais avoir été “refusés” sans que le motif de ce “refus” paraisse très clair ni même être sûr qu’ils se sont bien rendus dans le bon service. Pourtant la PASS a spécifiquement pour mission de prendre en charge les personnes sans couverture. Plusieurs aspects sont donc à améliorer :

- Il est nécessaire pour nous de clarifier la situation en nous mettant en rapport avec la PASS de la Pitié afin de voir avec eux la meilleure manière de leur adresser les patients.
- Par ailleurs les résidents sans couverture, primo-arrivants en situation irrégulière, ont souvent peur de l’hôpital et de la nécessité de décliner leur identité. Il est essentiel de les rassurer, si besoin à l’aide d’un traducteur.
- De plus la lecture du plan de la Pitié semble laborieuse, ainsi que les explications sur les horaires d’ouverture. La encore, l’utilisation d’un tiers parlant bien français pourrait s’avérer utile. On peut même envisager que le coordinateur donne un rendez-vous commun aux personnes orientées vers la PASS pour pouvoir les conduire directement sur le lieu de consultation… Ces pistes sont à discuter avec les résidents.

C) LES PERSPECTIVES

Élargissement du parcours à d'autres problèmes de santé

La santé dentaire

En matière de santé dentaire cette étude confirme les données épidémiologiques connues qui mettent en évidence les liens forts existant entre niveau socio-économique bas et mauvais état bucco-dentaire. Ce lien passe notamment par un moindre accès à la prévention mais également un moindre accès à la consultation et aux soins puisqu'en France ceux-ci sont fréquemment onéreux et mal remboursés par la sécurité sociale [12]. En plus des caractéristiques socio-économiques défavorables on peut ajouter aux obstacles susceptibles d'entraver l'accès aux soins dentaires des résidents la discrimination dont ils sont souvent victimes de la part des professionnels. On estime par exemple à 39% le taux de refus de soin opposé par les dentistes aux bénéficiaires de la CMUc, ce qui classe les dentistes au premier rang des professionnels pratiquant le refus de soin, devant les médecins spécialistes et les généralistes de secteur 2 [38]. Cela s'applique a fortiori aux bénéficiaires de l'AME.

En vue de dépister et faciliter la prise en charge des pathologies dentaires des résidents des foyers plusieurs pistes sont envisagées. Il existe une association, le Bus Social Dentaire, qui a déjà pratiqué des dépistages itinérants ponctuels dans certains foyers du 13ème. Un partenariat avec eux serait envisageable. L'idéal serait cependant de mobiliser des dentistes du territoire, d'une part pour participer à notre parcours et d'autre part pour avoir des partenaires locaux fiables pour accueillant les patients n aval du parcours. Concernant l'orientation des personnes sans couverture sociale, l'hôpital de la Pitié dispose d'une PASS dentaire.
La partie importante des honoraires du dentiste restant à la charge du patient reste un obstacle majeur, a fortiori pour les personnes sans complémentaire. Ce problème, qui est loin de ne toucher que la population des foyers, ne peut trouver de réponse satisfaisante qu'à l'échelle nationale, en limitant les dépassements d'honoraire et en améliorant le remboursement des soins dentaires.

Des problématiques plus larges à prendre en compte pour une vision globale de la santé

Au-delà du dépistage de pathologies, l'analyse des résultats du questionnaire et les échanges répétés avec les résidents ont permis de mettre en lumière d'autres problèmes essentiels à prendre en compte pour améliorer la santé des résidents :

- **Méconnaissance des pathologies.** De nombreux résidents ne connaissaient pas ou mal les pathologies dépistées. Par exemple 58% d'entre eux déclaraient ne jamais avoir entendu parlé de l'hépatite B ou de l'hépatite C. De même aucune des personnes non à jour du dépistage du cancer colorectal ne savait de quelle pathologie il s'agissait. La notion même de cancer était rarement comprise. Il apparait donc essentiel, pour améliorer le dépistage des pathologies les plus fréquentes, de compléter notre action de dépistage pour une action d'information. Notre parcours ne se prêtant pas à se genre d'action en raison des limites de temps et d'espace disponible, il a été décidé d'encadrer les parcours de dépistage par deux types d'action : un forum d'information annuel et des ateliers dans les jours qui suivent chaque parcours.
    - *Forums :* Avant le premier parcours dans un foyer, pendant une après-midi, les différents partenaires (SOS hépatite, CeGIDD, médecins généralistes, pharmaciens, ADECA75, Assurance maladie, …) installent leurs stands dans les parties communes du foyer et accueillent les résidents pour répondre à leurs questions et les informer.
    - *Ateliers :* À la suite de chaque parcours, certains partenaires proposent aux résidents concernés par un problème une réunion spécifique dédiée à ce problème. Jusqu'ici des ateliers ont portés sur le dépistage du cancer colorectal (résident de plus de 50 ans) et sur la nutrition. En 2017 viendront compléter le dispositif : sevrage tabagique, mise à jour vaccinale.

- **Couverture santé.** L'accès aux droits est également apparu comme un obstacle majeur à l'accès aux soins et à la prévention. En effet la plupart des personnes sans couverture

sociale relevaient théoriquement de l'Aide Médicale d'État ou de la CMUc et certaines personnes sans complémentaires auraient pu bénéficier de l'Aide à le Complémentaire Santé ou de la CMUc. Cependant la méconnaissance du système de santé, la complexité des démarches, l'illettrisme sont autant de frein à l'accès aux droits, pourtant essentiel. Devant ce constat nous avons élaboré un partenariat avec l'Assurance Maladie et, dès la 2ème intervention, un représentant de la CPAM et de la CRAMIF ont participé notre parcours. Les personnes sans couverture et sans complémentaire leur étaient systématiquement adressées pour faire le point sur leur situation et être informés sur les démarches nécessaires et les interlocuteurs utiles. L'Assurance Maladie organisait également un atelier dans les jours suivant le parcours, atelier auquel les résidents sans couverture assurantielle pouvaient revenir pour poursuivre leurs démarches. Pour l'instant cette partie du parcours n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

- **Illettrisme.** Un autre obstacle majeur aux démarches administratives et aux soins est la difficulté importante pour la grande majorité des résidents à lire et écrire en français. Dans une moindre mesure, la communication orale constitue également un problème pour certains d'entre eux, mais comme on l'a vu, elle tend à s'améliorer avec la durée de séjour, ce qui n'est pas le cas de la communication écrite. Il existe d'ores et déjà plusieurs possibilités de cours de français langue étrangère gratuits dans le 13ème arrondissement. Un contact avec les associations et les structures municipales en charge de ces cours serait intéressant pour mieux diffuser l'information dans les foyers, voire pour les associer au projet, par exemple lors des ateliers.

Les défis d'une action de santé transversale

Comme on l'a vu, le parcours de dépistage est un projet dynamique dont la forme se modifie en fonction des nouveaux besoins identifiés et au fil des rencontres avec de nouveaux partenaires. Pour l'avenir, plusieurs défis se profilent :

- La tentation d'un parcours de plus en plus complet ne doit pas faire perdre de vue le droit commun. En effet, si l'implantation du parcours de soins dans le foyer permet de toucher une population exclue du système de soin usuel, le but n'est pas de se substituer au parcours de soins primaires général, en créant une consultation dans le foyer, mais au contraire de réorienter les populations exclues vers ce système général.

- D'autre part, pour que nos actions restent pertinentes, il apparait important de poursuivre le travail d'évaluation. Notamment, il est essentiel de maintenir la participation des résidents à l'élaboration de ce projet. Dans ce but des focus groupes sur le thème de la santé et de la prévention sont prévus.

- Enfin, la multiplication des champs d'action (dépistage, santé dentaire, accès aux droits, information sur la santé…) qui permet une prise en charge plus globale et donc plus pertinente des personnes, nous oblige à repenser notre dispositif initial, qui était conçu comme une intervention unique, et à répartir les interventions sur plusieurs jours. Dans ce cadre plus large, la coordination des partenaires, toujours plus nombreux, et la planification des actions sur l'année apparait comme un nouveau défi.

CONCLUSION

Cette thèse a mis en évidence des taux de dépistage positif de l'hépatite B, de l'hyperglycémie et de l'hypertension artérielle systématiquement plus élevés au sein de la population des foyers que dans la population générale française. Elle confirme également, au travers de l'exemple du dépistage du cancer colorectal, que les campagnes de prévention nationales ne parviennent pas jusqu'aux populations les plus précaires. Concernant le VIH et l'hépatite C, l'effectif limité utilisé dans notre étude ne permet malheureusement pas de conclure.

Au cours de ce travail, nous avons constamment eu le souci de rattacher notre action au parcours de soin de droit commun, ce qui nous a permis de mieux cerner les problématiques de santé rencontrées par les migrants. Si certains obstacles imposent, par leur nature, une réponse plus globale et nécessairement politique (affiliation des bénéficiaires de l'AME au régime général, simplification des démarches administratives, sanction des refus de soins, limitation des dépassements d'honoraires…), il existe néanmoins un certain nombre de solutions pouvant être mises en place à l'échelle locale (dépistage et prévention ciblée, coordination des professionnels, cours de français langue étrangère, information sur le système de santé…).

Bien qu'elle rencontre les limites des problématiques nationales, cette action de proximité a permis des avancées concrètes en dépistant des pathologies plus fréquentes et en améliorant l'accès aux soins des résident des foyers du 13ème arrondissement de Paris.

Cette démarche s'inscrit dans une nouvelle approche de la médecine - et en particulier des soins primaires - que les américains appellent "community oriented primary care". Elle repose sur un réseau de soins primaires pérenne, accessible et coordonné, et place la responsabilité des professionnels de santé au-delà de leur patientèle en les considérant comme en charge d'un territoire. Elle consiste à repérer, à l'échelle locale, les groupes exclus du système de santé usuel afin d'examiner leurs besoins, de modifier l'offre de soins pour y répondre et enfin d'évaluer l'impact des actions menées [39].

Si notre intervention s'est focalisée sur les résidents des foyers de travailleurs migrants, il serait intéressant à l'avenir d'étendre ce mode d'action à d'autres populations fragiles du quartier comme les personnes âgées à domicile sans médecin traitant ou les personnes présentant des troubles psychiatriques…

BIBLIOGRAPHIE

1. BERCHET Caroline, JUSOT Florence. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (nº 172). Janvier 2012. 7 p.

2. STANOJEVICH Elodie Aïna. La santé des migrants. La santé de l'homme (nº392). Décembre 2007. p. 13-41.

3. Haut comité de la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Editions ENSP. Février 1998. p. 272-8.

4. DOURGNON Paul, JUSOT Florence, SERMET Catherine, SILVA Jérôme. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (nº146). Septembre 2009. 6 p. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes146.pdf

5. Médecins du monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. 2015. 153 p.

6. Comité pour la santé des exilés (COMEDE). La santé des exilés. 2014. 132 p. Disponible sur: http://docplayer.fr/5525447-Rapport-2014-du-comede-introduction-2.html

7. Atelier parisien d'urbanisme. Les foyers de travailleurs migrants à Paris. Etat des lieux en 2010 et inventaire des interventions sociales, sanitaires et culturelles. Septembre 2011. 86 p. Disponible sur: http://www.apur.org/sites/default/files/documents/APBROAPU537_0.pdf

8. Atelier parisien d'urbanisme. Les foyers de travailleurs migrants à Paris. Etat des lieux en 2010 et inventaire des interventions sociales, sanitaires et culturelles. Fiches descriptives par foyer. Septembre 2011. 215 p. Disponible sur: http://www.apur.org/sites/default/files/documents/APBROAPU538_02_0.pdf

9. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France. Direction générale de la santé. Septembre 2005. 10 p.

10. Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie. Bilharzioses. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2014. 25 p. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/bilharzioses/site/html/cours.pdf

11. ADOM H., GUERIN D., LE BRAS M. L'hématurie comme indicateur des bilharzioses urinaires en campagne de masse. A propos d'une enquête au Burkina-Faso. Médecine d'Afrique Noire. 1992;(39).

12. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prévention de la carie dentaire. Mars 2010. 26 p. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

13. DALTRA J.A.A., KUNST A.E., BORRELL C., BREEZE E. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. Int J Epidemiol. 4 janv 2005;34(2):316-26.

14. Institut de veille sanitaire. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010: caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. 2012. 8 p.

15. Institut de veille sanitaire. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Novemre 2011. 78 p.

16. GUIZE Louis et al. Diabetes and socio-economic deprivation. A study in a large French population. Bulletin De l'Académie Nationale De Médecine. déc 2008;192(9):1707-23.

17. VANDENHEEDE Hadewijch, DEBOOSERE Patrick, STIRBU Irina, AGYEMANG Charles. Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. Eur J Epidemiol. févr 2012;27(2):109-17.

18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé, Service évaluation des technologies, Service évaluation économique. Principes de dépistage du diabète de type 2. Février 2003. 159 p. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_rap_2003.pdf

19. COOPER R. The prevalence of hypertension in seven populations of west African origin. Am J Public Health. févr 1997;87(2):160-8.

20. GOMBET Thierry, STEINCHEN Olivier, PLOUIN Pierre-Francois. Maladie hypertensive des personnes nées en Afrique subsaharienne adressées à un service spécialisé : étude transversale comparative. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2007;191(8):1745-55.

21. Société Française d'Hypertension Artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Janvier 2013. 4 p. Disponible sur: http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHTA-2013-Prise-en-charge-HTA-de-lAdulte.pdf

22. Institut de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005. Mars 2007. 156 p. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//publications/2007/10ans_vih/rapport_vih_sida_10ans.pdf

23. DESGRÉES-DU-LOÛ Annabel et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV

acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Eurosurveillance. 19 nov 2015 ; 20(46). Disponible sur: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21311

24. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France - Modalités de réalisation des tests de dépistage. 2008. 17 p.

25. MEFFRE Christine et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. J Med Virol. avr 2010;82(4):546-55.

26. BOTTERO Julie, BOYD Anders, GOZLAN Joel, LEMOINE Maud, CARRAT Fabrice, COLLIGNON Anne, et al. Performance of rapid tests for detection of HBsAg and anti-HBsAb in a large cohort, France. J Hepatol. Mars 2013;58(3):473-8.

27. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la strategie de dépistage de l'hépatite B [Internet]. Juin 2016. 4 p. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/synthese_recommandation__place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_hepatite_b_2016-07-21_13-56-32_782.pdf

28. Haute Autorité de Santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Mars 2011. 33 p.

29. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Mai 2014. 104 p. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place_des_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_vhc-_rapport.pdf

30. CHEVALIEZ S., POITEAU L., ROSA I., SOULIER A., Roudot-Thoraval F, Laperche S, et al. Prospective assessment of rapid diagnostic tests for the detection of antibodies to hepatitis C virus, a tool for improving access to care. Clinical Microbiology and Infection. 1 mai 2016;Vol 22(5).

31. Institut de veille sanitaire. Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. 2013. 31 p. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Evaluation-epidemiologique-du-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-en-France

32. GOULARD Hélène, BOUSSAC-ZAREBSKA Marjorie, DUPORT Nicolas, BLOCH Juliette. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal, France, décembre 2006 - avril 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 13 janv 2009;(2-3):25-9.

33. GUIRAUDOU Cyrille, DUVERGER Maud. Action expérimentale pour l'amélioration de la prévention et du dépistage des cancers auprès des personnes migrantes en PACA. Juillet. 2008. 60 p.

34. L.I.D.E.R Diabète. Répartition de l'activité L.I.D.E.R Diabète en 2014. 2014. Disponible sur: http://liderdiabete.org/nos-actions-et-resultats/

35. Institut de veille sanitaire. Surveillance de l'hypertension artérielle en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 16 déc 2008;(49-50):477-92.

36. COMMODORE-MESAH Yvonne et al. Sex Differences in Cardiovascular Disease Risk of Ghanaian- and Nigerian-Born West African Immigrants in the United States: The Afro-Cardiac Study. J Am Heart Assoc. 2016;5(2).

37. TOURE Djénébma, Présidente de l'Association. Communiqué de presse de SOS Hépatites Mali. Bamako. Mars 2011.

38. Le Défenseur des Droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de la l'AME. [Internet]. Mars 2014. 47 p. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000204.pdf

39. LONGLETT Shirley, KRUSE Jerry, WESLEY Robert. Community-Oriented Primary Care : Historical Perspective. The Journal of the American Board of Family Medicine. févr 2001;14(1):54-63.

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche annonçant le parcours de dépistage

VENDREDI 12 FÉVRIER DE 16H À 20H

- ✓ Diabète
- ✓ Hypertension
- ✓ Cholestérol
- ✓ Hépatites (B et C)
- ✓ VIH
- ✓ Problème bucco-dentaire
- ✓ Tabac
- ✓ Cancer du colon
- ✓ Vaccins
- ✓ Autres problèmes de santé

GRATUIT ET ANONYME !

RÉSULTATS EN 30 MINUTES SUR PLACE

Médecins, infirmières, pharmaciens, médiateurs de santé, assurance maladie, viennent pour vous écouter, vous orienter et vous accompagner

SE SOIGNER EST UN DROIT POUR TOUS !

Pôle Santé Paris 13 · SOS hépatites Paris Ile-de-France · l'Assurance Maladie · PARIS · ADECA 75 Organisation du dépistage des cancers à Paris · ars Agence Régionale de Santé Ile-de-France · Assistance Publique Hôpitaux de Paris · coallia pour l'insertion, vers l'autonomie · corevih Ile-de-France - Centre

Annexe 2 : Fiche de recueil de données

Etiquette patient

Foyer …….. **Date de la visite : ……..**

Consentement du résident **Oui ☐** **Non ☐**

Année de naissance : …….. **Sexe** : M ☐ F ☐ **Pays d'origine** : ……

Date d'arrivée en France : ……/…… (mois/année)

Dernière classe suivie : Jamais été à l'école ☐ Ecole coranique ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur ☐

Communication orale en français *(selon l'intervenant)* Fluide ☐ Avec difficultés☐ Très difficilement ☐

Lecture / écriture du français *(déclarée par le patient)* oui ☐ un peu ☐ non ☐

Est-ce que vous travaillez actuellement ? Oui ☐ Non ☐

Dans ce foyer avez-vous un lit à votre nom ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà participé au dépistage avec l'équipe de la Pitié Salpêtrière ? Oui ☐ Non ☐
Si oui : dans ce foyer ☐ dans un autre foyer ☐ au CDAG ☐ Quand ? ……

Avez-vous déjà été testé pour le VIH ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
Si oui : Date du dernier test…… Avec le CDAG ☐ Avec une autre structure ☐

Avez-vous déjà entendu parler de l'hépatite B? Oui ☐ Non ☐
de l'hépatite C ? Oui ☐ Non ☐

Depuis que vous êtes en France avez-vous vu un médecin ? Oui ☐Non ☐

Depuis que vous êtes en France avez-vous déjà consulté un dentiste ? Oui ☐ Non ☐

Pour vous soigner, vous avez quelle couverture sociale ?
- sécurité sociale ☐ - sans mutuelle ☐- CMU ☐ - Mutuelle ☐
- Aide Médicale d'Etat ☐
- Pas de couverture sociale ☐

Tension artérielle : Systolique I _I _I _I Diastolique I _I _I _I Non fait ☐ Motif :……

Taille : ……cm Poids ……kg

Est-ce que vous fumez ? Oui ☐ Non ☐

Nom de l'intervenant : …… **Signature……**

Glycémie N °lot : Exp Date : RÉSULTAT : ……g/L Non fait ☐Motif :……

TROD VIH INSTI N kit : Ex Date : Fait ☐ : POSITIF NÉGATIF INVALIDE Non fait ☐Motif :……

TROD VHC N° lot : Exp Date : Fait ☐ : POSITIF NÉGATIF INVALIDE Non fait ☐Motif :…

TROD VHB N lot : Exp Date Fait ☐ : POSITIF NÉGATIF INVALIDE Non fait ☐Motif :...

Maladie bucco-dentaire oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

Projet de voyage dans l'année ? ☐ Date si possible …./……/……..

Pour les 50 – 74 ans : dépistage du cancer colorectal fait il y a moins de 2 ans ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

PATHOLOGIE DÉPISTÉE

☐ **Pathologie infectieuse**

	☐ **VIH**	☐**VHB**	☐ **VHC**
Pathologie connue ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Traitement prescrit ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Prise du traitement ?	Oui, sans oubli ☐ Oui avec oublis ☐ Non ☐ Motif…… ……	Oui, sans oubli ☐ Oui avec oublis ☐ Non ☐ Motif…… ……..	Oui, sans oubli ☐ Oui avec oublis ☐ Non ☐ Motif…… …….

☐ **Pathologie dentaire**

Depuis que vous êtes en France avez-vous déjà consulté un dentiste ? oui ☐ Quand ? …… non ☐

☐ **Pathologie médicale de ville**

	☐ **Hypertension (TA>150/100)**	☐**Hyperglycémie (>1,5g/l)**
Pathologie connue ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Traitement prescrit ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Prise du traitement ?	Oui, sans oubli ☐ Oui avec oublis ☐ Non ☐ Motif……	Oui, sans oubli ☐ Oui avec oublis ☐ Non ☐ Motif……

☐ **Dépistage CCR non à jour (>2 ans ou jamais fait)**

Est-ce que vous l'avez déjà reçu ? oui ☐ non ☐

Si oui, est-ce que vous l'avez déjà fait ? oui ☐ Quand ? …… non ☐ Pourquoi ? ……

☐ **Problème de couverture maladie :** Pas de couverture ☐ Couverture mais pas de mutuelle ☐

ORIENTATION

☐ CDAG Pitié Salpêtrière ☐ PASS de la Pitié ☐ Consultation voyage ☐ Assurance Maladie

☐ Médecin traitant ☐ Médecin du pôle ☐ Consult dentaire

NOM : …… PRÉNOM : …… Tel :…… N°chambre: ……

SUIVI à 3 semaines (Est-ce que vous avez pu voir un médecin ?)

☐ A vu un médecin ☐ N'a pas vu de médecin mais a pris rdv

☐ N'a pas vu de médecin, n'a pas pris rdv : Pourquoi ? ……

Annexe 3 : Courrier médecin Traitant

CeGIDD Pitié

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Pôle de
Santé
Paris 13

Paris, le …..../……/……

Cher confrère,

Le Pôle de Santé Paris 13 en partenariat avec le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit de la Pitié Salpêtrière organise un parcours de dépistage dans les foyers de travailleurs migrants du 13ème arrondissement. Ce programme est financé par l'ARS d'Ile-de-France.

Votre patient M. …….. a été vu dans ce cadre.

Vous trouverez ci-dessous les résultats de ce dépistage :

Statut sérologique

- VHB ☐ **positif** ☐ négatif
- VHC ☐ **positif** ☐ négatif
- VIH ☐ **positif** ☐ négatif

Glycémie capillaire : ……..… g/l

TA : ……../…….

Si > 50 ans : Dépistage du CCR ?

☐ Ne relève pas du dépistage (ATCD coloscopie < 5 ans, ATCD personnel de CCR ou de polype ou ATCD familial de CCR chez un parent ou la fratrie < 65 ans)

☐ Relève du dépistage :

☐ Dépistage il y a moins de 2 ans

☐ **Dépistage il y a plus de 2 ans**

Remarques spécifiques concernant le patient :

Exemple : Nous vous adressons ce patient car :
- il présente une hypertension artérielle
- il n'est pas à jour du dépistage du CCR.(NB : ce patient a des difficultés pour lire et écrire le français, des explications orales et le pré-remplissage de la fiche d'identification du kit sont donc nécessaires.)

Nous vous l'adressons donc avec ses résultats pour la continuité de la prise en charge

Très cordialement,

L'Équipe du Pôle de Santé du 13ème arrondissement
et du CeGIDD de la Pitié Salpêtrière

Annexe 4 : Courrier médecin du Pôle de Santé

Pôle de
Santé
Paris 13

CeGIDD Pitié

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Paris, le …..../……/……

Cher confrère,

Le Pôle de Santé Paris 13 en partenariat avec le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit de la Pitié Salpêtrière organise un parcours de dépistage dans les foyers de travailleurs migrants du 13ème arrondissement. Ce programme est financé par l'ARS d'Ile-de-France.

M. …….. a été vu dans ce cadre. **Il ne dispose pas de médecin traitant / référent, c'est la raison pour laquelle nous nous permettons de vous l'adresser** comme cela avait été convenu avec le Pôle.

Vous trouverez ci-joints les renseignements administratifs et les résultats du parcours de dépistage réalisé ce jour .

Merci d'avance,

Très cordialement,

L'Equipe du Pôle de Santé du 13ème arrondissement
et du CeGIDD de la Pitié Salpêtrière

FICHE PATIENT

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS
Nom : …….
Prénom : ……..
Date de naissance : ……/……../…….
Pays d'origine : ……..
Date d'arrivée en France : ……../……/…….

COUVERTURE MALADIE
- ☐ AME
- ☐ Couverture maladie de base uniquement (sécu sans mutuelle)
- ☐ CMUc
- ☐ Sécu + mutuelle

RÉSULTATS DU DÉPISTAGE

Statut sérologique

- VHB	☐ **positif**	☐ négatif
- VHC	☐ **positif**	☐ négatif
- VIH	☐ **positif**	☐ négatif

Glycémie capillaire : ……..… g/l

TA : ……../…….

Si > 50 ans : Dépistage du CCR ?
☐ Ne relève pas du dépistage (ATCD coloscopie < 5 ans, ATCD personnel de CCR ou de polype ou ATCD familial de CCR chez un parent ou la fratrie < 65 ans)
☐ Relève du dépistage :
- ☐ Dépistage il y a moins de 2 ans
- ☐ **Dépistage il y a plus de 2 ans**

Remarques spécifiques concernant le patient :

Exemple : Nous vous adressons ce patient car :
- il présente une hypertension artérielle
- il n'est pas à jour du dépistage du CCR.(NB : ce patient a des difficultés pour lire et écrire le français, des explications orales et le pré-remplissage de la fiche d'identification du kit sont donc nécessaires.)

Annexe 5 : Courrier PASS

CeGIDD Pitié

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Pôle de Santé Paris 13

Paris, le …..../……/……

Cher confrère,

Le Pôle de Santé Paris 13 en partenariat avec le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit de la Pitié Salpêtrière organise un parcours de dépistage dans les foyers de travailleurs migrants du 13ème arrondissement. Ce programme est financé par l'ARS d'Ile-de-France.

M. …….. a été vu dans ce cadre. **Il ne dispose pas de couverture maladie, c'est la raison pour laquelle nous nous permettons de vous l'adresser à l'issue de ce dépistage**.

Vous trouverez ci-joints les renseignements administratifs et les résultats du parcours de dépistage réalisé ce jour .

Merci d'avance,

Très cordialement,

L'Equipe du Pôle de Santé du 13ème arrondissement
et du CeGIDD de la Pitié Salpêtrière

FICHE PATIENT

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS
Nom : …….
Prénom : ……..
Date de naissance : ……./……../…….
Pays d'origine : ……..
Date d'arrivée en France : ……../……./…….

RÉSULTATS DU DÉPISTAGE

Statut sérologique

- VHB ☐ **positif** ☐ négatif
- VHC ☐ **positif** ☐ négatif
- VIH ☐ **positif** ☐ négatif

Glycémie capillaire : ……..… g/l

TA : ……../…….

Si > 50 ans : Dépistage du CCR ?

☐ Ne relève pas du dépistage (ATCD coloscopie < 5 ans, ATCD personnel de CCR ou de polype ou ATCD familial de CCR chez un parent ou la fratrie < 65 ans)

☐ Relève du dépistage :

☐ Dépistage il y a moins de 2 ans

☐ **Dépistage il y a plus de 2 ans**

Remarques spécifiques concernant le patient :

Plan d'accès à la PASS de la Pitié

Élaboration, réalisation et évaluation d'un parcours de dépistage dans deux foyers de travailleurs migrants du 13ème arrondissement de Paris

Objectif : Le but de notre travail était de concevoir un parcours de dépistage s'adressant aux résidents des foyers de travailleurs migrants puis d'en évaluer les résultats par une étude quantitative descriptive.

Matériel et Méthode : Deux foyers parisiens du 13ème arrondissement ont chacun bénéficié de deux interventions de dépistage entre décembre 2015 et juillet 2016. Il a été réalisé pour chaque résident des tests rapides VIH, VHB et VHC, une mesure de la glycémie capillaire et de la pression artérielle. De plus nous avons identifié les personnes de plus de 50 ans relevant du dépistage du cancer colorectal. Les résultats ont été annoncés par un médecin et les cas positifs ont été adressés aux structures de droit commun du quartier avant d'être recontactés au bout de quatre semaines.

Résultat : 184 personnes ont été dépistées (28% d'entre elles n'avaient aucune couverture sociale). Le dépistage a révélé : 14% de VHB+, 0 VHC+, 0 VIH+, 14% d'hyperglycémies, 21% d'HTA. 84% des 50 personnes de plus de 50 ans n'avaient jamais réalisé le test de dépistage du CCR. D'autre part, 40% des résidents rapportaient un problème bucco-dentaire. 74% des résidents orientés ont pu être recontactés après quatre semaines. Parmi eux 62% avaient effectivement consulté.

Conclusion : Hors VIH et VHC, le taux de dépistage par pathologie était systématiquement supérieur à celui retrouvé dans la population française. Ce travail s'inscrit dans une démarche de "community oriented primary care" consistant à repérer à l'échelle locale les groupes exclus du système de santé usuel, à examiner leurs besoins, modifier l'offre de soins pour y répondre et évaluer l'impact des actions menées.

Mots-clés : migrants, Afrique subsaharienne, Mali, foyers de travailleurs migrants, dépistage, dépistage communautaire, soins primaires, soins primaires orientés vers la communauté, initiative locale, VIH, hépatite B, hépatite C, hyperglycémie, diabète, hypertension artérielle, cancer colorectal, santé bucco-dentaire, couverture santé, accès aux soins, Permanence d'accès aux soins de santé.

Conception, performance and assessment of a screening intervention in two Parisian immmigrant hostels

Objective : The aim of this work was to develop a screening intervention targeting residents of Parisian immigrant hostels, and then to assess the results using a descriptive and quantitative study.

Methods : The intervention was performed twice in two immigrant hostels located in the 13th district of Paris between December 2015 and July 2016. The following tests were performed on each willing participant : rapid diagnostic tests for HIV and Hepatitis C and B, capillary glycemia and blood pressure measurement. Furthermore we have identified people over 50 requiring a screening test for colorectal cancer. The results were announced by a doctor. In case of positive result the resident was adressed to a relevant local primary care structure and called back four weeks after.

Results : 184 people have been tested (among them 28% didn't have any social security). The screening results were : 14% of BHV+, 0 CHV+, 0 HIV+, 14% of hyperglycemia, 21% of high blood pressure. 84% of people over 50 had never done a colorectal cancer screening test. Moreover, 40% of the residents reported suffering from dental issues. We have been able to follow 74% of the oriented residents after four weeks. Among them, 62% had attended a medical consultation.

Conclusion : Apart from HIV and CHV, our screening rate was systematically higher than the rate found in the French population. This work is part of a new medical approach called "community oriented primary care" which focuses on groups excluded from the common health care system. It consisted in considering their needs, modifying the health care facilities in order to meet those needs and assess the impact of such an intervention.

Keywords (english) : migrants, Subsaharian Africa, Mali, immigrant hostels, screening, community screening, primary care, community oriented primary care, local initiative, HIV, Hepatitis C, Hepatitis B, hyperglycemia, diabetes, high blood pressure, colorectal cancer, oral health, social security, social coverage, primary care access.

Université Paris Descartes - Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine, 75270 Paris cedex 06