



HAL
open science

Parcours de soin des enfants pris en charge par le service de PASS pédiatrique du CHU de Bordeaux de février 2017 à février 2018

Alice Trifard

► **To cite this version:**

Alice Trifard. Parcours de soin des enfants pris en charge par le service de PASS pédiatrique du CHU de Bordeaux de février 2017 à février 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02100899

HAL Id: dumas-02100899

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100899>

Submitted on 16 Apr 2019

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.

**Parcours de soin des enfants pris en charge par le
service de PASS pédiatrique du CHU de Bordeaux, de
février 2017 à février 2018**

Alice Trifard

► **To cite this version:**

Alice Trifard. Parcours de soin des enfants pris en charge par le service de PASS pédiatrique du CHU de Bordeaux, de février 2017 à février 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02100899

HAL Id: dumas-02100899

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100899>

Submitted on 16 Apr 2019

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 de Bordeaux
U.F.R Des sciences médicales

Année 2019

Thèse n°28

Thèse pour l'obtention du
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 6 mars 2019 par

Alice TRIFARD

Née le 16 Mai 1988 à Paris (14e)

**PARCOURS DE SOIN DES ENFANTS PRIS EN CHARGE
PAR LE SERVICE DE PASS PEDIATRIQUE DU CHU DE
BORDEAUX, DE FEVRIER 2017 A FEVRIER 2018**

Directeur de thèse
Docteur Pascal Pillet

Membres du Jury

Pr Fabrice Bonnet

Pr Jérôme Harambat

Dr Stéphane Ducassou

Dr Annie Burbaud

Dr Etienne Goisque

Dr Leïla El Gourari-Miaz

Juge et Président

Juge et Rapporteur

Juge

Juge

Juge

Juge

REMERCIEMENTS

A monsieur le professeur Fabrice Bonnet : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, chef de service de médecine interne et maladies infectieuses. Hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez croire en mon profond respect.

A monsieur le professeur Jérôme Harambat : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, responsable d'unité, service de néphrologie pédiatrique. Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux. Centre de recherche de l'INSERM.

Je vous adresse mes sincères remerciements pour avoir accepté de rapporter et de juger ce travail. Je vous suis très reconnaissante pour votre réactivité, vos retours et vos encouragements.

A monsieur le docteur Stéphane Ducassou : Maître de conférence des Universités, Praticien Hospitalier, service d'hématologie et oncologie pédiatrique. Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux.

Vous avez volontiers accepté d'examiner et de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A madame le docteur Annie Burbaud : Médecin référent Pôle Prévention et Promotion de la santé. Direction de la santé publique. Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail, j'en suis très reconnaissante.

A monsieur le docteur Etienne Goisque : Médecin pédiatre. Praticien Hospitalier. Service des urgences et post-urgences pédiatriques. Médecin référent PASS pédiatrique. Hôpital des enfants. CHU de Bordeaux.

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury et de m'avoir aidée et conseillée tout au long de l'élaboration de ce projet. Merci pour ta confiance et ta bienveillance envers moi lorsque j'étais ton interne. Toi et l'équipe de la PASS faites un travail extraordinaire, j'espère pouvoir en donner un aperçu par cette thèse.

A madame le docteur Leïla El Gourari-Miaz : Médecin pédiatre. Chef de clinique assistante. Service d'hématologie et oncologie pédiatrique. Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux.

Apprendre en compagnonnage avec toi lorsque j'étais interne a été un vrai bonheur. Tu es une merveilleuse personne et un merveilleux médecin et je suis honorée de te compter parmi les membres du Jury aujourd'hui.

A monsieur le docteur Pascal Pillet : Médecin pédiatre. Praticien Hospitalier. Service des urgences et post-urgences pédiatriques. Hôpital des enfants, CHU de Bordeaux.

Merci de m'avoir fait confiance pour réaliser cette thèse dont l'écriture bien que parfois fastidieuse m'a réellement passionnée. Merci également pour tout ce que vous m'avez enseignée lors de mon passage dans votre service en tant qu'interne. Ecrire cette thèse sous votre direction est pour moi la meilleure manière possible de clôturer mes études.

A l'équipe de la PASS pédiatrique :

A Thierry Balihaut : puériculteur PASS pédiatrique. Merci pour ta disponibilité et ton aide pour cette thèse. Tu peux être fier du travail que tu réalises à la PASS. Malgré les conditions et les situations parfois difficiles tu restes d'une éternelle énergie. J'en suis très admirative.

A Aurélie Hubert : assistante sociale PASS pédiatrique. Merci pour ta douceur et tes encouragements et bravo pour le travail que tu accomplis au quotidien.

Au docteur Remi Laporte :

Merci de m'avoir permis d'assister à la consultation PASS pédiatrique au CHU de Marseille. Cela a été extrêmement enrichissant et nos échanges m'ont beaucoup aidée à avancer dans la réflexion. Merci à Asma de nous avoir mis en contact.

Aux personnes qui m'ont aidée dans ce travail :

A Juliette Ambrosini sans qui je n'aurais pas pu faire grand chose. A Nicolas Noël sans qui je n'aurais jamais maîtrisé Excel. A Laura Haïk pour nos séances de recueil de données et pour savoir me pousser quand il le faut. A Jill Trifard pour l'anglais. A Justine et à Etienne pour la mise en page.

Aux relecteurs et correcteurs : Lucie, Margaux, Hélène, Altéa, Clara, Pauline, Marie, Virginie et Clément.

A toutes les personnes qui m'ont encouragée et conseillée.

Aux personnes qui ont accompagné ma formation :

A tous les professeurs, les médecins et les équipes qui m'ont enseigné leur métier avec bienveillance et soutien.

Une pensée particulière pour le Dr Vivier et le Dr Pons qui m'ont enseigné une médecine générale de grande qualité et pour le service des urgences et post-urgences pédiatriques car j'ai rarement autant appris et pris plaisir à apprendre que lors de mon stage dans votre service. Merci pour votre pédagogie.

Aux membres du service de neurologie de l'Hospital Italiano de Buenos Aires pour m'avoir accueillie avec tant de générosité, et m'avoir fait découvrir une médecine différente et tout aussi performante.

A tous les soignants et soignantes que je ne pourrais tous citer, qui par leur professionnalisme, leur force mentale et leur humanisme m'ont montré et me montrent l'exemple à suivre.

A mes cointernes notamment ceux des urgences pédiatriques sans qui l'hiver aurait été bien plus rude, à David et à Hélène qui m'ont tant de fois épaulée et faite rire.

A l'équipe d'internes et de remplaçants de l'île d'Yeu : pour la qualité du travail et de l'après travail.

Aux patients pour qui toutes les difficultés de l'exercice prennent sens.

A mes proches :

A mes parents : merci pour l'amour et le soutien que vous me donnez depuis toujours. Je n'en serais pas là sans vous.

A ma mère : merci pour tout ce que tu fais pour nous au quotidien, ce que l'on voit et ce que l'on ne voit pas. Allier la vie de femme, de mère et de médecin est un réel challenge et ça l'était encore plus pour ta génération que pour la mienne. Bravo et merci.

A mon père : merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir toujours dit que j'étais capable de tout même quand ce n'était pas vrai. Cela a parfois été une pression, mais surtout un moteur dans tous les domaines de ma vie.

A ma sœur et à mon frère : vous êtes le plus beau cadeau qu'on ne m'ait jamais fait et vous savez à quel point j'aime les cadeaux. J'espère que notre complicité durera toujours. Vous avoir vu grandir et voir les adultes que vous êtes aujourd'hui est une joie de tous les jours.

A ma famille :

A mes quatre grands-parents, mes oncles, mes tantes, mes cousins. Nous formons un ensemble soudé de personnalités incroyables qui m'apporte énormément et avec lequel on ne s'ennuie jamais. Vous pourrez toujours compter sur moi. Ceux qui ne sont plus là, je ne vous oublie pas.

A Perrine et Nicolas : merci de rendre mon frère et ma sœur heureux et d'apporter de beaux éléments à cette équipe.

A Tonton et Tata : pour avoir fait de nous vos petits-enfants de cœur.

A Jules : tu nous manques. Merci pour tout ce qu'on a partagé.

Aux Rosaires et à tous les rosariens qui ont participé à cet univers merveilleux dans lequel j'ai grandi. Vous êtes aussi ma famille.

A mes amis :

Vous faites partie de la personne que je suis aujourd'hui, vous m'avez tellement fait grandir. Merci pour votre loyauté inébranlable même quand j'étais occupée, même quand j'étais loin. Merci d'avoir toujours été présents quand j'ai eu besoin de vous, merci pour tous les rires, pour toutes les fêtes. Merci pour tout !

A Clara mon acolyte de toujours : pour m'entraîner dans toutes tes aventures et me suivre dans les miennes.

A Lucie, Delphine, Solène et Justine : Il me faudrait un livre ici. Merci pour ces 17 années d'amitié et celles qui viennent.

A Steph, Margaux, Fanny, Lucie : pour réussir à me faire à rire de tout, tout le temps et de rien aussi. Pour toutes ces vacances incroyables d'une île à l'autre.

A Jeanne, Thomas et Alex : depuis Zaragoza vous m'avez fait parcourir les quatre coins de la France et de l'Espagne pour vous retrouver. Il nous reste encore plein d'endroits à visiter et de cartes à jouer.

A Suzie pour ton amitié qui traverse les années et les kilomètres. A Mathias et toi pour votre générosité et votre capacité à réunir les gens.

A Claire, Pauline, Marie: pour tout ce thé bu à refaire le monde sur la côte ouest, pour votre vision perspicace sur tant de choses.

A Lisa et à Camille qui sont loin mais toujours présentes.

A la vieille équipe rennaise qui a vécu le commencement : Lucie, Margaux, Damien, Paul, David, Stéphanie et à Leslie et Julie.

Aux nouveaux arrivant dans ma vie Aquitaine :

A Laura pour ton soutien, tes réflexions et ton humour incomparables.

A David pour m'avoir écoutée beaucoup et à Amandine pour la même raison.

A Virginie, Altéa et Elodie pour ces deux années de folie.

A Axel, Marion, Florent, Boris, Asma pour ces colocations et moments de vie partagés mémorables.

A Georges, Célia, Clément, Lucie, Florian, Nathalie, Damien et tous les autres qui ponctuent ma vie depuis quatre ans.

Vous avez ensoleillé mon internat plus que ne l'a fait le climat bordelais. J'espère garder ces rayons avec moi pour longtemps.

Table des matières :

I. INTRODUCTION.....	9
1. PRECARITE ET PEDIATRIE.....	9
a. <i>Quelques chiffres sur la situation épidémiologique en France</i>	9
b. <i>Les inégalités sociales de santé</i>	11
c. <i>Particularités des enfants migrants</i>	12
2. PRECARITE ET PARCOURS DE SOIN.....	14
a. <i>Les inégalités de besoin de soins</i>	14
b. <i>Les inégalités d'accès aux soins</i>	18
c. <i>Les inégalités de recours aux soins</i>	19
3. PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS).....	21
a. <i>Législation et dispositif</i>	21
b. <i>La PASS pédiatrique du CHU de Bordeaux</i>	22
4. OBJET DE L'ETUDE.....	27
II. MATERIEL ET METHODE	28
1. TYPE D'ETUDE.....	28
2. MODALITES DU RECUEIL :	29
3. TRAITEMENT DES DONNEES :	29
4. ASPECT ETHIQUE :	29
III. RESULTATS.....	30
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	30
a. <i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	30
b. <i>Origine géographique et durée de séjour en France</i>	31
c. <i>Situation administrative</i>	32
d. <i>Santé des enfants lors du premier contact</i>	33
e. <i>Suivi médical avant prise en charge par la PASS</i>	34
2. OBJECTIF PRINCIPAL : DESCRIPTION DU PARCOURS DE SOIN.....	35
a. <i>Entrée dans le réseau PASS</i>	35
b. <i>Prise en charge par la PASS</i>	36
c. <i>Passages aux urgences pédiatriques</i>	40
d. <i>Sortie du réseau PASS</i>	41
3. OBJECTIFS SECONDAIRES :.....	42
a. <i>Motifs de consultation aux urgences des enfants de la PASS pédiatrique</i>	42
b. <i>Consultations multiples aux urgences pédiatriques</i>	43
IV. DISCUSSION	44
1. LA METHODOLOGIE.....	44
2. SYNTHESE DES RESULTATS :	44
a. <i>Population de l'étude</i>	44
b. <i>Parcours de soin</i>	46
3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE :	53
4. PERSPECTIVES.....	54
V. CONCLUSION	56
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	57

Figures et tableaux

Figures

Figure 1 : Obstacles au recours aux soins	20
Figure 2 : Réseau précarité de l'agglomération bordelaise centré autour de la PASS pédiatrique	25
Figure 3 : Origine géographique des enfants de nationalité étrangère (n=234)	31
Figure 4 : Durée de séjour en France des enfants au premier contact PASS (n=237)	32
Figure 5 : Types de pathologies chroniques présentées par les enfants au début de la prise en charge (n=66).	33
Figure 6 : Type de suivi médical avant la prise en charge PASS (n=237).	34
Figure 7 : Mode d'entrée des enfants dans le réseau PASS : comparaison des 3 premiers et 3 derniers mois de l'année d'étude	35
Figure 8: Répartition des intervenants vers qui les enfants ont été adressés à la fin de la prise en charge	41

Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée (n=237).....	30
Tableau 2 : Dépistages effectués au cours de la prise en charge par la PASS (n=237).....	38
Tableau 3 : Nombre de passages aux urgences pédiatriques des enfants avant et après le début de leur prise en charge par la PASS pédiatrique (n=237)	40
Tableau 4 : Nombre de passages aux urgences pédiatriques des enfants après leur prise en charge par la PASS parmi les primo-arrivants sur le territoire français (n=177)	40
Tableau 5 : Motifs de consultations aux urgences pédiatriques (n=731)	42

Liste des abréviations

ADA : allocation pour demandeurs d'asile
ADF : assemblée des départements de France
AME : aide médicale d'état
ARS : agence régionale de santé
ASE : aide sociale à l'enfance
CADA : centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAMPS : centre d'action médico-sociale précoce
CASO : centre d'accueil de soins et d'orientation (médecins du monde)
CCAS : centre communal d'action sociale
CHU : centre hospitalier universitaire
CLAT : centre de lutte antituberculeuse
CMU-C : complémentaire couverture maladie universelle
CNIL : commission nationale informatique et libertés
DU : diplôme universitaire
ETP : équivalent temps plein
IPDE : infirmier(e) puériculteur diplômé d'état
IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état
IDR : intradermoréaction à la tuberculine
ISS : inégalités sociales de santé
MDM : médecins du monde
MDSI : maison départementale de la solidarité et de l'insertion
MNA : mineur non accompagné
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PMI : protection maternelle et infantile
PRAPS : programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins
PUMA : protection universelle maladie
SDF : sans domicile fixe
TROD : tests rapides d'orientation diagnostique
UE : union européenne
VHB : virus de l'hépatite B
VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
ZEP : zone d'éducation prioritaire

I. Introduction

La précarité peut être définie comme une vulnérabilité ou une perte de sécurité due à un ensemble de facteurs ou d'évènements fragilisants, individuels et sociétaux, qui peuvent être d'ordre économique, social, sanitaire ou familial. Si l'absence de ressources financières y trouve une place importante, l'isolement et la fragilité psychique aussi. C'est une notion dynamique qui peut évoluer soit vers une aggravation, soit vers une amélioration, c'est pourquoi nous parlons de personnes en « situation de précarité ».

1. Précarité et pédiatrie

a. Quelques chiffres sur la situation épidémiologique en France

Selon l'INSEE en 2015 : 2,8 millions d'enfants vivaient sous le seuil de pauvreté en France métropolitaine soit en dessous de 60% du revenu médian de la population (1015 euros) (1). Cela correspondait à 19,9% des mineurs. Cette proportion variait en fonction de la taille des familles et du niveau d'activité des parents atteignant 56,5% chez les enfants ayant plus de trois frères et sœurs et 80,7% dans les familles monoparentales en l'absence d'emploi.

Le centre de recherche de l'UNICEF estime qu'en France 31% des enfants sont soumis à des privations dans au moins deux domaines parmi la nutrition, les vêtements, les ressources éducatives, les activités récréatives, l'intégration sociale, l'accès à l'information et la qualité du logement (2). Il a comparé les inégalités de bien-être entre les enfants des pays riches et placé la France en relativement bonne position pour ce qui est des inégalités de revenus, mais dans le dernier tiers du classement en matière d'éducation, de santé et de niveau de satisfaction de la vie (3).

Plus de 10% des enfants français vivent dans des logements surpeuplés. Cela augmenterait de 1,4 fois la probabilité d'échec scolaire également fortement corrélée à la situation socioéconomique des parents. Les enfants les plus pauvres monétairement ont également des modes de garde différents et pratiquent moins d'activités et favorisant la socialisation et la santé. Ils passent plus de temps devant les écrans et moins à jouer en collectivité (4).

A l'extrême, les situations de grande précarité sont également loin d'être marginales. Les services d'hébergement d'urgence autrefois surtout sollicités par des hommes isolés sont désormais surchargés de demandes provenant de familles accompagnées de jeunes enfants (5). En 2015, il était estimé que 31000 enfants étaient sans domicile et 9000 vivaient dans des bidonvilles en France (6). On dénombre 539 bidonvilles et grands squats sur l'ensemble du territoire (7). Ces familles en situation de grande précarité sont dominées par les populations migrantes. Selon le rapport de l'observatoire de médecins du monde en 2016, les CASO ont accueilli 43286 personnes dont 22,2% étaient mineures et 79,1% des personnes migrantes (8).

L'étude ENFAMS (enfant et famille sans logement) réalisée par l'observatoire du Samu social de Paris en 2013 illustre bien ce que représente la précarité pour ces familles privées de logement. Elle estimait que les enfants représentaient près d'un quart de la population sans domicile fixe en Ile-de-France soit 17660 enfants. Parmi eux, 41% des enfants devaient partager le même lit qu'un de leur parent et vivaient dans des logements insalubres, 29% ne disposaient pas de sanitaires, plus d'une famille sur 5 ne disposait pas de quoi cuisiner. Un enfant sur dix n'était pas scolarisé. Une famille sur 5 n'avait aucune ressource financière, 18% des parents avaient un emploi, 15% des parents avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. La période sans domicile était de 2,9 ans en moyenne. Près de 2/3 des enfants souffraient d'insécurité alimentaire. Pour ceux arrivés en France depuis moins d'un an les chiffres atteignaient 96% d'insécurité alimentaire (9). Pour mémoire, la sécurité alimentaire est définie par la disponibilité, l'accès, la stabilité et l'utilisation appropriée de la nourriture.

Ces chiffres reflètent que la précarité dans notre pays bien que peu visible, reste très présente. Les inégalités sont également marquées en matière de santé.

b. Les inégalités sociales de santé

Définition

Les inégalités sociales de santé (ISS) correspondent aux défauts de santé de certains individus dus à des facteurs économiques et sociaux, et non pas à des particularités individuelles ou biologiques. En effet, il est décrit et reconnu que l'état de santé global d'une personne évolue selon un gradient relatif à son appartenance à une catégorie sociale. Cette observation concerne l'ensemble des domaines de la santé, des facteurs de risque aux résultats des soins. Ce phénomène ne concerne donc pas seulement les personnes en situation de grande précarité même s'il est plus évident chez elles. Pour toutes les catégories sociales de la population, le niveau de morbidité est plus élevé dans une catégorie que dans celle située immédiatement au-dessus.

Les ISS dépendent de multiples facteurs socio-environnementaux interdépendants tels que le logement, les conditions matérielles, l'éducation, l'accès à l'emploi des parents, la langue, l'accès aux soins et à la prévention...

A titre d'exemple, l'écart entre l'espérance de vie d'un diplômé du supérieur et d'un non diplômé est de 7,5 ans chez les hommes et de 4,2 ans chez les femmes et cela se maintient depuis les années 70 malgré l'augmentation de l'espérance de vie globale de la population (10).

Lisser ces inégalités représente à la fois un impératif éthique et une nécessité de santé publique. C'est un des grands objectifs que s'est fixée l'organisation mondiale de la santé (OMS) (11).

Particularités pédiatriques

Chez l'enfant, les ISS sont présentes dès la période prénatale et se creusent au cours de l'enfance, période de vulnérabilité importante. Cela a pour conséquence des répercussions sur le développement physique et mental des enfants. Or un mal être, une souffrance physique ou psychique à cet âge peuvent être responsables d'attitudes de repli, de comportements inadaptés ou de difficultés d'acquisition, responsables à leur tour de

problèmes de santé à l'âge adulte mais aussi de difficultés sociales. Cela accroît donc à nouveau les inégalités de santé dans un phénomène de cercle vicieux qui risque de surcroît d'être transmis de génération en génération (12)(13).

Chez l'enfant il est donc particulièrement important de connaître les paramètres induisant ces inégalités. Bien qu'ils ne soient pas tous à portée d'action du soignant, ils sont à prendre en compte pour appréhender la situation dans sa globalité et accompagner au mieux les parents dans leur parentalité et leurs démarches de santé.

c. Particularités des enfants migrants

En pleine crise migratoire européenne, leur nombre ne cesse d'augmenter et une nouvelle population particulièrement vulnérable puisqu'en situation de grande précarité émerge : celle des mineurs non accompagnés (MNA). Ils constituaient presque un quart des enfants ayant consulté dans les CASO en 2016 (7). Leur nombre croît de manière exponentielle, dépassant ainsi largement les capacités d'accueil des conseils départementaux et de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Ils étaient 4000 à être pris en charge par les conseils départementaux en 2010, 13000 en décembre 2016 et estimés à plus 25000 fin 2017 par l'assemblée des départements de France (ADF) (14).

Bien décrit chez les adultes mais peu chez les enfants, l'effet immigrant en bonne santé « healthy migrant effect » stipule que les étrangers et immigrés récemment arrivés dans le pays d'accueil aient globalement un meilleur état de santé que les populations de leur pays d'origine et de leur pays d'accueil. Cela serait dû à un phénomène d'autosélection afin de pouvoir affronter les difficultés de la migration et travailler dans le pays d'accueil (15). En Europe il est de moins en moins marqué, probablement car les migrations d'ordre économiques diminuent et laissent la place à des migrations liées à l'asile politique et au rapprochement familial. De plus, ce phénomène s'atténue puis s'inverse au cours du séjour sur le territoire d'accueil en raison des conditions de vie, de l'isolement et des conditions de travail difficiles (16)(17)(18). Les nombreux demandeurs d'asile dont les demandes sont

rejetées ou en cours n'ont pas le droit de travail, ce qui leur ferme l'accès à des ressources financières et à une intégration sociale accentuant cette précarisation progressive.

Les enfants migrants quant à eux sont plus sujets à souffrir de pathologies spécifiques avec au premier plan toutes les pathologies dues aux conditions de vies précaires (19) qui seront détaillées par la suite. Ensuite, les maladies infectieuses sont plus fréquentes dans la population migrante en lien avec une prévalence plus élevée dans les pays d'origine mais aussi avec les conditions de vie lors du parcours migratoire et lors du séjour dans le pays d'accueil. On peut citer la tuberculose, les pathologies tropicales telles que le paludisme, la bilharziose ou l'anguillulose, les infections virales comme les hépatites et le VIH, la syphilis et les parasitoses digestives. Quelques pathologies non transmissibles ont aussi une prévalence plus importante chez certaines ethnies migrantes comme les hémoglobinopathies dans les populations d'origine sub-saharienne (19).

Enfin, il y a les pathologies psychiques, conséquences des parcours de vie traumatiques, de l'exil, de la perte de proches, des séparations familiales ou encore des conditions de vies sur le sol français. Pour citer quelques chiffres, plus de 60% des personnes accueillies dans les CASO ont été séparées d'un ou plusieurs de leurs enfants mineurs (8). Plus de 60% des personnes migrantes ont connu des violences, 14% des tortures et 13% des violences de genre (20)(21). De plus, elles souffrent souvent d'une forte exclusion sociale. Beaucoup n'ont aucun réseau social fiable (8). Ainsi, les enfants migrants sont particulièrement sujets aux troubles psychiques graves tels que les syndromes de stress post traumatique ou les syndromes dépressifs ou psychotiques. Lors des périodes de vulnérabilité comme la grossesse et la période périnatale, ces douleurs se trouvent renforcées et peuvent altérer les interactions précoces parent-enfant (19).

Toutes ces affections rencontrées sont souvent à des stades plus avancés que dans la population générale car les enfants ont bénéficié de peu de soins et de dépistages dans leurs pays d'origine comme au cours de leur migration.

A la lumière de tous ces éléments on comprend que les prises en charge de ces enfants doivent être médico-sociales, pluridisciplinaires et correctement coordonnées.

2. Précarité et parcours de soin

La notion de parcours de soin désigne l'ensemble des interventions professionnelles de prévention, de soin et d'accompagnement qui articulées entre elles, permettent à la fois une harmonisation des pratiques, une minimisation des risques et une personnalisation des prises en charges.

Les personnes en situation de précarité, bien qu'ayant globalement un état de santé moins bon, ont un recours aux soins moins important, plus tardif et différent de celui de la population générale. Lors de l'étude ENFAMS (22), 30% des familles déclaraient avoir renoncé à voir un médecin généraliste, et 45% un médecin spécialiste. Lorsqu'elles consultaient c'était plus souvent à l'hôpital qu'en cabinet de ville avec des recours parfois inadaptés et répétés aux urgences. Dans les CASO, 46% des patients reçus en consultation présentent un retard de recours aux soins (23). Alors que selon la loi et la déontologie, toute personne devrait pouvoir prétendre à des soins adaptés. Comment expliquer une telle disparité ?

De nombreux obstacles rendent difficile pour les usagers l'utilisation adaptée des services de soins disponibles de manière proportionnelle à leurs besoins et les inégalités se situent à tous les niveaux et à toutes les étapes de leurs parcours.

a. Les inégalités de besoin de soins

Elles sont de deux ordres: une différence de prévalence des pathologies et une différence de perception des besoins de santé. De plus, la carence de suivi médical entraîne un défaut de dépistage et de prévention.

Les conditions de vie précaires exposent à de nombreuses pathologies

- Périnatalité

Le gradient social est présent dans les modalités de suivi de grossesse, dans les taux de prématurité, de faible poids de naissance et notamment dans les départements d'outre-mer, de mortalité infantile (12).

- *Troubles sensoriels*

Les troubles visuels sont plus fréquemment dépistés chez les élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez ceux scolarisés hors ZEP et dans les établissements privés, probablement du fait d'un défaut de dépistage antérieur (24)(25).

- *Apprentissages*

Les troubles du langage écrit ou oral, les dyscalculies, et les troubles psychomoteurs sont influencés par le contexte socio-économique (26)(27).

- *Accidents de la vie courante*

Première cause de décès chez les enfants en France, ils sont surreprésentés dans les populations les plus pauvres, surtout pour les plus jeunes enfants. L'écart de risque peut varier de 1 à 5. Les dangers sont liés à l'aménagement de l'habitat, à la surpopulation, à l'exiguïté des logements et parfois à des addictions parentales. Les brûlures, les intoxications et les chutes prédominent (28).

- *Asthme et viroses à répétition*

Elles entraînent des hospitalisations plus fréquentes et plus longues. Leurs causes recensées sont les logements humides mal isolés et surpeuplés, et parfois le tabagisme passif. L'asthme est plus fréquent, plus sévère et moins bien contrôlé en cas de troubles psycho-sociaux qui constituent un facteur de risque d'asthme aigu grave (29).

- *Obésité*

Bien qu'en augmentation dans toutes les catégories sociales, les personnes les plus pauvres sont les plus exposées à l'obésité (4)(30)(31). En CM2, 21,5% des enfants d'ouvriers sont en surpoids et 5,5% sont obèses contre respectivement 12,7 et 1,4% chez les enfants de cadres (25). Ces différences sont en lien avec une consommation importante de boissons sucrées et

moins de fruits et légumes, l'absence de prise de petit-déjeuner, la station prolongée devant les écrans et le temps de sommeil insuffisant.

- *Santé bucco-dentaire*

En lien avec l'alimentation sucrée et le faible recours aux consultations préventives, il existe une forte disparité sociale dans la santé bucco-dentaire. 4% des enfants de cadres ont une carie non soignée contre 23% des enfants d'ouvriers (32).

- *Saturnisme*

Sa cause principale est la vie en logements insalubres. Les tuyauteries et peintures au plomb sont présentes dans bâtiments construits avant 1948. Le plomb traverse la barrière hémato-placentaire et passe dans le lait maternel (33)(34).

- *Carences martiales*

Elles sont liées à des carences d'apport. Une vigilance particulière est à porter aux enfants prématurés et à ceux nourris par allaitement maternel exclusif, et plus tard par lait de vache non supplémenté (35). Elles sont aggravées par d'autres facteurs de précarité comme les parasitoses digestives, les infections à *Helicobacter pylori*, les infections répétées, ou encore le saturnisme.

- *Gale*

Touchant toutes les classes sociales, elle est plus fréquente chez les populations précaires et favorisée par la promiscuité (36). Elle est très répandue dans les squats et les camps.

- *Couverture vaccinale*

Paradoxalement, la couverture vaccinale est parfois plus importante dans les milieux socio-économiques faibles du fait de leur suivi par la PMI qui met l'accent sur la prévention (12) (37). Cependant les enfants en situation de grande précarité sont insuffisamment vaccinés alors qu'ils sont les plus exposés aux pathologies infectieuses desquelles les vaccins devraient les protéger.

Les besoins de soins sont perçus plus tardivement par les populations précaires

Plusieurs facteurs entraînent une perception tardive des besoins de soins. Les personnes démunies parfois par défaut de connaissance médicale, mais surtout car elles présentent d'autres préoccupations quotidiennes plus prioritaires, retardent leurs recherches de soins. Par exemple, les personnes sans abri privilégieront leurs besoins primaires comme dormir et manger avant de se soucier de leur santé.

D'autre part, les parcours de vie particulièrement difficiles des personnes peuvent entraîner chez elles un manque d'estime d'elles-mêmes et une image négative de leurs corps qui impactent sur leur capacité à prendre soin d'elles et donc à rechercher des soins. Cela est beaucoup moins vrai en ce qui concerne la santé de leurs enfants mais le parent doit tout de même disposer d'une disponibilité psychique minimale pour être sensible aux manifestations pathologiques de son enfant.

b. Les inégalités d'accès aux soins

Une fois le besoin de soin perçu, les patients sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins.

Les personnes migrantes récemment arrivées sur le territoire français, méconnaissent souvent leurs droits ainsi que les structures délivrant les soins et leur fonctionnement. Elles se heurtent à la complexité des démarches administratives d'autant plus si il existe une barrière de la langue.

L'aspect financier est également important. Il n'est pas toujours évident de trouver des lieux dispensant d'avances de frais. Pour ceux dont le revenu dépasse le seuil d'attribution de la CMUc ou de l'AME, les complémentaires sont souvent trop chères, ce qui limite les médecins généralistes dans leurs prescriptions d'examen complémentaires ou dans leurs demandes d'avis spécialisés (38). Du fait de leurs emplois précaires, certains évitent de quitter le travail pour des rendez-vous médicaux ou présentent des horaires décalés.

Il existe aussi des inégalités géographiques bien connues en lien avec les disparités territoriales d'offre de soin. La précarité est plus importante dans les zones reculées des villes, là où l'offre de soin est moindre et les transports limités par les difficultés financières.

Lorsque les personnes sont isolées, le manque d'aidants constitue un autre frein.

Enfin de nombreux professionnels de santé refusent encore de prendre en charge les patients bénéficiaires de l'AME et de la CMUc (19). Lors d'études par testing téléphonique, il a été montré que jusqu'à 25% des professionnels de santé refusaient les patients bénéficiaires de la CMUc (39). Chez les médecins généralistes 10% refusaient les patients bénéficiaires de la CMUc et 37% les patients bénéficiaires de l'AME (40). Lorsqu'une raison était invoquée, elle impliquait le plus souvent les difficultés de remboursement et la lourdeur administrative.

c. Les inégalités de recours aux soins

Lorsque les moyens d'accès aux soins sont obtenus, des barrières peuvent encore freiner le recours aux soins.

La première est encore une fois la présence de préoccupations plus prioritaires comme la recherche de logement, de nourriture, d'hygiène, d'un emploi... Les divergences culturelles peuvent aussi amener les patients à juger certaines prises en charges inutiles. On peut citer par exemple les soins préventifs ou les soins psychiatriques peu présents dans certains pays et pas toujours acceptés (41). Il existe également parfois une crainte de consulter : crainte d'être confrontés à des professionnels stigmatisants dans certaines minorités, comme par exemple chez les personnes SDF ou encore crainte de déclinier une identité chez les personnes en situation irrégulière (42). De plus dans les situations de grande précarité, la consultation sur rendez-vous peut constituer un cadre trop contraignant. Les vies ponctuées d'épreuves quotidiennes s'inscrivent dans un fonctionnement « au jour le jour » et une projection dans l'avenir peut s'avérer difficile (43).

Pour finir, une fois le contact médecin-patient établi, plusieurs facteurs peuvent influencer négativement l'alliance thérapeutique et la qualité des soins.

La distance sociale et/ou culturelle entre les patients et les soignants entraîne des divergences de priorité et des incompréhensions mutuelles. Encore une fois la barrière de la langue complique les consultations. Parfois les soignants ressentent une responsabilité vis-à-vis de la situation précaire qui induit chez eux un sentiment d'impuissance, d'injustice et de frustration (43). Les situations complexes leur demandent plus de temps et d'énergie surtout lorsqu'ils ne sont pas formés aux spécificités de ces patients. Enfin, les personnes en situation de précarité sont sujettes à de nombreux préjugés et incompréhensions y compris venant de soignants bienveillants.

Tout cela entraîne une perte de confiance mutuelle, et trop souvent un découragement voire un épuisement des familles comme des professionnels.

Pour résumer, on peut schématiser le recours aux soins et les facteurs pouvant l'influencer par la figure 1 extraite des recherches des Dr Levesque, Harris et Russel (44).

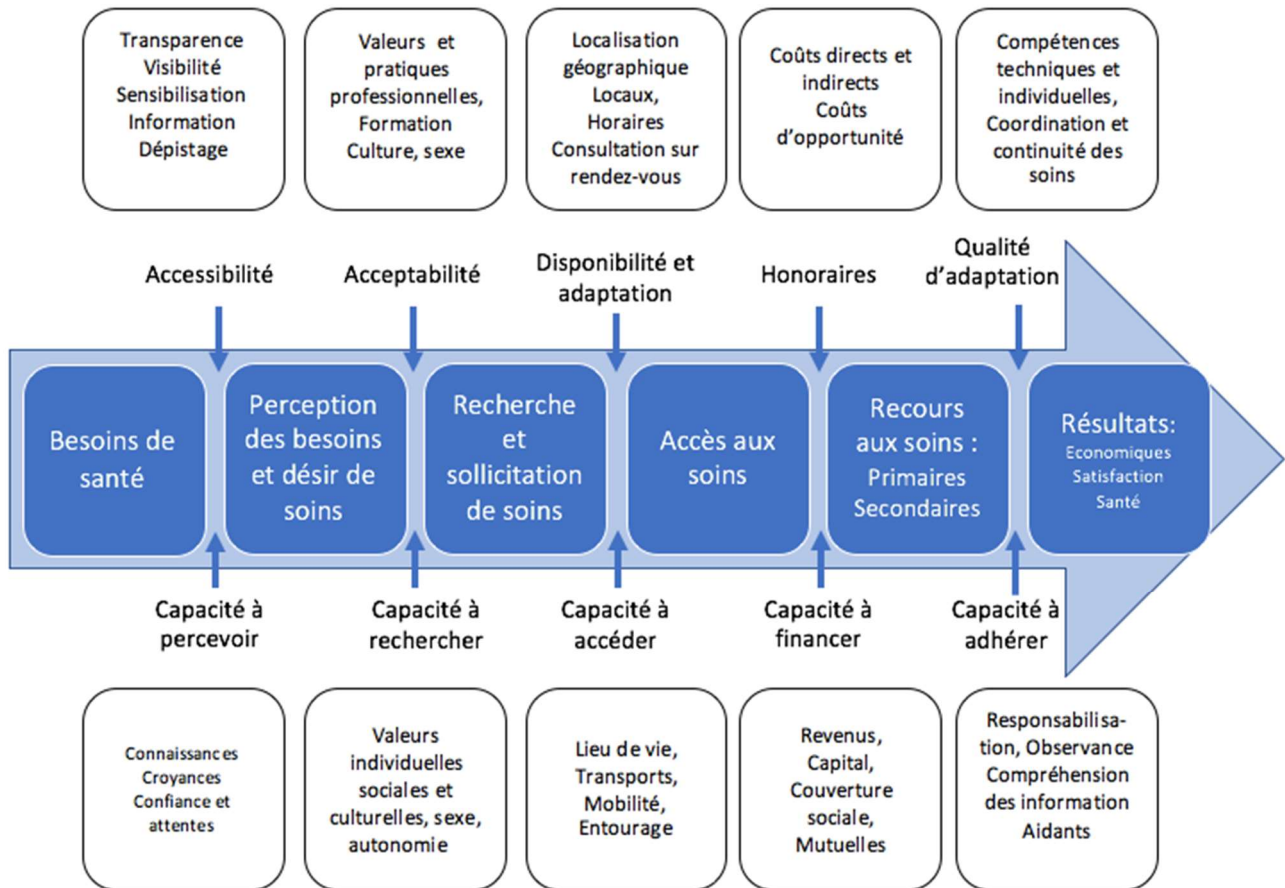


Figure 1 : Obstacles au recours aux soins

Tous ces obstacles mettent en évidence la difficulté pour ces populations de s'intégrer dans les parcours de soin classiques. Pour les y aider, une bonne connaissance des particularités individuelles, culturelles et de la réalité du terrain sont nécessaires.

L'une des solutions existant pour tenter de favoriser l'équité est la création de permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

3. Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

a. Législation et dispositif

Textes internationaux et législation :

- *Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen 1789* : (45)

« Art. 1^{er}. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. »

- *Déclaration universelle des droits de l'Homme 1948* : (46)

« Article 25. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires (...) »

- *Convention internationale relative aux droits de l'enfant 1989* : (47)

« Art. 24. 1. Les états partis reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. (...) »

- *Code de la santé publique* :

« Article L1110-1. Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible » (48)

« Article L1110-3. Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. (..) » (49)

Les PASS

Les PASS ont été créées en France il y a plus de 20 ans suite à la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion (50). Il s'agit de structures sociales ou médico-sociales dont la mission est de garantir l'accès aux droits et aux soins fondamentaux des personnes en situation de précarité. Elles s'intègrent dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins de santé (PRAPS) qui ont pour objectif de favoriser au sein de chaque région une approche transversale pour lutter contre les ISS.

Il existe actuellement 430 PASS en France dont 47 en Nouvelle Aquitaine et 12 en Gironde (51). Elles sont généralement rattachées à des services d'urgences hospitaliers.

Leurs prestations sont multiples. Elles proposent des consultations médico-psycho-sociales avec si besoin l'aide d'interprètes, des délivrances de médicaments et parfois de matériel sans avance de frais et une aide dans les démarches administratives. Elles peuvent également être sollicitées à titre consultatif par les professionnels libéraux et hospitaliers qui pourraient se trouver en difficulté voire isolés face à des situations complexes avec certains patients.

De nombreuses PASS généralistes se développent sur le territoire, il existe moins de PASS spécialisées et notamment très peu de PASS pédiatriques.

b. La PASS pédiatrique du CHU de Bordeaux

Historique

- 1995 : Une consultation médico-sociale dédiée aux personnes en situation de précarité est créée au centre d'Albret à l'hôpital Saint André de Bordeaux.
- 1998 : Après la loi du 29 juillet 1998, ce centre deviendra une PASS généraliste ; apparaissent également la PASS dentaire et la PASS des urgences de Pellegrin.

- 2010 : Aux urgences pédiatriques de Pellegrin une étude est menée sur 157 enfants relevant les motifs de consultation itératives aux urgences (52). Parmi eux ressort de manière significative le contexte socio-économique familial précaire (37,6%).
- 2012 : Travail de thèse du Dr Seban, pédiatre, portant sur 186 enfants en situation de précarité ayant consulté aux urgences pédiatriques de Bordeaux pendant un mois (53). Il met alors en évidence des difficultés d'accès aux soins primaires chez ces enfants entraînant fréquemment un renoncement aux soins, un état de santé global altéré et des consultations aux urgences de dernier recours suite à une absence de prise en charge en amont.

De cette observation naît alors l'idée de la création d'une PASS pédiatrique à Bordeaux pour prendre en charge de manière plus adaptée ces enfants.

Suite à cela est créée une consultation hebdomadaire pédiatrique à la PASS de la Polyclinique Bordeaux, rive droite.

- Année 2016 : Année de création de la PASS pédiatrique du CHU : Ouverture d'un poste d'assistante sociale 0,8 ETP en janvier 2016 puis ouverture d'un poste de puériculteur 0,8 ETP en septembre 2016 complété en 2018 de 0,2 ETP PASS mobile.
- Février 2017 : Début de la consultation médicale « PASS pédiatrique »
- Novembre 2017 : Création de la PASS mobile en partenariat avec les PASS adultes.

Equipe et fonctionnement

L'équipe est constituée d'un IDE puériculteur (1 ETP à 80% sur l'hôpital et 20% en PASS mobile) et d'une assistante sociale (0,8 ETP) depuis sa création en septembre 2016. Elle a été rejointe en Février 2017 par un médecin pédiatre qui, malgré l'absence de temps médical dédié, consacre deux demi-journées de consultation par semaine aux patients de la PASS.

Le service ne possède pour l'instant pas de locaux dédiés. En fonction de l'intervenant adressant l'enfant vers l'équipe PASS, du motif de consultation et du degré d'urgence, les interventions PASS peuvent avoir lieu de différentes manières.

Les enfants et familles sont rencontrés par l'IPDE aux urgences, dans les services hospitaliers, directement en consultation PASS avec le pédiatre dans les locaux de consultation de pédiatrie de l'hôpital des enfants, ou encore sur les lieux d'intervention de la PASS mobile. Lorsqu'une ouverture de droits ou un bilan social est nécessaire, les familles sont reçues par l'assistante sociale.

Lors du premier contact, un bilan médico-social est constitué et une « macrocible » informatique est systématiquement créée recensant les données sociodémographiques et médicales. Il est ensuite décidé en fonction des problématiques, s'il est nécessaire de revoir les enfants en consultation PASS, de programmer des examens complémentaires, ou de les adresser vers des intervenants internes ou externes à l'hôpital.

Lorsque les droits de sécurité sociale des enfants ne sont pas à jour, les ordonnances PASS permettent la délivrance de médicaments par la pharmacie hospitalière sans avance de frais pour les patients dans l'attente de régularisation administrative.

Si nécessaire, l'équipe fait appel à des traducteurs professionnels issus de l'association de médecine transculturelle MANA, qui se déplacent physiquement, ou à un interprétariat téléphonique par le biais d'ISM interprétariat.

Mise en place du réseau

La PASS pédiatrique est donc une équipe de professionnels spécialisés dans la prise en charge des enfants en situation de précarité, mais elle n'a pas le monopole de la prise en charge de cette population, et ne peut fonctionner qu'avec une bonne connaissance des différents acteurs territoriaux du parcours de soin, et en collaboration avec des partenaires locaux.

D'après ce constat, les activités de communication et de formation sont essentielles afin d'organiser les soins les plus optimaux possibles en réseau pluri-professionnel.

Parallèlement à son activité de soin, l'équipe PASS participe donc à diverses réunions et formations.

On peut citer notamment : la formation des internes et des équipes des services d'urgences pédiatriques et post-urgence, la rencontre dans leur locaux des CADA, MDSI et associations (Médecin du monde, Propofemmes...), la réunion d'information des médecins scolaires de l'éducation Nationale de Gironde, les réunions interPASS du CHU, la journée régionale des PASS d'Aquitaine et les journées des urgences pédiatriques du Sud-Ouest.

Ces diverses interventions ont permis progressivement à la PASS de se faire connaître au sein du CHU et dans l'agglomération bordelaise et donc d'étoffer son réseau d'interlocuteurs que l'on peut représenter par la Figure 2 ci-dessous.

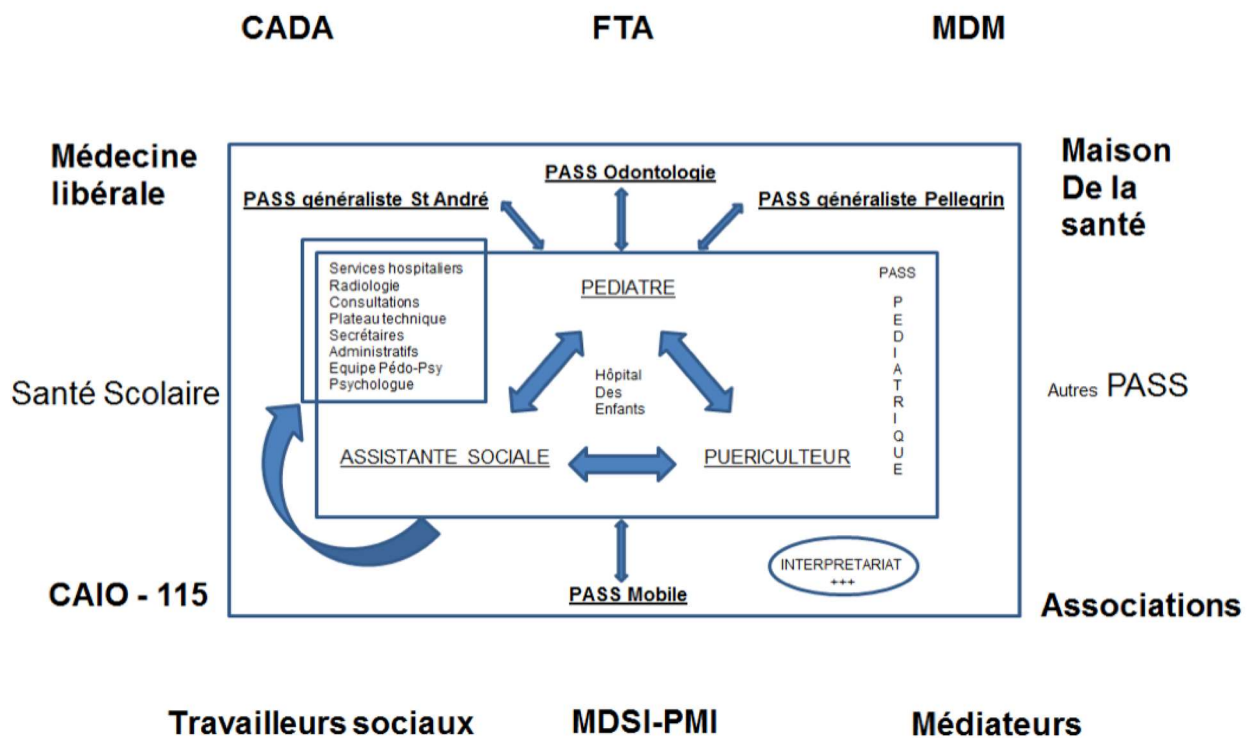


Figure 2 : Réseau précarité de l'agglomération bordelaise centré autour de la PASS pédiatrique

Créations des outils

Le début de l'activité de la PASS a également consisté en l'élaboration d'outils de travail qui n'existaient pas jusqu'alors.

- *L'outil informatique*

En collaboration avec l'équipe informatique a été créée la « macrocible » PASS sur le Logiciel DxCare®, permettant un recueil de données spécifique et adapté aux consultations d'enfants en situation de précarité.

- *Le guide de repérage des patients*

Il est parfois difficile de détecter les situations de précarité parmi les patients se présentant aux urgences. Afin d'aider le personnel à savoir quels enfants orienter vers la PASS, l'équipe a créé un outil de repérage affiché à l'accueil des urgences permettant aux paramédicaux et à l'agent administratif d'accueil de repérer directement les situations, afin d'éviter toute perte de temps dans la prise en charge.

- *le plan d'accès à la pharmacie hospitalière*

Il s'agit de l'unique endroit où les médicaments de l'ordonnance PASS peuvent être délivrés, mais la pharmacie hospitalière est difficile à repérer. Un plan traduit en 9 langues a donc été créé.

- *les dépliants d'utilisation des chambres d'inhalation*

Les documents de référence de l'école du souffle ont été traduits en bulgare, en russe et en albanais.

4. Objet de l'étude

La PASS pédiatrique a donc été créée en 2016 pour répondre à un besoin des populations pédiatriques en situation de précarité qui, du fait de leur mise à l'écart des parcours de soins, souffraient d'un mauvais état de santé global et consultaient aux urgences en dernier recours (53). Elle n'a pas pour but de se substituer aux structures de soins existantes mais bien de servir de passerelle en accompagnant à la fois les professionnels et les familles, pour réintégrer au mieux les enfants vers le droit commun. Nous nous sommes donc posés la question suivante : quel a été le parcours de soin des enfants pris en charge par la PASS pédiatrique du CHU de bordeaux lors de sa première année d'activité ?

L'hypothèse était que la mise en place de la PASS pédiatrique ait facilité l'accès aux soins des enfants en situation de précarité de l'agglomération bordelaise puis la coordination lors de la suite de la prise en charge.

L'objectif principal de l'étude était de décrire le parcours de soin de ces enfants par ses différentes étapes. Les objectifs secondaires étaient la description des motifs de consultation aux urgences des enfants et celle des profils des enfants consultant de manière multiples aux urgences.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle quantitative, transversale, descriptive, monocentrique et rétrospective réalisée entre début février 2017 et début février 2018.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : enfants âgés de 0 à 15 ans et 3 mois (selon les critères d'admission en pédiatrie au CHU de Bordeaux) pris en charge pour la première fois par la PASS pédiatrique (réalisation d'une première « macrocible » PASS). Il y avait un seul critère d'exclusion qui était le suivant : enfants ayant déjà eu un premier contact avec la PASS.

Un critère de jugement composite correspondant à toutes les étapes du parcours a été élaboré comprenant les éléments suivants:

- le « mode d'entrée dans le réseau PASS » défini par l'interlocuteur ayant orienté l'enfant vers le réseau et par le type de première consultation qui pouvait être médicale ou paramédicale (IPDE).
- les différentes consultations et examens complémentaires programmés et ceux qui avaient été honorés.
- les recours à l'interprétariat.
- les dépistages effectués lors de la prise en charge PASS.
- le nombre de consultations non programmées aux urgences pédiatriques.
- le « mode de sortie du réseau » soit les soignants vers qui les enfants étaient adressés à la fin de la prise en charge.

Les critères d'évaluation secondaires étaient les motifs de consultation aux urgences classés selon huit items : consultation médicale de pédiatrie générale, consultation médicale nécessitant une prise en charge thérapeutique ou des examens complémentaires en urgence, consultation traumatologique nécessitant un avis médical urgent, consultation ayant débouché sur une hospitalisation ou une demande d'avis spécialisé en urgence, consultation de suivi post-urgence, suivi de pathologie chronique, parti sans soin, consultation de pédiatrie générale mais ayant nécessité une ordonnance PASS.

A noter qu'il était considéré que les enfants consultaient de manière multiple aux urgences à partir de cinq consultations.

2. Modalités du recueil

Tous les dossiers des patients inclus ont été analysés. Les données ont été recueillies à partir des « macrocibles » PASS, des résultats d'examens et des observations notées en texte libre par les intervenants ayant vu les enfants en consultation via les dossiers informatiques du logiciel DxCare®. En ce qui concerne l'interprétariat nous avons dénombré les demandes effectuées auprès du service économique. Les informations ont été relevées anonymisées puis retranscrites sous forme de code sur le logiciel Microsoft Excel®.

3. Traitement des données

Le traitement statistique des données a été effectué via le logiciel The StatAdvisor®.

4. Aspect éthique

Une demande d'autorisation de début des recherches a été déposée à la CNIL et délivrée par l'unité informatique et archivistique médicale (UIAM) avant le début du recueil de données. Les données relevées ont été rendues anonymes lors du codage informatique. Le principe de non opposition a été appliqué.

III. Résultats

1. Description de la population étudiée

a. Caractéristiques sociodémographiques

La population étudiée comprenait 237 enfants dont 138 garçons et 99 filles. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le Tableau 1.

Caractéristiques		Effectif, n	%
Sexe	Garçon	138	41,77
	Fille	99	58,23
Age	0-6 mois	33	13,92
	6 mois- 1 an	14	5,91
	1-2 ans	29	12,24
	2-6 ans	77	32,49
	6-11 ans	50	21,1
	>11 ans	34	14,35
Scolarisation	En âge d'être scolarisé > 3ans	139	58,65
	Scolarisé	44	18,57
	Non scolarisé	159	67,09
	Non renseigné	34	14,35
Composition familiale	Famille biparentale < 4 enfants	164	69,2
	Famille nombreuse plus de 4 enfants	13	5,49
	Famille monoparentale	23	9,7
	Famille recomposée	3	1,27
	Parents séparés	25	10,55
	Confié à des amis ou famille	1	0,42
	Mineur non accompagné	3	1,27
	Non renseigné	5	2,11
Conditions de logement	CADA appartements	28	11,81
	CADA collectif	11	4,64
	Hôtel	44	18,57
	Logements privés	25	10,55
	Hébergés par connaissance	20	8,44
	Squats et camps	24	10,13
	Structures d'urgence	7	2,95
	Rue	63	26,58
	Non renseigné	15	6,33
	Couverture sociale	Aucune ou incomplète	143
AME		15	6,33
PUMA/CMU-C		72	30,38
Non renseigné		7	2,95

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée (n=237)

b. Origine géographique et durée de séjour en France

Origine géographique

Les enfants étaient de 48 nationalités différentes.

Les origines géographiques majoritaires sont représentées par la figure 3. Tous les enfants étaient de nationalité étrangère sauf trois. Un enfant était né en France métropolitaine de parents français et était issu de la communauté des gens du voyage. Deux étaient originaires de Mayotte. Les autres étaient originaires : pour 103 d'entre eux (43,46%) d'Europe hors UE, pour 38 (16,03%) de l'Union Européenne, pour 31 (13,08%) du Moyen-Orient, pour 22 (9,28%) d'Afrique subsaharienne, pour 20 (8,44%) du Maghreb, pour 13 (5,49%) d'Asie, pour 2 (0,84%) du continent Américain et 1 (0,42%) venait d'Océanie.

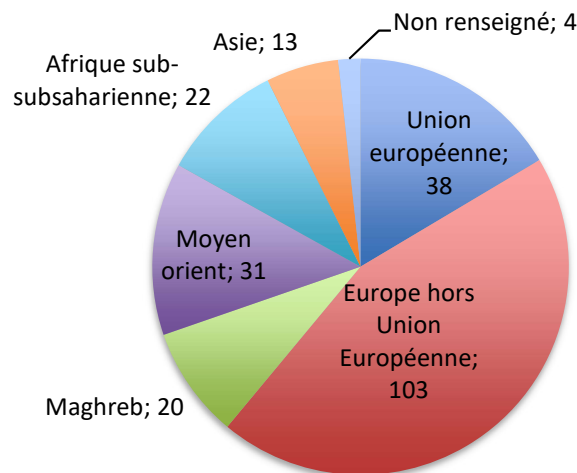


Figure 3 : Origine géographique des enfants de nationalité étrangère (n=234)

Durée de séjour en France

La durée de séjour en France des familles au moment de leur première prise en charge PASS est représentée par la Figure 4.

Pour 48 enfants (20,25%) la durée de séjour en France des parents n'était pas renseignée.

Concernant ceux pour lesquels l'information était connue : 128 enfants soit 54% de tous les enfants et 67% de ceux ayant renseigné leur durée de séjour vivaient en France depuis moins de 3 mois, 55 (23,21%) étaient sur le territoire français depuis moins d'un mois, 73 (30,80%) entre un et trois mois, 19 (8,02%) entre trois et six mois, 14 (5,91%) entre six et douze mois, 18 (7,59%) entre douze et vingt-quatre mois et 10 (4,22%) étaient en France depuis plus de deux ans.

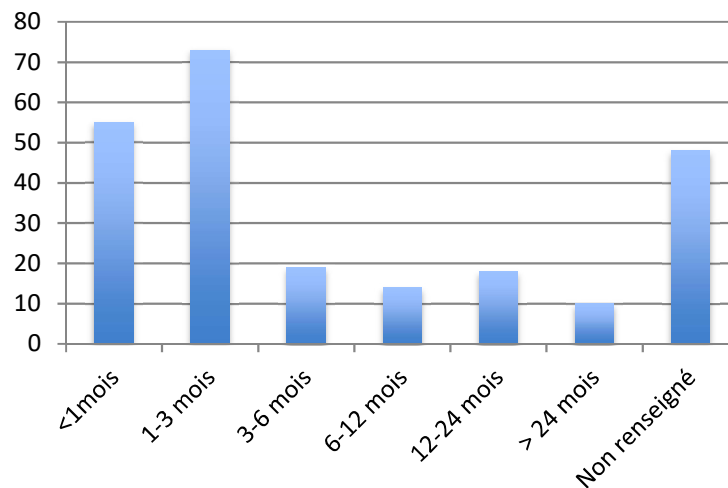


Figure 4 : Durée de séjour en France des enfants au premier contact PASS (n=237)

c. Situation administrative

La situation administrative n'était pas indiquée chez 52 (21,9%) enfants.

160 (67,5%) enfants accompagnaient des parents qui avaient déposé une demande d'asile en France, parmi lesquelles 6 (2,5%) avaient été acceptées, 10 (4,2%) déboutées et 145 (61,2%) étaient en cours.

24 (10,1%) n'avaient pas fait demande d'asile et parmi eux on comptait : 9 citoyens européens (4 enfants espagnols, 2 grecs, 1 italien, 1 portugais et 1 roumain), 3 enfants français dont 2 originaires de Mayotte, 1 australien, 1 brésilien, 3 algériens, 1 tunisien, 1 géorgien, 2 congolais (Brazzaville), 1 gabonais, 1 guinéen, 1 sénégalais et 1 mongol.

d. Santé des enfants lors du premier contact

176 enfants soit 74,26 % ne souffraient d'aucune pathologie chronique.

Les autres (25,74%) étaient atteints d'au moins une pathologie chronique, trois enfants présentaient deux pathologies chroniques, un enfant en présentait trois.

Les affections chroniques des enfants présentes lors de la première intervention PASS sont représentées par la Figure 5.

Elles étaient neurologiques pour 12 enfants (5,06%), pneumologiques ou allergologiques pour 11 enfants (4,64%), endocrinologiques pour 6 enfants (2,53%), psychologiques ou psychiatriques pour 6 enfants (2,53%), cardio-vasculaires pour 5 enfants (2,11%), génétiques pour 4 enfants (1,69%), hématologiques ou cancérologiques pour 3 enfants (1,27%), gastro-entérologiques pour 3 enfants (1,27%), ORL pour 2 enfants (0,84%), ophtalmologiques pour 1 enfant (0,42%), dermatologiques ou parasitologiques pour 1 enfant (0,42%), infectieuses pour 1 enfant (0,42%), ostéo-articulaires pour 1 enfant (0,42%) et urologiques ou néphrologiques pour 1 enfant (0,42%).

L'information était manquante pour 9 enfants (3,81%).

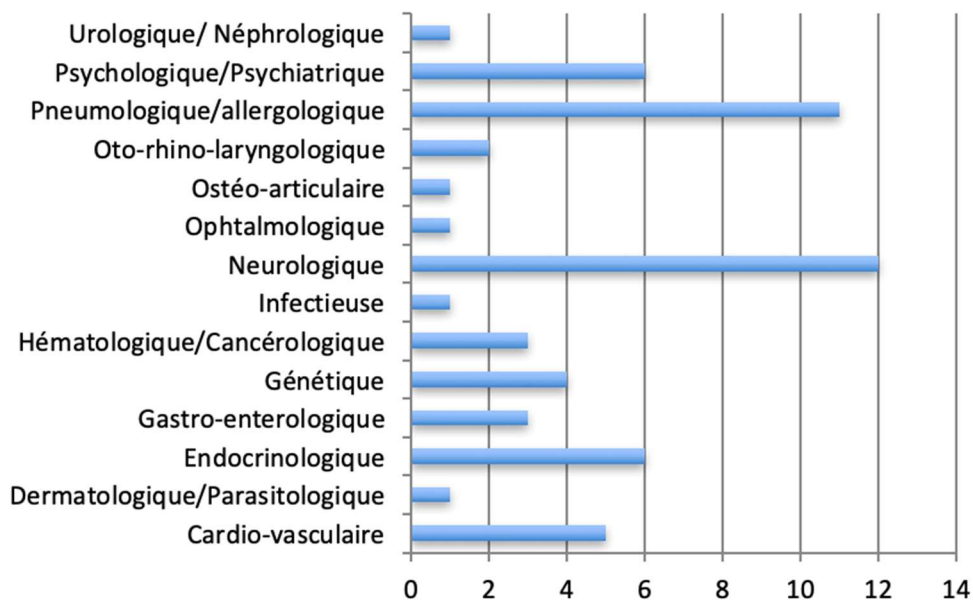


Figure 5 : Types de pathologies chroniques présentées par les enfants au début de la prise en charge (n=66)

e. Suivi médical avant prise en charge par la PASS

Le type de suivi médical avant la connaissance de la PASS est représenté par la Figure 6.

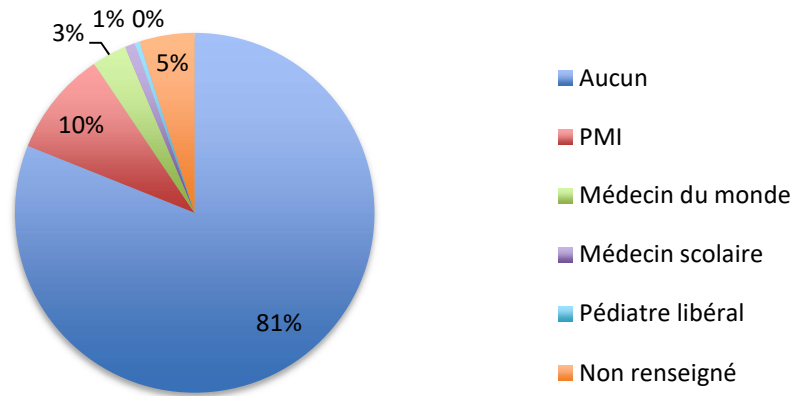


Figure 6 : Type de suivi médical avant la prise en charge PASS (n=237).

180 enfants (75,85%) n'avaient aucun suivi médical avant le premier contact avec la PASS. 21 (8,86%) étaient connus d'une PMI ou MDSI. 15 (6,33%) avaient un médecin traitant, 7 (2,95%) étaient connus de l'association médecins du monde, 2 (0,84%) étaient suivis par un médecin scolaire et un (0,42%) était suivi par un pédiatre libéral. L'information manquait pour 11 enfants (4,64%).

2. Objectif principal : Description du parcours de soin.

a. Entrée dans le réseau PASS

Différents modes d'entrée dans la PASS

Parmi les différents interlocuteurs ayant adressé des enfants vers la PASS au cours de la période d'étude, il a été dénombré le nombre d'enfants adressés durant les 3 premiers mois et durant les 3 derniers mois. Ces résultats sont représentés par la figure 7.

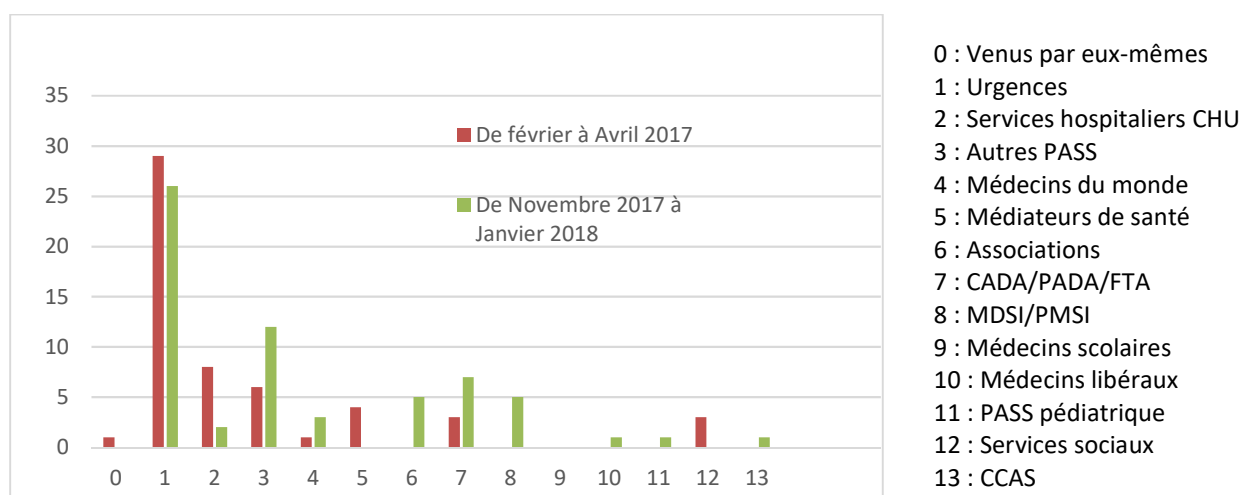


Figure 7 : Mode d'entrée des enfants dans le réseau PASS : comparaison des 3 premiers et des 3 derniers mois de l'année d'étude.

Le passage aux urgences pédiatriques était le principal mode d'entrée dans la PASS tout au long de l'année. On observe l'apparition de nouveaux interlocuteurs en fin d'année tels que les MDSI et PMI (5 enfants adressés au cours des 3 derniers mois de la période étudiée), les associations (5 enfants adressés également en dernière partie d'année), ou encore les médecins libéraux (1 enfant adressé) ou le CCAS (1 enfant adressé). Certains enfants, dont un en dernière partie d'année, étaient repérés par la PASS pédiatrique lors de consultations de famille ou connaissances. Les autres PASS de Bordeaux ont également adressé plus d'enfants à la fin de la période d'étude qu'au début (12 en dernière partie d'année contre 6 au début).

Hospitalisation

31 enfants (13,08 %) ont été hospitalisés une fois avant leur prise en charge par la PASS, et 1 enfant (0,42%) a été hospitalisé deux fois. Parmi ces enfants, 14 ont été adressés à la PASS par les services d'hospitalisation.

b. Prise en charge par la PASS

Type de prise en charge initiale

Il existait différents modes de prise en charge initiale par la PASS :

154 enfants soit 65,25% ont été vus initialement par l'IPDE PASS aux urgences avec l'aide ou non d'un médecin des urgences. 18 (7,63%) ont été vus par l'IPDE PASS et un médecin de l'hôpital des enfants en hospitalisation ou en consultation.

63 (26,69%) étaient reçus directement en consultation conjointe médecin PASS/IPDE PASS, dans un bureau de consultation.

Un enfant (0,42%) a été vu pour la première fois en PASS mobile sur la période étudiée.

Maîtrise du français et interprétariat

120 enfants (50,63%) avaient des parents ne parlant pas français. Pour 21 (8,86%), les parents avaient une maîtrise partielle du français. Les parents de seulement 37 enfants (15,61%) étaient décrits comme maîtrisant le français. L'information était manquante pour 59 dossiers (24,89%).

Le recours à un interprétariat physique ou téléphonique a été relevé pour 70 enfants (29,66%). L'information n'était pas renseignée pour 75 enfants (31,78%).

Sur la période étudiée, 138 demandes d'interprétariat par l'association MANA ont été faites au service économique, dont 100 ont été réalisées. Pour 19 d'entre elles, le patient ne s'est pas présenté et l'interprétariat a été facturé. Pour 9 consultations, l'interprète ne s'est pas présenté, 8 consultations ont été annulées par l'interprète et pour 2 consultations ni

l'interprète, ni la famille ne se sont présentés.

Pour 91 enfants (38,56%), il n'a pas été demandé d'interprétariat. Parmi eux, 49 (53,85% des enfants vus sans traducteur) avaient des parents maîtrisant le français au moins partiellement, 16 (17,58%) maîtrisaient l'anglais, 10 (10,99%) venaient en consultation avec un ami ou membre de la famille traducteur. L'information manquait pour 16 enfants (17,58%).

Motif de première consultation

121 enfants (51,05%) étaient directement dirigés vers la PASS pour une évaluation médico-sociale ou une demande d'aide à l'accès aux soins ou aux médicaments.

Cependant, 116 enfants (48,94%) étaient initialement adressés pour une demande simplement médicale avec parmi eux : 49 enfants (soit 20,68% de l'ensemble de la population) venaient pour un suivi de pédiatrie générale (suivi, vaccinations), 20 (8,44%) pour un suivi de pathologie chronique connue, 16 (6,75%) pour des problèmes dermatologique ou parasitologiques, 7 (2,95%) pour un problème pneumologique ou allergologique, 6 (2,53%) pour des problèmes d'ordre gastro-entérologiques, 3 (1,27%) pour des problèmes ORL, 3 (1,27%) pour des problèmes d'ordre infectieux, 3 (1,27%) également pour des problèmes traumatologiques, 2 (0,84%) pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques, 2 (0,84%) pour des problèmes cardio-vasculaires, un enfant (0,42%) pour problème gynécologique, un (0,42%) pour problème urologique ou néphrologique, et un (0,42%) pour problème ostéo-articulaire.

Dépistages effectués

Les dépistages réalisés chez les patients de l'étude sont représentés par le tableau 2.

Dépistage effectués		Normal	Pathologique	Non recherché	Résultats non connus	Non renseigné
Croissance staturo-pondérale	effectif, n	87	12	18	0	120
	%	36,71	5,06	7,59	0	50,63
Développement psycho-moteur	effectif, n	87	8	6	0	136
	%	36,71	3,38	2,53	0	57,38
Développement sensoriel	effectif, n	4	2	8	1	222
	%	1,69	0,84	3,38	0,42	93,67
statut vaccinal	effectif, n	64	70	7	0	96
	%	27	29,54	2,95	0	40,51
Troubles psychologiques/ psychiatriques	effectif, n	2	16	9	0	210
	%	0,84	6,75	3,8	0	88,61
Problèmes dentaires	effectif, n	5	18	30	0	184
	%	2,11	7,59	12,66	0	77,64
Cicatrices/ signe de violence	effectif, n	4	3	6	0	224
	%	1,68	1,26	2,53	0	94,51
Parasitoses cutanées	effectif, n	21	8	10	0	198
	%	8,86	3,38	4,22	0	83,54
Parasitose digestives	effectif, n	2	3	12	0	220
	%	0,84	1,27	5,06	0	92,83
Bilan standard	effectif, n	49	7	175	6	0
	%	20,68	2,95	73,84	2,53	0
Numération formule sanguine	effectif, n	45	9	176	6	1
	%	18,98	3,8	74,26	2,53	0,42
Carence martiale	effectif, n	23	4	204	6	0
	%	9,7	1,69	86,07	2,53	0
Sérologies hépatite B	effectif, n	28	1	202	6	0
	%	11,81	0,42	85,23	2,53	0
Sérologies VIH	effectif, n	13	0	221	3	0
	%	5,48	0	93,25	1,27	0
Radiographie pulmonaire	effectif, n	35	6	195	1	0
	%	14,76	2,53	82,28	0,42	0
IDR	effectif, n	3	0	229	0	5
	%	1,27	0	96,62	0	2,11
Saturnisme	effectif, n	7	0	228	0	2
	%	2,95	0	96,2	0	0,84

Tableau 2 : Dépistages effectués au cours de la prise en charge par la PASS (n=237)

Suivi en consultation PASS

Suite aux premiers contacts PASS, 56 enfants (23,63%) se sont vus proposer un suivi en consultation PASS (consultation conjointe médecin et IDE PASS). Pour ces 56 enfants, 96 consultations ont été programmées dont 76 honorées (79,17%).

17 familles sur 56 (30,4%) ont été absentes à un rendez-vous, une a été absente à trois rendez-vous.

47 enfants ont été revus une ou deux fois en consultation et 9 enfants ont été vus trois fois ou plus en consultation avec un maximum de 6 fois.

Suivi en consultation par intervenants extérieurs à l'équipe PASS

Ont également été programmées suite à l'intervention de l'équipe PASS des consultations de médecins spécialistes ou de paramédicaux pour 75 enfants (31,6%). 232 consultations ont été programmées dont 205 honorées (88,36 %).

49 enfants (20,7%) ont été vus une ou deux fois en consultation spécialisée, et 26 enfants (10,97%) trois fois ou plus dont deux enfants ayant été vus plus de 15 fois pour un suivi hématologique.

Parmi les interlocuteurs vers qui les enfants ont été adressés pour un suivi nous pouvons citer : les pédiatres spécialistes de l'hôpital des enfants (neuropédiatres, dermatopédiatres, oncopédiatres, chirurgiens pédiatriques, endocrinopédiatres, pneumopédiatres, néphropédiatres, gastropédiatres), les pédopsychiatres, les cardiologues, les ophtalmologues, les odontologues, les ORL, le CLAT, le CAMPS, les IDE d'éducation thérapeutique et les psychologues.

Examens complémentaires

Lors des entretiens PASS, des examens complémentaires ont été programmés pour 35 enfants sur 237. Nous avons dénombré 75 examens complémentaires programmés sur la période d'étude dont 71 honorés (94,67%).

Parmi eux nous comptons les imageries, les bilans sanguins et les investigations endoscopiques. A noter que les examens qui étaient réalisés directement au décours du premier entretien n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des examens programmés.

c. Passages aux urgences pédiatriques

Nous avons observé le nombre de passages aux urgences des enfants dans l'année précédant et dans l'année suivant leur prise en charge par l'équipe de la PASS. Ces chiffres sont représentés par le tableau 3.

Nombre de consultations	Avant prise en charge par la PASS		Après prise en charge par la PASS	
	effectif	%	effectif	%
0 consultation	76	32,07	137	57,8
>0 consultation	151	63,7	100	42,2
>1 consultation	22	9,3	49	20,7
>2 consultations	7	3	26	11
> 3 consultations	4	1,7	13	5,5
> 4 consultations	0	0	8	3,4
> 5 consultations	0	0	4	1,7

Tableau 3 : Nombre de consultations aux urgences pédiatriques des enfants avant et après le début de leur prise en charge par la PASS pédiatrique (n=237)

Il a été également observé la proportion de ces passages aux urgences relative aux primo-arrivants représentée par le tableau 4.

Durée de séjour en France

Nombre de consultations	Moins d' un mois		Moins de 3 mois	
	Effectif	%	Effectif	%
0 consultation	78	32,9	103	43,46
>0 consultation	56	23,6	74	31,2
> 1 consultation	26	11	33	13,9
> 2 consultations	15	6,3	19	8
> 3 consultations	7	3	8	3,4
> 4 consultations	5	2,1	5	2,1
> 5 consultations	1	0,4	1	0,4

Tableau 4 : Nombre de consultations aux urgences pédiatriques des enfants après leur prise en charge par la PASS parmi les primo-arrivant sur le territoire français (n=177)

d. Sortie du réseau PASS

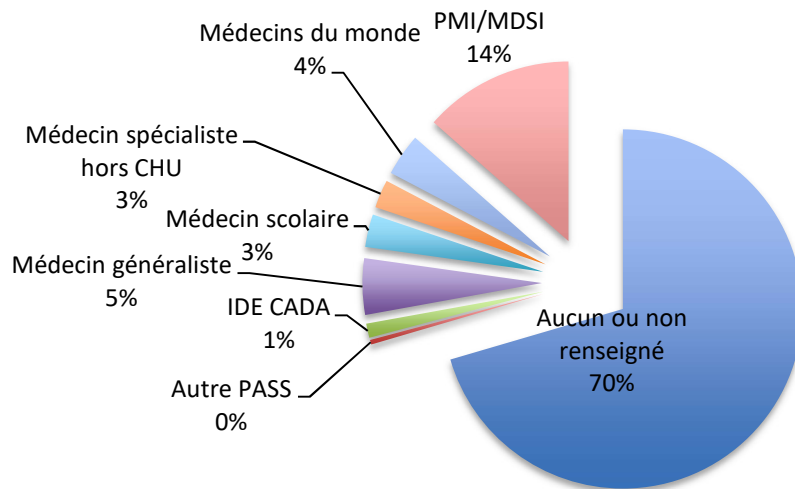


Figure 8: Répartition des intervenants vers qui les enfants ont été adressés à la fin de la prise en charge.

Concernant la fin de la prise en charge nous avons recueilli les intervenants extérieurs qui avaient été contactés pour poursuivre le suivi des enfants à la fin de la prise en charge, soit par appel téléphonique noté dans le dossier soit par courrier rédigé et enregistré. Pour 167 enfants (70,46%), aucun intervenant extérieur n'était mentionné. A noter que certains de ces enfants étaient encore suivis par la PASS au moment de la fin de l'étude.

32 (13,50%) ont été dirigés vers une PMI ou MDSI, 12 (5,06%) vers un médecin généraliste libéral, 9 (3,80%) vers l'association médecin du monde, 7(2,95%) vers un médecin scolaire, 6(2,53%) vers un médecin spécialiste extérieur au CHU, 1(0,42%) vers une autre PASS et pour 3 enfants (1,27%) le lien a été fait vers l'IDE du CADA.

3. Objectifs secondaires

a. Motifs de consultation aux urgences des enfants de la PASS pédiatrique

Nous avons relevé 731 les consultations aux urgences pour les enfants de la cohorte. Les motifs de consultations ont été classés en huit items :

-Les consultations de pédiatrie générale qui auraient pu être assurées par un médecin généraliste ou pédiatre de ville (viroses, éruptions, traumatismes minimes).

-Les consultations de pédiatrie urgentes ayant nécessité une prise en charge thérapeutique ou des explorations en urgence (fièvre chez les moins de trois mois, intoxications, douleurs thoraciques, détresses respiratoires...).

-Les consultations de traumatologie urgentes (fractures, plaies, traumatismes crâniens...).

-Les consultations ayant débouché sur une hospitalisation ou une demande d'avis spécialisé en urgence.

-Les consultations d'enfants convoqués à nouveau par l'équipe des urgences pour un suivi post-urgence.

-Les consultations nécessitant la prescription de médicaments sur une ordonnance PASS.

-Les enfants s'étant présentés à l'accueil des urgences mais partis avant d'avoir vu un médecin.

Les motifs de consultation sont représentés ci-dessous par le tableau 5

Motif de consultation	effectif, n	%
Pédiatrie générale	250	34,2
Pédiatrie urgente	49	6,7
Traumatologie urgente	91	12,45
Hospitalisation ou avis spécialisé	156	21,34
Suivi post-urgence	42	5,75
Suivi de pathologie chronique	23	3,15
Parti sans soins	31	4,24
Ordonnance PASS	89	12,17

Tableau 5 : motifs de consultations aux urgences (n=731)

b. Consultations multiples aux urgences pédiatriques.

Peu d'enfants ont consulté de manière multiple aux urgences et leurs caractéristiques étaient les suivantes.

Quatre enfants avaient consulté plus de 5 fois aux urgences pédiatriques avant d'être pris en charge par la PASS. Cependant aucun n'avait consulté dans l'année précédant sa rencontre avec la PASS. Ils étaient tous originaire d'Europe de l'Est (Bulgarie, Albanie et Kosovo), âgés de plus de 2 ans et leurs parents ne parlaient pas français. L'un d'entre eux a à nouveau consulté 7 fois après sa prise en charge et quasiment systématiquement pour des consultations de pédiatrie générale. Il s'agissait d'un enfant SDF originaire du Kosovo sans couverture sociale au moment du premier contact. Les trois autres étaient bénéficiaires de la CMUc et vivaient dans des squats ou à l'hôtel. Deux d'entre eux avaient déjà été hospitalisés et avaient déjà eu des consultations spécialisées. Parmi eux, un n'a jamais consulté aux urgences après sa prise en charge par la PASS, les deux autres ont consulté deux fois aux urgences pour des motifs justifiant des consultations urgentes.

Après le début de la prise en charge PASS, 3 autres enfants ont consulté plus de 5 fois aux urgences sur la période étudiée à savoir deux enfants albanais et un enfant espagnol. Ils vivaient tous les trois à l'hôtel et aucun n'était scolarisé. Un était primo-arrivant et les deux autres étaient en France depuis plus d'un an et bénéficiaires de la CMUc. Ils étaient tous les trois connus d'une PMI et deux étaient suivis en consultation par la PASS. Aucun ne souffrait de pathologie chronique ; 80,6% de leurs consultations aux urgences étaient des consultations de pédiatrie générale.

IV. Discussion

1. La méthodologie

Le choix de la période étudiée résulte du fait qu'il s'agit de la première année d'activité de la PASS sous sa forme actuelle médico-sociale. Le médecin pédiatre responsable de cette unité a en effet débuté son activité début février 2017.

L'objectif principal de l'étude était de décrire le parcours de soin des enfants. Il était impossible de choisir un critère de jugement principal unique. C'est pourquoi nous avons utilisé ce critère composite correspondant aux différentes étapes du parcours.

Concernant les modalités du recueil de données via le logiciel du CHU : elles ont permis d'obtenir de très nombreuses données sur le parcours de soin hospitalier mais très peu d'informations sur le parcours de soin extrahospitalier.

2. Synthèse des résultats

a. Population de l'étude

Caractéristiques sociodémographiques

Malgré les profils très variés des 237 enfants de l'étude, on note quelques tendances dominantes. La quasi-totalité, soit 99,57% des enfants étaient de nationalité étrangère. Ils étaient pour la plupart primo-arrivants en France puisque 128 enfants vivaient sur le sol français depuis moins de 3 mois, soit 67,72% de ceux ayant renseigné leur durée de séjour.

Il s'agissait d'une population de jeunes enfants ; 153 (64,56%) étaient âgés de moins de 6 ans au premier contact avec la PASS dont 47 (19,83%) âgés de moins d'un an.

Ils venaient principalement de familles biparentales composées de 1 à 3 enfants (69,2%) puis de familles monoparentales (9,77%) ou de parents séparés (10,55%). Cela ne correspond pas exactement aux caractéristiques habituelles des familles en situation de précarité qui sont

classiquement des familles nombreuses ou monoparentales. Cette observation va de pair avec leur arrivée récente sur le territoire français. Ces familles en fonction des raisons de leur migration n'étaient pas nécessairement en situation de précarité dans leur pays d'origine.

Seulement deux d'entre eux étaient des mineurs non accompagnés, probablement du fait de la limite d'âge d'admission à l'hôpital des enfants qui est de 15 ans et 3 mois.

Ces enfants étaient quasiment exclusivement en situation de grande précarité ; 62,87% vivaient dans des logements précaires (Hôtels, CADA, squats), 26,58% étaient sans abris et uniquement 10,55% bénéficiaient de logements privatifs. Seulement 18,57 % des enfants étaient scolarisés alors que parmi eux 58,65% étaient âgés de plus de 3 ans, et étaient donc en âge de l'être. Une majorité des enfants (65,40%) étaient accompagnants de parents ayant fait des demandes d'asile déboutées ou en cours. Leurs parents n'avaient pas la possibilité d'exercer une activité professionnelle sur le territoire français et n'avaient de ce fait possiblement pour seule ressource l'allocation pour demandeurs d'asile (ADA) voire aucune ressource lorsque leur demande était déboutée.

Etat de santé

Plus d'un quart des enfants étaient atteints d'une pathologie chronique (25,74%). Elles étaient principalement d'ordre neurologique (5,06%) et pneumologique ou allergologique (4,64%). Malgré cela, la plupart des enfants n'avaient aucun suivi médical avant de rencontrer la PASS (75,85%). Ils étaient presque à part égale adressés vers la PASS pour des demandes médicosociales ou purement médicales.

La présence des pathologies psychiques (2,53%) est probablement largement sous-estimée lorsque l'on compare avec les études de prévalences (20)(22). Elles concernaient 19,2% des enfants dans l'étude ENFAMS (22). Dans la présente étude les psychotraumatismes recherchés chez 18 enfants étaient présents pour 16 d'entre eux. Le manque de dépistage à ce niveau s'explique probablement par le manque de solutions à proposer en aval du fait des délais de prise en charge très longs en pédopsychiatrie, des difficultés rencontrées avec la pédopsychiatrie de liaison, de l'absence de praticien formé au psychotraumatisme et de

l'absence de psychologue dédié au sein de la PASS. Le psychologue du service d'urgence pédiatrique se rend régulièrement disponible hors poste pour rencontrer certains de ces enfants, mais il lui est impossible de les prendre tous en charge. L'évaluation psychopathologique devrait être envisagée de façon plus systématique dans un cadre diagnostique et d'accompagnement. Des solutions doivent être apportées à l'avenir.

b. Parcours de soin

Fonctionnement du réseau

Le repérage précoce et l'aiguillage des enfants vers la PASS pédiatrique, tout comme la diversité des interlocuteurs sont autant de critères d'une bonne utilisation de la PASS par les intervenants internes et externes au CHU. Bien que le passage aux urgences pédiatriques reste le principal mode d'entrée dans le réseau PASS, les interlocuteurs adressant les enfants se diversifient. Par exemple, les services de PMI dont plusieurs ont été rencontrés dans leurs locaux par l'équipe PASS adressent de plus en plus d'enfants. Le travail de communication et de formation mis en place en amont par l'équipe PASS porte donc ses fruits et permet un recrutement de patients important et adapté.

C'est un résultat à souligner car il est parfois difficile pour les PASS de se rendre visibles auprès des professionnels (54).

En revanche l'orientation par la PASS vers les intervenants extérieurs pour la suite de la prise en charge reste limitée. Presque 14% ont tout de même été adressés vers les PMI ce qui montre encore une fois une bonne collaboration entre ces services et la PASS. Cependant les orientations vers les médecins scolaires, pédiatres libéraux et médecins généralistes sont minoritaires (respectivement 2,95%, 2,53% et 5,06%) alors qu'une fois les droits de sécurité sociale en règle les enfants pourraient prétendre à ces consultations. En effet, à la fin de la prise en charge par la PASS, les enfants n'avaient souvent pas encore de médecin traitant et parfois pas encore de logement fixe. Si l'on compare avec une étude réalisée auprès de 30 PASS généralistes, les patients sont également très peu adressés vers les médecins

généralistes (seulement 6,7% des patients) (21). On peut imaginer qu'il soit difficile pour les familles de rechercher par elles-mêmes un médecin libéral. Pour cela le développement des médiateurs en santé pourrait constituer une part de la solution (55). Il est également aisé de se représenter les difficultés de prise en charge de ces patients dans le cadre de l'exercice libéral. Beaucoup de freins persistent tels que le manque de formation sur la précarité en santé, le manque de connaissance du réseau professionnel et associatif, le manque de valorisation des consultations chronophages ou encore le manque de recours à l'interprétariat.

Interprétariat

Point central dans la prise en charge des patients allophones, l'interprétariat professionnel est indispensable pour assurer des soins et une prévention de qualité, pour informer dans le respect du secret médical, pour obtenir le consentement éclairé et pour favoriser l'autonomie des patients. De plus, les obstacles linguistiques sont multiples tout au long du parcours de soin de ces enfants et peuvent à eux seuls être responsables d'un non recours aux soins. L'interprétariat est un exercice délicat devant être réalisé par un professionnel formé. En effet son rôle n'est pas seulement de traduire mais également de retranscrire de la manière la plus exacte possible les intentions et les émotions tout en gardant une position de tiers et de retrait dans la discussion. Il permet également souvent d'expliquer les nuances culturelles.

Grâce au partenariat avec l'association Mana, l'interprétariat est relativement accessible pour les consultations programmées des PASS de Bordeaux ce qui n'est pas le cas dans toutes les PASS françaises (54). C'est un gros avantage puisque 120 enfants (50,63%) avaient des parents ne parlant pas du tout français et 21 (8,86%) avaient des parents maîtrisant seulement partiellement le français. Sur la période étudiée 100 consultations sur 281 ont été réalisées avec l'aide d'un interprète professionnel physique. Malheureusement l'interprétariat reste peu accessible pour les professionnels de santé extérieurs au CHU ce qui peut freiner une poursuite de suivi en dehors de la PASS.

Bien que parfois difficilement évitable la traduction par un tiers non soignant et/ou non formé à l'interprétariat médical est à proscrire autant que possible. La PASS n'y a plus recours actuellement car elle présente plusieurs inconvénients majeurs notamment le non-respect du secret professionnel et de la confidentialité, ce qui pose particulièrement problème pour les pathologies psychiatriques et psychologiques. Elle peut donner également un rôle disproportionné au tiers avec un risque de transfert de responsabilité et de perte d'autonomie du patient. La traduction par les enfants mineurs, qui apprennent le français plus rapidement que les adultes est particulièrement critiquable car elle leur donne un rôle trop important pouvant avoir des répercussions psychologiques (56).

Dépistage

L'équipe de la PASS pédiatrique a pris le parti de ne réaliser aucun dépistage systématique mais de proposer un dépistage ciblé en fonction du parcours migratoire, des conditions de vie et des symptômes.

Dans cette étude, certains taux de dépistages sont probablement sous-estimés car souvent non renseignés dans les dossiers lorsqu'ils étaient normaux. On peut citer par exemple le développement statur pondéral, le développement psychomoteur et le statut vaccinal qui sont réalisés presque systématiquement alors qu'ils n'apparaissent recherchés que chez respectivement 41,77%, 40,09% et 56,54% des enfants. Malgré la prise en compte de ce biais, on remarque que le dépistage de certaines pathologies était insuffisant au début de l'activité de la PASS.

La première raison pouvant expliquer cette constatation est le lieu de consultation qui apparaît souvent inadapté. La PASS ne dispose pas de locaux dédiés, et en dehors des consultations programmées les enfants étaient majoritairement vus par l'IPDE PASS directement aux urgences ou dans les services hospitaliers. Ces consultations avaient lieu en l'absence du médecin référent PASS et avec l'aide si nécessaire des internes et médecins disponibles. Bien que très utiles pour résoudre les problèmes aigus, ces interventions étaient souvent faites dans des conditions obligeant à aller à l'essentiel ou à l'urgent. Un espace

dédié à la PASS pédiatrique est envisagé dans le futur service des urgences pédiatriques courant 2021.

La deuxième raison était la réduction du temps médical disponible par rapport à une demande de soins importante et croissante. Le médecin pédiatre en consultation face à de nombreuses situations médico-sociales extrêmement complexes a pu être contraint par manque de temps à laisser de côté certains aspects semblant moins urgents ou pouvant être réalisés par d'autres professionnels en dehors de la PASS. On pense par exemple au dépistage sensoriel qui est très chronophage (réalisé chez seulement 7 enfants) ou à d'autres dépistages compliqués à mettre en œuvre de part leur mode de réalisation comme les parasitoses digestives nécessitant des analyses de selles répétées (réalisé chez seulement 5 enfants) ou l'IDR nécessitant un contrôle à trois jours (réalisé chez seulement 3 enfants).

Face à ces patients présentant des problématiques multiples, il est souvent nécessaire de répéter les consultations afin de pouvoir toutes les prendre en charge. Pour cela un renforcement du temps médical ainsi qu'une meilleure articulation avec la médecine de ville semblent essentiels.

Enfin d'autres dépistages n'aboutissent pas à une proposition thérapeutique concrète et sont de ce fait peu réalisés. Outre les troubles psychiques déjà cités, on peut aussi considérer le critère du surpoids. Dans les situations de grande précarité il semble très difficile de délivrer des conseils hygiéno-diététiques à une famille qui connaît des difficultés alimentaires majeures du fait de son manque de ressources économiques.

Sans tomber dans le piège de la stigmatisation, on pourrait proposer les dépistages de façon plus systématique en l'attente d'une reprise de suivi médical chez ces enfants.

Les problèmes dentaires par exemple n'ont été signalés comme recherché que chez 9,7% des enfants (et étaient présents chez 7,59%). Il faut tout de même signaler qu'il est difficile pour l'équipe PASS d'obtenir des consultations dentaires pour ces enfants bien que Bordeaux ait la chance de disposer d'une PASS odontologique.

Le saturnisme est à rechercher devant des signes cliniques d'intoxication au plomb (anémie persistante ou des troubles du développement ou neurologiques) mais également chez les enfants de moins de 6 ans arrivés en France dans l'année précédente, chez ceux vivant dans des logements à risque ou dont les parents présentent une activité professionnelle à risque ou encore chez ceux utilisant certains cosmétiques ou vaisselle traditionnels (57)(58).

Le dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL) est recommandé chez les enfants ayant séjourné en zone endémique (Afrique, Asie, Amérique latine). La PASS a récemment rencontrée l'équipe du centre de lutte antituberculeuse (CLAT) mais celui-ci n'est pour le moment pas en mesure d'accueillir tous ces enfants en prévention primaire. On pourrait cependant proposer un dépistage individuel plus fréquent, si l'IDR est trop compliqué à réaliser, par test in vitro de production de l'interféron γ ou par radiographie pulmonaire en fonction du contexte et des facteurs de risque (59)(60).

Concernant les pathologies virales chroniques, les sérologies VIH, VHB et VHC sont désormais proposées systématiquement lors des premières consultations. L'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) combiné VIH/VHB/VHC pourrait s'avérer utile dans certains contextes difficiles, bien que ces tests ne constituent pas l'examen de référence et ne permettent pas de connaître le statut vaccinal pour le VHB. (61)(62).

Enfin, la réalisation d'une fiche de santé intégrée dans le carnet de santé recensant les pathologies qui ont ou non pas été dépistées pourrait à la fois améliorer le suivi et permettre d'éviter de répéter les soins en cas de déménagement ou de transfert non programmé des familles.

Consciente de cet axe d'amélioration la PASS pédiatrique a déjà engagé des démarches avec notamment une demande de poste d'interne de médecine générale validant pour la pédiatrie, pour augmenter l'offre de temps médical et ainsi renforcer l'accès aux soins de ces enfants.

Suivi

Une fois les patients rencontrés et les situations sociales mises à jour, la PASS a permis d'organiser un suivi médical de qualité lorsque cela était nécessaire. Celui-ci comprenait des consultations PASS avec le médecin pédiatre pour 56 enfants (23%) et des consultations spécialisées pour 75 enfants (32%). Des examens complémentaires ont été programmés pour 35 enfants (14,8%).

Les consultations PASS, surtout les premières, sont longues et complexes. Elles permettent de dégager les différentes problématiques médicales, sociales et environnementales que présentent les enfants, et de planifier en accord avec les familles un plan de soins. L'explication et l'organisation des différents rendez-vous puisque chronophages, constituent une partie non négligeable du travail de l'équipe PASS en plus des soins procurés lors des interventions.

Du fait encore une fois de nombreux facteurs en lien avec leur situation de précarité, l'absentéisme aux consultations programmées est non négligeable dans cette population. Cependant les taux de présentation aux consultations restaient corrects, avec 79,17% des consultations PASS et 88,36% des consultations spécialisées qui étaient honorées.

On peut souligner que parmi les enfants suivis en consultation aucun n'a consulté de manière itérative. En dehors de ceux qui souffraient de pathologies chroniques et qui ont ensuite bénéficié d'un suivi spécialisé, seulement 9 enfants ont consulté plus de deux fois à la PASS avec un maximum de 6 fois. Ces chiffres peuvent sembler encourageants au regard de l'objectif initial qui est de permettre un accès vers les parcours de soins classiques. Cependant cette étude ne permet pas de savoir quelle est la proportion de ces enfants qui a été réintroduite avec succès dans le droit commun et lesquels ont été simplement perdus de vue. Cela pourrait être envisagé lors d'études ultérieures prospectives.

Consultations aux urgences pédiatriques

Avant la création de la PASS, les consultations aux urgences de ces enfants présentaient un double problème. D'une part elles étaient souvent leur seul contact avec le corps médical, or il est très compliqué d'appréhender la complexité des problématiques présentées dans un service d'urgence où le personnel n'a ni le temps, ni la formation nécessaires. D'autre part, le retard de recours aux soins entraînait un état de santé dégradé et souvent des consultations multiples. Ces consultations étaient souvent épuisantes pour les professionnels et ne permettaient pas de répondre aux besoins de soins des enfants.

Dans cette étude, on observe que la cohorte a globalement été peu consommatrice du service d'urgence.

Suite à leur premier contact avec la PASS, seulement 42% des enfants ont consulté aux urgences pédiatriques dont plus de la moitié une seule fois. Si l'on compare, dans l'année précédant leur connaissance de la PASS, 64% d'entre eux avaient consulté aux urgences. Bien sûr cette évolution n'est pas seulement attribuable à l'intervention de la PASS, mais à bien d'autres facteurs comme l'obtention d'un logement ou la meilleure connaissance du système de soins, mais elle est à souligner.

Après la prise en charge par la PASS, la population qui avait recours aux urgences pédiatriques était majoritairement représentée par les primo-arrivants puisque 74% d'entre eux étaient en France depuis moins de trois mois. En effet ces patients n'ont souvent pas encore de droits ouverts et ne connaissent pas bien l'organisation des soins ce qui les rend plus à même de consulter aux urgences. Malgré cela peu d'enfants ont consulté de manière multiple. Seulement 4 enfants (1,7%) ont consulté plus de 5 fois aux urgences sur la période étudiée.

Ces passages aux urgences bien que peu nombreux étaient à 34,2% constitués par des consultations de pédiatrie générale ne relevant pas d'une prise en charge urgente. La principale explication est que, comme décrit précédemment la plupart des enfants de l'étude ne bénéficiaient d'aucun suivi en dehors de la PASS. Même pour ceux suivis par les PMI, il n'est pas toujours facile d'y obtenir un rendez-vous en urgence. Les familles ont donc tendance à se tourner plus facilement vers l'hôpital, clairement identifié comme lieu de soin de premiers recours en cas de problème. Ensuite, ces consultations sont parfois prétextes à des demandes plus insidieuses, notamment psychiques (63) ou sociales. On peut citer l'exemple de l'un des enfants dont la mère souffrait d'importants troubles anxieux qui a ainsi consulté 24 fois en un an, quasiment exclusivement pour des motifs non urgents voire inexistantes. Enfin, dans le contexte difficile de l'hébergement d'urgence sur l'agglomération bordelaise le recours aux urgences a malheureusement parfois été un moyen pour ces familles de trouver un lieu de sécurité pour passer la nuit.

On peut tout de même noter que 58,41% des consultations aux urgences dénombrées concernaient soit des consultations justifiées aux urgences, soit des reconvoications par l'équipe des urgences, soit un passage par la PASS nécessaire pour l'accès aux traitements.

3,15% des consultations étaient en relation avec des pathologies chroniques suivies à l'hôpital.

3. Forces et limites de l'étude

Les forces de cette étude sont l'originalité du travail, la cohorte conséquente de 237 patients, la diversité des items du recueil de données qui a permis de dresser un portrait assez complet de l'échantillon et de son parcours, et l'apport de données sociodémographiques et épidémiologiques peu décrits sur la population des enfants en situation de grande précarité.

Les limites de cette étude sont quant à elles celles inhérentes à une étude épidémiologique rétrospective.

Il existe une perte de données avec un nombre non négligeable de champs non renseignés. Par exemple, certains examens réalisés en externe ou certaines informations non notées dans les dossiers car normaux ou considérés comme peu importants au moment de la rédaction peuvent manquer. Cela entraîne probablement une sous-estimation de ces critères et donc un biais de mémorisation.

D'autres part les renseignements n'étaient pas systématiquement recueillis et colligés dans les dossiers par la même personne ce qui risque d'induire un biais de classement.

Enfin, bien qu'en partie standardisée par la présence de « macrocibles » une part importante des dossiers était rédigée en « texte libre » avec un risque de biais d'interprétation lors du recueil de données.

4. Perspectives

Depuis sa création en 2016, la PASS pédiatrique est en perpétuelle amélioration pour s'adapter au mieux aux situations rencontrées. La PASS mobile, en fonctionnement depuis fin 2017 vient compléter ce réseau en allant vers les enfants les plus éloignés du système de soin. En 2019, la création de la PASS maternité permettra d'accompagner les femmes enceintes et de lutter contre les inégalités sociales de santé dès la période prénatale. Un lien pourra être fait avec la PASS pédiatrique par la suite.

A présent forte de son expérience, la PASS pédiatrique doit poursuivre son évolution dynamique.

La forte domination des enfants de nationalité étrangère dans la population étudiée interroge sur le dépistage des indices de précarité, parfois plus insidieux et difficiles à repérer chez les enfants de nationalité française. Des actions d'informations pourraient être envisagées dans ce sens.

L'enrichissement du réseau, des liens et des rencontres avec les différents interlocuteurs et acteurs de cette organisation est primordial. Afin d'optimiser le parcours de soin de ces enfants et de permettre une prise en charge de qualité, il est important que les différents intervenants du réseau précarité soient clairement repérés et connaissent mutuellement les rôles de chacun. Pour la PASS, cela permet à la fois un recrutement adapté des enfants qui nécessitent son aide et une possibilité d'adresser les enfants vers d'autres structures lorsqu'ils ne relèvent plus de sa prise en charge. Devant la multitude des instances médico-sociales, institutionnelles et associatives et le roulement des équipes, ce travail est sans cesse à renouveler. C'est pourquoi la PASS poursuit son travail de communication.

La question de la précarité concerne l'ensemble des soignants dès le début de leur activité professionnelle et dès leurs premiers contacts avec les patients. Chacun sera amené au cours de son cursus à y être confronté, et parfois à être par la suite l'un des maillons du parcours de soin de ces enfants. Or ces interventions restent trop souvent difficiles pour les professionnels. Pour pallier cela, l'enseignement est primordial précocement dans le cursus

étudiant. La PASS pédiatrique s'est saisie d'une partie de cette mission en intervenant auprès de l'école de puériculture, des internes de l'hôpital des enfants ainsi que des médecins scolaires. Ces activités sont à encourager afin de sensibiliser nos collègues. Former le personnel soignant et sensibiliser l'opinion publique aux déterminants de santé font d'ailleurs partie des axes d'action proposés par l'OMS pour promouvoir l'équité en santé (11).

Pour finir, la PASS au plus près des patients et de leurs difficultés, rassemble de nombreux renseignements pouvant permettre de mieux comprendre ces populations et d'ajuster les prises en charge. Elle a donc un rôle intéressant à jouer dans la collection des données épidémiologiques et les activités de recherche. Elle a déjà permis de réaliser deux mémoires dans le cadre du DU santé-précarité, cette activité de recherche doit se poursuivre à l'avenir. Concernant la présente étude, elle pourrait être complétée par une étude s'intéressant au parcours de soin des enfants en dehors du CHU par exemple par une étude prospective ou de type patient-traceur. On pourrait également réaliser des études plus axées sur les données médicales et pathologiques de ces patients. Il serait également utile d'évaluer le point de vue des patients et celui des professionnels de santé sur l'activité de la PASS par des études qualitatives.

V. Conclusion

Cette étude fait un bilan prometteur de la première année d'activité de la PASS pédiatrique médico-sociale du CHU de Bordeaux. Ces résultats sont d'autant plus louables qu'ils ont été obtenus en peu de temps dès les premiers mois d'activité par une petite équipe.

La PASS a su se rendre visible au sein de l'établissement et auprès des intervenants extérieurs et a su s'intégrer au réseau médico-social de l'agglomération. Sur l'année étudiée elle a pu accompagner le retour vers le droit commun de 237 enfants. Elle leur a offert un lieu d'accueil et d'information, les a aidés dans l'ouverture de leurs droits, leur a procuré des soins adaptés et un accès aux médicaments, les a accompagnés vers d'autres professionnels si nécessaire et leur a permis de s'exprimer dans leur langue.

Sa création a également permis de sensibiliser le personnel hospitalier au repérage des indices de précarité et aux spécificités de ces populations.

Le nombre de consultations aux urgences pédiatriques des enfants qu'elle a pris en charge a été réduit.

La création de PASS montre être une solution efficace d'aide aux patients et aux professionnels de santé confrontés à la précarité. Il existe de plus en plus de PASS généralistes mais encore très peu de PASS pédiatriques en France. Leur développement est à promouvoir pour permettre de réduire les inégalités sociales de santé dès le plus jeune âge.

Reste à sensibiliser l'ensemble des soignants acteurs du parcours de soin à ces problématiques et à leur procurer les moyens de les prendre en charge. Pour cela les missions de recherche et d'enseignement prennent toute leur importance.

VI. Bibliographie

1. Argouar'ch J, Cazenave-Lacrouts M-C. Les niveaux de vie en 2015. INSEE Première. sept 2017;(1665).
2. Centre de recherche de l'UNICEF. « Construire l'avenir. Les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches », Bilan Innocenti 14. Innocenti, Florence; 2017.
3. Centre de recherche de l'UNICEF. Equité entre les enfants. Tableau de classement des inégalités de bien-être entre les enfants des pays riches. Florence; 2016. (UNICEF). Report No.: Bilan Innocenti 13.
4. ONPES. Enfants pauvres, enfants démunis: Quels indicateurs ? Les Cahiers de l'ONPES. oct 2017;(1).
5. Guyavarch E, Garcin E. Publics hébergés par le 115 de Paris : une forte progression des familles. Informations sociales. 2014;2(182):142-9.
6. UNICEF France. Rapport d'activité 2015. Pour chaque enfant. 2015.
7. Médecins du monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. 2016.
8. Médecins du monde. Synthèse du Rapport de l'Observatoire de 2017. Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe. 2017.
9. synthese-rapport-enfams.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/sites/default/files/publications/documents/synthese-rapport-enfams.pdf>
10. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers - Insee Première - 1584 [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110#titre-bloc-6>
11. Organisation mondiale de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2008.
12. De Saint Pol T. Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge. Inpes. déc 2013;(426):20-2.
13. Kelly-Irving M, Delpierre C, Lang T. Comment les facteurs socio-environnementaux durant l'enfance influencent-ils la santé au cours de la vie ? Inpes, coll Santé en action. sept 2016;(437):10-3.
14. Doineau Elisabeth, Godefroy Jean-Pierre. Rapport d'information du sénat fait au nom de

la commission des affaires sociales sur la prise en charge sociale des mineurs non accompagnés. 2017 juin. Report No.: 598.

15. Georges-Tarragano C, Grassineau D, Astre H, Gaillard J. Soigner les migrants dans les PASS. Une pratique spécifique, miroir d'une approche universelle. *Laennec*. 2017;65(1):25-37.
16. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France : effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Revue économique*. 2009;60(2):385-411.
17. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie PubliquePublic Econ*. 15 nov 2012;(24-25):73-100.
18. Safon MO. La santé des migrants : bibliographie thématique. Centre de documentation de l'Irdes [Internet]. 2018 févr. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>
19. Comede. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. 2015.
20. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacobelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidémiol Hebd*. 5 sept 2017;(19-20):405-14.
21. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Epidémiol Hebd*. 5 sept 2017;19-20:396-405.
22. Observatoire du samusocial de Paris. Rapport d'enquête ENFAMS. Enfants et familles sans logement personnel en Ile-De-France. 2014 oct.
23. médecins du monde. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016 [Internet]. 2016 [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016>
24. Guignon N, Collet M, Gonzalez L, De Saint Pol T, Guthman JP, Fonteneau L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Etudes et résultats, DREES*. sept 2010;(737):8.
25. Guignon N, Delmas MC, Fonteneau L, Perrine AL. La santé des élèves de CM2 en 2015: un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Etudes et résultats, DREES*. févr 2017;(0993).
26. Fluss J, Ziegler J, Ecalle J, Magnan A, Warszawski J, Ducot B, et al. Prévalence des troubles d'apprentissages du langage écrit en début de scolarité : l'impact du milieu

- socioéconomique dans 3 zones d'éducatons distinctes. Arch Pédiatrie. juin 2008;15(6):1049-57.
27. Grobon S, Panico L, Solaz A. Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(1):2-9.
 28. Sznajder M, Chevallier B. Accidents d'enfants et déterminants sociaux. mt pédiatrie. août 2009;12(4):10.
 29. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma mangement and prevention [Internet]. 2018. Disponible sur: www.ginasthma.org
 30. Magali C. Prévalence des différentes dimensions de précarité/vulnérabilité, retentissements et comorbidités associées chez des enfants et adolescents, en surpoids ou obèses, suivis au Centre Spécialisé Obésité (CSO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux entre 2014 et 2016.
 31. De Saint Pol T. Obésité et milieux sociaux en France: les inégalités augmentent. Bull epidemiol hebd. 2008;(20).
 32. Calvet L, Moisy M, Chardon O. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. DREES Etudes et résultats. juill 2013;(847).
 33. Dollfus C. Saturnisme chez l'enfant. EMC-Pédiatrie-Maladies infectieuses. 2014;9(2):1-9.
 34. Verrier A, Pécheux M. Situation du saturnisme en France et prévention: état des lieux. Inpes, coll Santé en action. sept 2016;(437):42-3.
 35. Olives J-P. Causes des déficits en fer chez l'enfant. Arch Pédiatrie. mai 2017;24(5S):52-5.
 36. Pouessel G, Dumortier J, Lagrée M, Pierre M-H, Ganga-Zandzou P-S, Ythier H, et al. La gale : une infection fréquente en pédiatrie. Arch Pédiatrie. nov 2012;19(11):1259-60.
 37. Bouhamam N, Laporte R, Boutin A, Uters M, Bremond V, Noel G, et al. Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. mars 2012;19(3):242-7.
 38. Chappuis M. Accès aux soins : le parcours du combattant des étrangers en situation précaire. Les constats de l'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde. Apres-Demain. 2012;23(3):24-6.
 39. Desprès C, Guillaume S, Couralet PE. Rapport de l'IRDES. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris: une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. juill 2009;
 40. Médecins du monde. « Je ne m'occupe pas de ces patients », Testing sur le refus de soins

des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat dans 10 villes de France. 2006 oct.

41. WHO. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. :45.
42. Loureiro Soares CP, Burton-Jeangros C, Martins-Dominati E, Jackson Y-LJ. Précarité et compétences en santé. REISO - Rev Inf Soc [Internet]. 2017 [cité 5 janv 2019]; Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:107123>
43. Lugerini M. Quelles sont les difficultés des médecins généralistes face à la santé de l'enfant en situation de précarité ? Enquête qualitative auprès de dix médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. 2016.
44. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 11 mars 2013;12:18.
45. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 | Légifrance, le service public de l'accès au droit [Internet]. [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
46. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
47. Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (texte intégral) [Internet]. Humanium • Nous concrétisons les droits de l'enfant. [cité 19 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.humanium.org/fr/texte-integral-convention-internationale-relative-droits-enfant-1989/>
48. Code de la santé publique - Article L1110-1. Code de la santé publique.
49. Code de la santé publique - Article L1110-3. Code de la santé publique.
50. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
51. Les PASS en Nouvelle-Aquitaine | Coordination régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé de la Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.sante-pass-aquitaine.fr/les-pass-en-aquitaine>
52. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. 2011;(18):128-34.
53. Seban L. Difficultés d'accès aux soins des enfants en situation de précarité: étude réalisée

aux urgences pédiatriques du C.H.U de Bordeaux du 3 novembre au 4 décembre 2011. Bordeaux; 2012.

54. Médecins du monde. Etat des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent. 2010.
55. Haute autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. 2017 oct.
56. Haute autorité de santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques [Internet]. 2017 oct. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf
57. Rapport HCSP Full Text PDF [Internet]. [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20171119_gruidepratique_epeccsaturnisme.pdf
58. Laporte R, Le Lay E, Le Masne A, Verrier A. Santé publique France. Repères pour votre pratique. Diagnostiquer et prévenir le saturnisme avant 18 ans [Internet]. 2017 déc. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr
59. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction n°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants [Internet]. 2018 juin [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: https://expat-elan.fr/images/10-textes-de-lois/instructions/2018/instruction_2018-06-08_NOR-SSAP1816090J_relative-a-la-mise-en-place-du-parcours-de-sante-des-migrants-primo-arrivants.pdf
60. Inpes. Dépistage et diagnostic précoce de la tuberculose. 2009;
61. Pauti MD, Tomasino A, Mari C, Mathieu C, Kartner A, Idrissu C, et al. Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France. Bull epidemiol hebd. 2016;13-14:230-6.
62. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B, synthèse de la recommandation en santé publique. 2016 juin.
63. Joannès A. Repérage de la souffrance psychique des patients migrants dans une PASS généraliste et orientation vers des soins psychiques: analyse rétrospective de l'expérience de la PASS du CHU de Bordeaux et discussion croisée avec des acteurs d'autres PASS. Université de Bordeaux; 2018.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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