



HAL
open science

Comparaison des problématiques de santé des jeunes migrants avec celles des jeunes non-migrants en rupture consultant dans l'Unité Guy Môquet de l'Hôtel Dieu à Paris

Thibault Defour

► **To cite this version:**

Thibault Defour. Comparaison des problématiques de santé des jeunes migrants avec celles des jeunes non-migrants en rupture consultant dans l'Unité Guy Môquet de l'Hôtel Dieu à Paris. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02276272

HAL Id: dumas-02276272

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02276272v1>

Submitted on 2 Sep 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 149

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Comparaison des problématiques de santé des jeunes migrants avec
celles des jeunes non-migrants en rupture consultant dans
l'Unité Guy Môquet de l'Hôtel Dieu à Paris

Présentée et soutenue publiquement
le 17 septembre 2018

Par

Thibault DEFOUR

Né le 19 octobre 1988 à Auxerre (89)

Dirigée par M. Le Docteur Thomas Girard, PH

Jury :

M. Le Professeur Serge Gilberg, PU Président

M. Le Docteur Pierre Chauvin, INSERM

Mme Le Docteur Josette Raymond, MCU

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Serge Gilberg pour avoir accepté de présider mon jury,

A Madame le Docteur Josette Raymond et Monsieur le Docteur Pierre Chauvin pour avoir accepté d'évaluer mon travail,

A Monsieur le Docteur Thomas Girard pour la direction de ce travail, sa disponibilité, son expertise et ses conseils avisés,

A toute l'équipe de l'unité Guy Môquet pour sa disponibilité, son professionnalisme et sa bonne humeur,

A Monsieur le Dr Raoul Saada pour m'avoir fait découvrir et aimer le métier de médecin généraliste,

A mes chefs pour m'avoir formé et fait de moi un médecin,

A mes parents pour leur soutien indéfectible durant toutes ces années. Merci de m'avoir permis de devenir ce que j'ai toujours rêvé d'être,

A mes deux frères pour leur soutien, leur humour et leur bonne humeur,

Je vous aime tous les quatre,

A Angela pour son amour, sa bienveillance, sa douceur et son sourire,

Aux Jackers' mes amis de toujours et pour toujours,

A JP pour son amitié, ses lancers de raquettes, ses goûts musicaux,

Aux Sérials Zappeurs grâce à qui ces années d'étude ont été jalonnées de rire et de bonheur,

A Caro et Marion alias les Rio-Macarons pour leur folie et leur bonne humeur,

A la Paluche parce que « Nous sommes partout »,

A Rognon pour son amitié et pour me supporter depuis toutes ces années,

A la team des 15-20, Wilfried, Aurélie et Sanaé,

A tous ceux qui me demandaient « c'est pour quand la thèse ? »,

A tous ceux que j'ai oubliés,

ABREVIATIONS :

AcHBs : Anticorps dirigés contre l'antigène HBs
AcHBc : Anticorps dirigés contre l'antigène HBc
ADN : Acide DésoxyriboNucléique
AgHBs : Antigène HBs
AME : Aide Médicale d'Etat
ARN : Acide RiboNucléique
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
BU : Bandelette Urinaire
CASO : Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation
CMU(c) : Couverture Maladie Universelle (complémentaire)
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines
ECOGEN : Eléments de la CONSULTATION en médecine Générale
EFR : Exploration Fonctionnelle Respiratoire
ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé
ESPT(C) : Etat de Stress Post-Traumatique (Complet)
FAN :FacteursAntiNucléaires
HBSC : Health Behaviour in School-aged Children
HP : Helicobacter Pylori
IDM : Infarctus Du Myocarde
IgG : Immunoglobulines de type G
IMC : Indice de Masse Corporelle
INED : Institut National d'Etudes Démographiques
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVS : INstitut de Veille Sanitaire
IOTF : International ObesityTask Force
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LCA : Ligament Croisé Antérieur
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PCR : Polymerase Chain Reaction
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PV : Prélèvement Vaginal
ROR : Rougeole Oreillons Rubéole
TCA : Temps de Céphaline Activée
TP : Taux de Prothrombine
TSH : Thyroestimuline
UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

TABLE DES MATIERES :

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	6
ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	7
A) Les migrants et la migration	7
B) Les inégalités sociales de santé	8
C) L'état de santé des migrants	10
D) Les migrants et le système de santé en France	11
E) L'adolescence et le concept de rupture	14
F) L'Unité Guy Môquet	15
OBJECTIFS	16
MATERIELS ET METHODES	17
RESULTATS.....	18
A) Caractéristiques de la population	18
B) Caractéristiques des migrants	20
C) Mode de vie	23
D) Addictions	28
E) Indice de masse corporelle	32
F) Pathologies somatiques	38

G) Pathologies psychiatriques	40
H) Vaccinations	44
I) Pathologies infectieuses	45
J) Helicobacter pylori	48
K) Anémie et carence martiale	48
L) Gynécologie	50
M) Dysthyroïdies et autres pathologies	52
N) Principales différences statistiquement significatives entre migrants et non-migrants	55
O) Principales différences significatives entre migrants en France depuis moins de deux ans et migrants résidant depuis deux ans ou plus.....	56
DISCUSSION	57
CONCLUSION	73
ANNEXE	74
BIBLIOGRAPHIE	77

INTRODUCTION :

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de santé sont les plus élevées en Europe occidentale.

Afin d'essayer de les réduire, des centres de santé ont été créés pour prendre en charge les patients les plus précaires.

L'unité Guy Môquet de l'Hôtel Dieu à Paris est un service ambulatoire de consultation pour les jeunes en difficulté, en situation de rupture.

Les médecins de l'unité ont le sentiment que, parmi les patients consultant, les jeunes migrants sont généralement en bonne santé à leur arrivée. Ils semblent même être en meilleure santé que les non-migrants suivis dans l'unité.

Pourtant les migrants présentent des maladies rares ou absentes chez les Français natifs. Cependant leurs problématiques de santé semblent moins graves et moins complexes que celles des jeunes non-migrants en situation de rupture.

Nous nous sommes posé la question de savoir si l'état de santé des jeunes migrants, suivis dans l'unité, était effectivement différent de celui des non-migrants en difficulté.

Cette thèse a donc comme objectif de comparer les problématiques de santé des jeunes migrants avec celles des non-migrants en rupture consultant dans l'unité Guy Môquet de l'Hôtel Dieu à Paris. Pour ce faire, j'ai réalisé un travail de recueil et d'analyse des données contenues dans les dossiers médicaux des nouveaux patients ayant consulté dans l'unité sur une année.

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES :

La France a été, depuis le milieu du XIX^e siècle, le premier et le plus grand pays d'immigration en Europe. Elle a conservé ce statut jusque dans les années 1960. Ce lien important avec les flux migratoires peut être expliqué par sa situation géographique et son passé colonial.

En Europe, elle est aujourd'hui dépassée par l'Allemagne et l'Espagne. Mais elle reste un des pays du monde accueillant le plus de migrants (7^e pays du monde selon l'OCDE en 2013) [1].

A) Les migrants et la migration :

Il existe plusieurs définitions des migrants. En France, ils sont généralement définis comme les personnes nées étrangères à l'étranger et résidant sur le territoire. Cette définition exclut donc les Français nés à l'étranger. Par contre elle inclut les personnes nées étrangères naturalisées.

Dans d'autres pays, le terme de migrant désigne les personnes nées à l'étranger, indépendamment de leur nationalité.

Le nombre de migrants vivant sur le territoire n'est pas connu avec précision. En 2013 il était estimé à au moins 5,8 millions sur les près de 67 millions d'habitants en France [2].

Parmi ces migrants, les Algériens sont les plus nombreux (760 000), devant les Marocains (710 000) et les Portugais (607 000) [3].

En 2013, 44% des migrants vivant en France sont nés dans un pays du continent africain. Les personnes nées au Maghreb représentent 30% de l'ensemble des migrants résidant sur le territoire, proportion stable depuis les années 1980. Le phénomène migratoire provenant de l'Afrique subsaharienne est plus récent et concerne surtout des anciennes colonies françaises.

Le nombre de migrants arrivant chaque année est également difficile à estimer précisément. Il se situe entre 200 000 et 400 000 par an selon les estimations dont environ 50% d'extra-européens [4]. Cette fourchette large s'explique par l'immigration clandestine qui n'est pas connue avec précision.

Depuis quelques années, l'immigration européenne est en forte augmentation (+12% par an) notamment du fait de la crise économique touchant fortement certains pays (Portugal, Espagne). Elle concerne une population plus âgée que l'immigration provenant des autres continents.

Le nombre de migrants provenant du continent africain a également augmenté entre 2009 et 2012 (+1% par an en moyenne).

On distingue classiquement l'immigration en fonction de son motif. Ainsi la principale cause de migration est familiale (41%). Viennent ensuite les études (29%) puis les motifs économiques (13%).

Un demandeur d'asile est une personne qui dit être un(e) réfugié(e) mais dont la demande est encore en cours d'examen. Leur nombre est en forte augmentation (+24% de 2014 à 2015) [5]. En 2016, 85726 demandes de protection ont été introduites à l'OFPRA dont 63925 premières demandes. Les pays d'origine des primo-demandeurs changent depuis plusieurs années. Les pays de provenance les plus représentés en 2016 sont des pays où sévissent des conflits armés internes ou internationaux. Il en est ainsi du Soudan (au 1^{er} rang des pays de provenance, hors mineurs accompagnants / + 15,8 % par rapport à 2015), de l'Afghanistan (2^e rang / + 166,1 %) et de la Syrie (5^e rang / + 6,2 %). On note également un flux conséquent de demandes d'asile en provenance d'Haïti (3^e rang / + 61,6 %) et d'Albanie (4^e rang / + 104,9 %).

Ces modifications traduisent une évolution des flux migratoires du fait des situations géopolitiques.

Concernant les enfants, la migration est difficile à chiffrer. Les mineurs migrants représentent 12% des 25000 consultants des Caso (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation) de Médecins du Monde en 2016 [6]. Leur nombre est stable autour de 3000 par an. Ils proviennent principalement d'Afrique subsaharienne (40%), de l'Union Européenne hors France (22%), du Maghreb (15%) et d'Europe hors UE (13%). Ils migrent souvent avec leurs parents mais on retrouve près d'un quart de mineurs seuls, non accompagnés (22,6%). Ils bénéficient de la protection offerte par la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant de 1989. En vertu de l'article 2, elle s'applique « à tout enfant relevant de sa juridiction », et inclut tous les enfants « vivant sur le territoire de l'Etat, y compris les visiteurs, les réfugiés, les enfants de travailleurs migrants et ceux qui sont en situation irrégulière ».

La migration des mineurs est rattachée à plusieurs problématiques :

- Accès à la santé et à l'éducation.
- Exclusion sociale.
- Pauvreté.
- Discrimination.
- Travail des enfants, esclavage.
- Trafic d'enfants.
- Exploitation sexuelle.
- Enfants en situation de rue.

Du fait de leur statut socio-économique, de leur pays d'origine, des épreuves de vie et d'autres paramètres, les migrants ont souvent des problématiques de santé différentes des natifs.

B) Les inégalités sociales de santé :

Il est largement démontré que les facteurs sociaux, y compris le niveau d'études, la situation professionnelle, le niveau de revenu, le sexe et l'appartenance ethnique, ont une nette influence sur la santé de l'individu.

Les inégalités sociales de santé correspondent aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc.). Elles concernent toute la population selon un gradient social. Dans tous les pays où les inégalités sociales sont bien mesurées, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur.

Pour parler des groupes sociaux les plus bas dans la stratification sociale, on utilise souvent le terme de précarité. Il définit la condition qui résulte d'« absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même » [7].

La pauvreté définie par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) correspond à un « état de manque en terme de biens (économiques et de ressources de santé) ou de position sociale telle que la personne est incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société ».

Les termes de vulnérabilité et de fragilité sont également utilisés pour désigner des personnes ou des populations à risque depuis le milieu des années 80 [8]. Le terme de fragilité est défini dans le Larousse comme le caractère de ce qui se brise facilement ou encore de ce qui est précaire, vulnérable, faible et instable. En santé, il est principalement utilisé dans le domaine de la gériatrie mais il peut également caractériser d'autres catégories de patients et notamment les personnes en situation de précarité. Plusieurs définitions de la fragilité existent pour la personne âgée. Selon Fried il s'agit d'un syndrome clinique. Pour Arveux, elle se caractérise par un état d'instabilité physiologique exposant à un risque majeur de décompensation fonctionnelle, associé souvent à des phénomènes de cascades et de cercles vicieux, source de perte d'autonomie, d'institutionnalisation ou de décès. Senin la définit comme une situation résultant d'une réduction sévère de la réserve homéostatique qui place la personne âgée dans le plus haut risque de problème adverse de santé incluant la dépendance, l'institutionnalisation et la mort à la suite d'un événement parmi les plus banals. Enfin pour Rockwood, on peut parler de fragilité si un individu répond aux critères de Fried, mais il la définit également comme la sommation de diverses altérations [9]. Dans une certaine mesure, ces définitions peuvent être extrapolées à d'autres populations.

Cette fragilité ou vulnérabilité n'est pas quelque chose de stable dans le temps. Elle peut être réversible ou alors s'aggraver dans le temps. Il apparaît que les changements, les transitions génèrent de la fragilité (migration, chômage, adolescence, etc.).

La pauvreté et la précarité constituent des facteurs de vulnérabilité. La migration qui entraîne des changements majeurs est aussi à même de fragiliser un individu.

Du fait de la migration et de situations souvent précaires, les migrants constituent donc une population vulnérable et fragile.

En 2009, l'OMS a rédigé des recommandations visant à tenter de réduire les inégalités sociales de santé [10].

Elle invite instamment les Etats Membres :

- 1) à s'attaquer aux inégalités en matière de santé à l'intérieur des pays et entre pays en s'engageant politiquement en faveur des grands principes permettant de « combler le fossé en une génération » sur le plan national s'il y a lieu, et coordonner et gérer l'action intersectorielle en faveur de la santé de manière à intégrer l'équité en santé dans toutes les politiques, le cas échéant, en utilisant des instruments d'évaluation de la santé et de l'impact de l'équité en santé ;
- 2) à définir des objectifs et à mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la santé publique en veillant en particulier aux inégalités en matière de santé ;
- 3) à tenir compte de l'équité en santé dans toutes les politiques nationales visant les déterminants sociaux de la santé, et à envisager d'élaborer et renforcer des politiques universelles globales de protection sociale, y compris de promotion de la santé, de prévention des maladies et de soins de santé, et de promouvoir la disponibilité et l'accessibilité des biens et services indispensables à la santé et au bien-être ;
- 4) à favoriser le dialogue et la coopération entre les secteurs concernés de sorte que la santé soit prise en considération dans les politiques publiques pertinentes et que l'action intersectorielle soit renforcée ;
- 5) à attirer davantage l'attention des personnels soignants du secteur public comme du secteur privé sur la façon de tenir compte des déterminants sociaux lorsqu'ils dispensent des soins à leurs patients ;
- 6) à contribuer à l'amélioration des conditions de vie quotidiennes qui favorisent le bien-être sanitaire et social tout au long de la vie en associant tous les partenaires intéressés, y compris la société civile et le secteur privé ;

- 7) à favoriser l'autonomisation des individus et des groupes, en particulier ceux qui sont marginalisés, et à prendre des mesures pour améliorer les aspects sociétaux qui affectent leur santé ;
- 8) à générer de nouvelles méthodes et données factuelles adaptées à la situation de chaque pays, ou à utiliser celles qui existent, pour agir sur les déterminants et les gradients sociaux de la santé et sur des inégalités en matière de santé ;
- 9) à mettre au point et utiliser des systèmes d'information sanitaire et des moyens de recherche et à les améliorer au besoin, de manière à surveiller et mesurer la santé de leurs populations en fonction de données ventilées, par exemple par âge, sexe, origine ethnique, race, caste, profession, niveau d'études, revenu et emploi, quand la législation nationale et le contexte l'autorisent, afin que les inégalités en matière de santé puissent être mises en évidence et l'impact des politiques sur l'équité en santé mesuré.

Ces recommandations montrent l'importance de ces inégalités sociales de santé et la nécessité d'agir afin de les réduire au maximum.

Les migrants constituent une population qui, bien qu'hétérogène, est globalement fragile. Aussi leur état de santé global est souvent différent de celui des natifs.

C) L'état de santé des migrants :

Les premières études s'intéressant à l'état de santé des migrants en France semblaient montrer un meilleur état de santé que celui des natifs. En 1975, une étude avait retrouvé que l'espérance de vie à la naissance des hommes était supérieure chez les étrangers résidant en France (70,12 ans contre 69,66 pour les Français) et ce grâce à une plus faible mortalité après 30 ans [11]. Cette sous-mortalité semblait d'autant plus importante aux âges où elle existait, que le flux migratoire était récent.

Ce constat a été confirmé par les résultats de plusieurs études. Ainsi en 1995, une étude a retrouvé que les Marocains vivant en France avaient une mortalité plus faible que celle du pays d'accueil [12]. D'autres travaux contemporains ont mis en évidence le meilleur état de santé des étrangers [13;14]. Après ajustement sur l'âge, les étrangers jouissent d'une meilleure longévité que l'ensemble de la population, et présentent également une moindre incidence d'invalidité [15].

Pour expliquer cette tendance, l'hypothèse du « healthy migrant effect » a été avancée. Elle suppose que les migrants sont en meilleure santé en moyenne que la population de leur pays d'origine. En effet les personnes en bonne santé sont plus aptes à effectuer la migration et à trouver un travail dans le pays d'accueil [16]. Cependant cet effet ne permet pas d'expliquer totalement un meilleur état de santé que les habitants du pays d'accueil.

Un second biais permettrait d'expliquer la sous-mortalité des migrants. Il s'agit de la tendance des migrants à retourner dans leur pays d'origine en fin de vie afin d'y mourir et d'y être inhumé. Ainsi, si leur décès survient dans leur pays d'origine, il n'apparaît pas dans les statistiques de mortalité en France.

Cette tendance de meilleur état de santé des migrants semble pourtant être remise en cause dans les études françaises plus récentes contrairement à la plupart des données internationales.

En 2005, une étude utilisant les données de l'enquête « Passage à la retraite des immigrés » réalisée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse retrouve un état de santé subjectif globalement moins favorable chez les migrants et une tendance à la détérioration avec les années passées en France [17].

Ces résultats sont en partie confirmés par une étude de 2008 réalisée par l'IRDES [18]. Cette étude ne s'appuyait pas sur l'espérance de vie mais sur d'autres critères afin d'apprécier l'état de santé. Le premier critère était l'état de santé perçu en répondant à la question « Comment est votre état de santé général ? ». Le deuxième concernait les maladies chroniques (« Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies chroniques ? »). Enfin la dernière question portait sur les incapacités : « Etes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ».

Cette étude s'intéressait à trois populations : les Français de naissance, les migrants étrangers et les migrants naturalisés.

Elle concluait que l'état de santé perçu des migrants était moins bon que celui des natifs, sans différence entre les étrangers et les naturalisés.

Par contre les résultats étaient plus contrastés pour les deux autres marqueurs, à savoir le fait de souffrir de maladie chronique et de limitations d'activité. Les migrants étrangers déclarent, moins fréquemment que les Français de naissance, souffrir de maladie chronique et de limitations d'activité, les immigrés naturalisés n'ayant pas un état de santé différent des Français nés en France.

Ces divergences de résultats selon l'indicateur de santé utilisé peuvent s'expliquer par plusieurs hypothèses. Tout d'abord celle du « healthy migrant » qui permet de penser que les migrants sont en meilleur état de santé et ont donc moins de maladies chroniques et de limitations afin de pouvoir réaliser la migration. Ensuite la moindre déclaration de maladie chronique ou de limitation d'activité peut être expliquée par une plus mauvaise compréhension de ces indicateurs ou par une différence de normes et d'attentes en matière de santé chez les migrants.

A l'inverse, le statut socio-économique et les conditions de travail souvent plus dures, pourraient expliquer en partie le moins bon état de santé perçu chez les migrants.

Mais cette étude montre qu'il y a un effet résiduel propre à la migration et que l'état de santé perçu est moins bon indépendamment des conditions socio-économiques et de travail.

Une revue de la littérature a été réalisée dans le BEH de janvier 2012 afin d'évaluer « L'Etat de santé et (le) recours aux soins des immigrés en France » [19]. Elle confirme que de meilleur, l'état de santé des migrants est devenu moins bon que celui des Français en 30 ans.

Les hypothèses pour expliquer ce moins bon état de santé sont un « effet d'usure » lié à des emplois plus pénibles ou à une situation socio-économique plus précaire.

La perte des liens sociaux semble également être un facteur majeur dans l'altération de l'état de santé des migrants. Une étude réalisée en 2009 retrouve que le capital social (l'engagement civique et le soutien social) expliquerait 53,9 % de la différence d'état de santé entre les migrants et les non-migrants [20].

Les migrants présentent également des difficultés d'accès aux soins pouvant expliquer la différence d'état de santé.

D) Les migrants et le système de santé en France :

Les inégalités sociales de santé se traduisent par des inégalités d'accès aux soins. Les difficultés d'accès touchent principalement les personnes précaires ou fragiles. Elles ne sont pas le propre des migrants. Cependant elles semblent encore plus importantes dans cette population.

On peut classer les difficultés d'accès aux soins en primaire et secondaire.

Accès primaire aux soins :

Les inégalités d'accès primaire tiennent aux difficultés de la rencontre entre l'offre et la demande. Elles peuvent être du fait des utilisateurs potentiels et/ou des professionnels.

Du côté des utilisateurs potentiels, il peut s'agir d'une méconnaissance du besoin de soins ou d'une offre à même de le satisfaire, ou encore de renoncement aux soins.

Une étude a montré en 2009 que les migrants étrangers recourent moins au médecin généraliste et encore moins au spécialiste que les Français. La principale raison semble être la précarité socio-économique et particulièrement l'accès à une complémentaire santé [21].

Les résultats de cette étude sont confirmés par une thèse réalisée en 2011 par le Dr Federici. Elle retrouve que les migrants consultent moins les médecins généralistes. Cette thèse retrouve également qu'en plus des difficultés d'ordre économique, l'une des principales contraintes citées par les patients migrants lors d'une consultation de médecine générale est la nécessité d'une prise de rendez-vous [22]. Cette barrière peut être en partie expliquée par des problèmes de compréhension du fait de difficultés en français.

Une thèse réalisée par le Dr Kroichvili en 2016 retrouve que le manque de connaissance du système de santé par les migrants est une barrière à leur prise en charge [23]. Par exemple en Russie et dans les pays de l'ex-URSS, il existe hyperspécialisation des soins. Ainsi les migrants de ces pays vont avoir tendance à s'orienter vers un spécialiste d'organe en premier recours.

Cette thèse confirme également les difficultés liées à la langue et à l'interprétariat.

Enfin de ce travail ressort aussi l'importance des Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans la prise en charge des migrants.

Les PASS ont été créées par la loi 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions. Il s'agit de cellules de prise en charge médico-sociale au sein des hôpitaux publics, destinées à faciliter l'accès des personnes en situation précaire au système hospitalier, aux réseaux de soins et d'accompagnement social.

Les PASS doivent offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale [24].

Cela permet de s'affranchir de la barrière économique à la consultation.

Elles fonctionnent souvent sans rendez-vous, ce qui permet de supprimer cet autre obstacle.

Enfin elles offrent parfois la possibilité de recourir à un interprète afin de limiter les difficultés liées à une méconnaissance de la langue.

En 2013, elles étaient environ au nombre de 400.

Du côté des professionnels, les obstacles à l'accès primaire se répartissent entre refus et discrimination. Les refus de soins sont quantifiés depuis quelques années dans le secteur libéral à la demande du Fonds de financement de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Ainsi une étude réalisée par la DREES en 2008 retrouve que plus d'un tiers des patients bénéficiant de l'AME déclarent avoir expérimenté un refus de prise en charge de la part d'un professionnel de santé [25].

Pour les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire, l'IRDES a retrouvé en 2009 à Paris un refus de soins atteignant 9,2% des omnipraticiens en secteur 1 [26]. Ce taux est sensiblement plus important que dans d'autres départements (1,6% dans le Val de Marne par exemple). Il atteint près d'un tiers des omnipraticiens en secteur 2 (32,6%).

Les motifs de refus retrouvés sont l'évitement d'un manque à gagner du fait de l'obligation de respect de tarifs opposables pour les assurés bénéficiaires de la CMUc et des représentations de ces bénéficiaires peu conformes au respect du principe de solidarité.

Accès secondaire aux soins :

Les inégalités d'accès secondaire se produisent après la phase de contact avec le système de soins et vont de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin nécessaire.

Les obstacles qui grèvent l'accès primaire continuent d'opérer, qu'ils soient économiques ou cognitifs (ruptures de trajectoires du fait du manque d'intelligibilité du système ou de la méconnaissance d'un besoin de suivi). D'autres s'y ajoutent, liés aux acteurs et au système.

La méconnaissance de la langue peut en effet être responsable d'une mauvaise compréhension de la part des médecins et donc de mauvais diagnostics et de traitements inappropriés.

D'un autre côté une méconnaissance du français par les migrants peut être associée à une mauvaise compréhension des ordonnances et des conseils du médecin.

Une étude réalisée en 2015 retrouve que 92,5% des médecins généralistes déclarent avoir des difficultés à prendre en charge les patients précaires et 87,5% reconnaissent connaître moyennement ou insuffisamment les structures médico-sociales. Deux tiers seraient même intéressés par une formation sur ce sujet [27].

Par ailleurs, les inégalités territoriales de santé participent à ce phénomène. En effet l'éloignement des professionnels de santé et des structures de soins a un impact plus important chez les personnes précaires.

Attentes en matière de santé :

Malgré un vécu différent, des traumatismes, des ruptures, mais également des conditions de vie difficiles ou encore des écologies microbiennes différentes dans leurs pays d'origine, les attentes des migrants sont généralement assez simples en matière de santé.

Une thèse réalisée en 2011 par Dr Mathieu a analysé ces attentes. Les résultats montrent des attentes simples, à savoir une écoute, du respect, une prise en charge médicale générale, un besoin d'être rassuré, de se confier et d'oublier un peu le quotidien [28]. Il ressort aussi de cette thèse les difficultés liées à la barrière de la langue et de l'interprétariat.

Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés par le Dr Abt dans sa thèse sur les migrants dans le Nord-Pas-de-Calais [29]. Les principaux motifs de consultation retrouvés dans son étude sont la réalisation d'un bilan de santé (chez 42% d'entre eux), une demande de médicament (38%) et une réponse médicale sans précision (37%). 19% des patients demandent de la dignité, 11% des explications, 9,5% de l'écoute et 9% de la réassurance. Près de la moitié de ces patients n'avaient qu'un seul motif de consultation. Statistiquement, il y avait moins de résultats par consultation que dans la population générale (1,2 contre 2,2 dans l'étude ECOGEN).

E) L'adolescence et le concept de rupture :

L'adolescence :

L'OMS définit l'adolescence comme la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans [30].

C'est une période de préparation à l'âge adulte au cours de laquelle ont lieu des étapes clés du développement.

En dehors de la maturation physique et sexuelle, il s'agit par exemple de l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, du développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte, et de la capacité de raisonnement abstrait.

Cette période est charnière dans le développement de chaque individu. Cependant les adolescents consultent peu les médecins. Il est donc primordial de profiter des rares consultations pour s'assurer de l'état de santé physique et psychique de l'adolescent.

En effet si l'adolescence est un moment de croissance et de potentiel exceptionnel, c'est également un moment où les risques sont importants et au cours duquel le contexte social peut exercer une influence déterminante.

L'adolescence représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. De ce fait, elle constitue une période de fragilité et potentiellement à risque de « rupture ».

Le concept de rupture :

Le concept de « rupture » tel qu'énoncé dans le livre « La santé des adolescents en rupture, une nouvelle approche thérapeutique », désigne un processus brutal qui viendrait stopper une dynamique d'engagement [31]. La rupture est un processus subi, à la différence de la séparation qui est consentie. On sait depuis de nombreuses années que ces ruptures peuvent être à l'origine de morbidités et de pathologies.

Dès 1884, Stiller remarque que les ulcères gastriques semblent souvent se développer chez des patients venant de subir d'importantes pertes financières [32]. Mais il fallut plus d'un siècle pour que le lien entre évènement de vie et ulcère gastrique soit mis en évidence.

Par la suite de nombreux liens entre évènements et pathologies somatiques ont été mis en évidence, pour des maladies aussi diverses que le diabète, la tuberculose, l'asthme, les fausses couches spontanées, l'infection par le VIH, la maladie de Basedow, la maladie de Horton, la polyarthrite rhumatoïde, la colique néphrétique, le psoriasis ou encore l'eczéma [33].

Il en est de même pour les pathologies psychiatriques telles que la dépression, le suicide, les troubles anxieux, la schizophrénie, les addictions ou encore les troubles du comportement.

Parmi les ruptures, on peut citer la migration, la maltraitance, le décès d'un parent, les abus sexuels, les violences conjugales, etc.

L'adolescence n'est pas une maladie. On parle généralement de « crise » de l'adolescence. Cette « crise » est saine et salutaire et constitue une période de transition vers l'âge adulte. Elle est un processus de structuration, à l'inverse de la rupture qui constitue une cassure du développement.

Cependant l'adolescence peut constituer une rupture si l'adolescent ne trouve pas les ressources lui permettant de répondre à cette crise. C'est principalement le cas des adolescents vivant des séparations familiales, des deuils, des violences, des migrations, etc.

La migration est une rupture majeure. En effet elle constitue une rupture socioculturelle, un changement de sol, de langue, de repères, de climat, d'alimentation, parfois des séparations familiales, des violences physiques, psychiques ou encore sexuelles.

Cette rupture majeure est à même d'entraîner des effets pathologiques, d'autant plus lorsqu'elle survient dans une période de fragilité comme l'adolescence.

C'est dans cette optique de prise en charge de jeunes en situation de fragilité ou de vulnérabilité qu'est née l'unité Guy Môquet.

F) L'Unité Guy Môquet :

L'unité Guy Môquet se trouve à l'Hôtel Dieu à Paris. Elle a été créée en 2000 par le Dr Dinah Vernant.

C'est une unité ambulatoire de consultation de médecine générale réservée aux adolescents et jeunes adultes dits en rupture selon les termes du Dr Thomas Girard, médecin responsable de l'unité. Les ruptures peuvent être familiales, scolaires, sociales et/ou culturelles.

Cette unité s'occupe donc principalement d'adolescents qui constituent une population fragile du fait des changements physiques, psychiques et sociaux survenant durant la période d'adolescence. De plus les accidents de vie et les ruptures vécus par ces patients sont autant de facteurs de fragilité en plus.

Les jeunes consultant dans l'unité sont adressés par des organismes variés comme l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), des associations, des missions locales ou encore la médecine scolaire.

Parmi ces patients, on retrouve un nombre important de jeunes migrants, c'est-à-dire de jeunes nés étrangers à l'étranger et venus vivre en France pour des raisons diverses.

La migration est une rupture majeure et justifie la mise en place d'une consultation afin d'évaluer l'impact de cette rupture sur le développement de l'adolescent.

La première consultation d'un patient dans l'unité est l'occasion d'un interrogatoire, d'un examen physique et d'un bilan biologique initial. Elle suit un plan prédéfini afin d'être le plus systématique possible (cf. Annexe).

Pour tout patient qui ne parle ni français, ni anglais, la première consultation est réalisée avec la présence d'un interprète sur place.

Les patients sont ensuite revus en consultation afin de leur remettre les résultats des analyses du bilan initial et de débiter un parcours de suivi de soin si cela est nécessaire.

Par la suite, ils sont libres de continuer à être suivis dans l'unité s'ils le souhaitent.

L'unité sert également de passerelle entre la pédiatrie et l'infectiologie adulte pour les adolescents suivis et traités pour une infection chronique par le VIH.

Comme il a été vu précédemment, les migrants ont un état de santé différent des natifs. Cependant il existe peu de données sur l'état de santé des jeunes migrants en France. Aussi il nous a semblé intéressant d'étudier la population consultant dans cette unité afin d'essayer de mettre en avant les problématiques propres à cette population et d'apprécier l'état de santé global des jeunes migrants.

OBJECTIFS DE LA THESE :

1) Objectif principal :

L'objectif principal de cette thèse est de mettre en évidence les principales problématiques de santé des jeunes migrants et de les comparer avec celles des jeunes Français en rupture.

Afin d'y répondre, nous avons décidé de comparer ces problématiques avec celles d'adolescents non-migrants, afin de chercher quels sont les points communs et les différences avec les jeunes Français également en situation de rupture.

2) Objectif secondaire :

L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact du temps passé en France sur l'état de santé des migrants.

Dans un second temps, nous allons essayer d'évaluer l'impact de la durée de résidence en France sur la santé des migrants. En effet, il semble que les problématiques de santé des migrants tendent à se rapprocher de celles des Français avec le temps passé en France.

3) Hypothèses :

L'hypothèse principale est que, malgré certaines problématiques de santé qui leur sont propres, les migrants sont globalement en meilleur état de santé à leur arrivée en France que les natifs en situation difficile.

L'hypothèse secondaire est que l'état de santé des jeunes migrants a tendance à se dégrader au fil des années passées sur le territoire.

MATERIEL ET METHODES :

1) Schéma de l'étude :

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale monocentrique. Les données ont été recueillies de manière rétrospective par analyse des comptes-rendus des deux premières consultations dans les dossiers médicaux.

2) Population d'étude :

L'étude a été réalisée dans l'unité Guy Môquet à l'Hôtel Dieu à Paris. Cette unité accueille les jeunes (préadolescents, adolescents et jeunes adultes) en difficulté économique, sociale, familiale, judiciaire, de logement, d'isolement, etc. Il s'agit de consultations de médecine générale en ambulatoire avec réalisation d'un bilan de santé initial, d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un suivi si nécessaire.

3) Critères d'inclusion :

Les patients inclus sont tous les patients consultant pour la première fois dans l'unité entre le 1 septembre 2015 et le 31 août 2016. Nous avons choisi de réaliser une étude sur un an afin de nous affranchir au mieux des différentes fluctuations périodiques liées aux flux migratoires, aux pathologies saisonnières et aux modalités de fonctionnement des structures adressant les jeunes en consultation.

4) Critères d'exclusion :

14 patients ont été exclus de l'étude. 5 parce qu'ils ne parlaient pas du tout le français et étaient venus sans interprète. 2 patients inscrits ne se sont pas présentés à la consultation. 2 dossiers ont été perdus. 1 patiente a consulté uniquement l'interne de gynécologie. 1 patiente de 62 ans a consulté pour une maladie systémique. 1 patient est venu uniquement pour réaliser une radiographie du thorax, 1 autre pour un bilan IST et une dernière pour recevoir un traitement suite à une infection par Chlamydia trachomatis chez son partenaire.

5) Données recueillies :

Les données ont été recueillies anonymement dans un tableur Excel. Pour chaque patient, 98 paramètres étaient vérifiés sur le compte-rendu et les résultats des deux premières consultations dans l'unité.

6) Tests statistiques :

Comparaison de proportions :

Pour les comparaisons de proportions, nous avons utilisé le test Z quand les effectifs étaient supérieurs à 30. Le seuil de α de 0,05 a été choisi ce qui se traduit par le fait qu'une différence sera statistiquement significative au risque de 5% si $|z| > 1,96$.

Pour les effectifs inférieurs à 30, le test t de Student a été utilisé. Les résultats nécessitent l'utilisation d'une table de t de Student en fonction du nombre de degrés de liberté (ddl). Le seuil α de 0,05 a été également choisi (p-value < 0,05).

Comparaison de moyennes :

Pour les comparaisons de moyennes, nous avons utilisé le test t de Student en ligne à l'aide du site www.sthda.com, avec toujours un seuil α de 0,05 (p-value < 0,05).

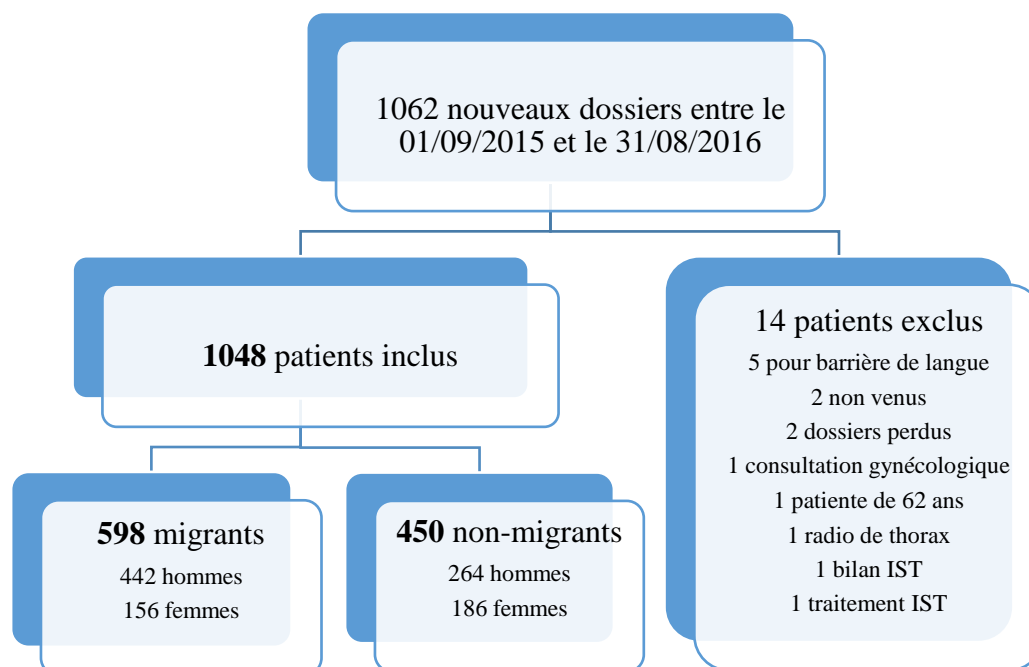
Test de Khi-2:

Pour les données recueillies dans des tableaux de contingence de plus de 4 cases, un test de Khi-2 a été utilisé. Le seuil α de 0,05 a été également choisi (p-value < 0,05).

RESULTATS :

1048 patients ont été inclus. 598 sont des migrants (57%).
706 patients sont des hommes (67%) dont 442 sont migrants.

Figure 1 : Sélection de la population d'étude



A) Caractéristiques de la population

Il y a significativement plus d'hommes dans le groupe migrants que dans le groupe non-migrants (73,9% contre 58,7 %, $|z|=5,19$).

Tableau 1 : Répartition de la population par sexe

	Hommes	Femmes	Total
Migrants	442	156	598
Non-migrants	264	186	450
Total	706	342	1048

1) Age :

Les migrants et les non-migrants ont le même âge (moyenne respectivement à 17,02 ans et 16,96 ans, $|z|=0,40$ et médiane à 17 dans les deux groupes).

Les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes (17,38 contre 16,81 ans, $|z|=4,00$). Cette différence est retrouvée dans les deux groupes.

Tableau 2 : Moyenne d'âge

	Hommes	Femmes	z
Migrants	16,86	17,46	3,07
Non-migrants	16,72	17,31	2,73
Total	16,81	17,38	4,00

2) Personnels adressant :

La structure adressant le plus de patient en consultation dans l'unité Guy Môquet est l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (28,4%).

Viennent ensuite les associations (24,8%) et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (21,5%).

On retrouve ensuite les missions locales, la santé scolaire et d'autres personnels adressant.

On retrouve des différences significatives quand on compare les structures adressant les patients entre les migrants et les natifs.

Pour les migrants c'est principalement l'ASE (32,1%) et les associations (28,6%) qui les amènent à consulter dans l'unité. Dans les associations on peut citer notamment Médecins du Monde, France Terre d'Asile et la Croix Rouge.

Plus d'un tiers des non-migrants sont adressés par la PJJ contre 10% des migrants.

Les patients migrants viennent plus fréquemment des services de santé scolaire. Il s'agit en effet d'une des portes d'entrée dans la prise en charge globale médico-psycho-socio-éducative.

Enfin on constate que les Français sont plus adressés par d'autres correspondants. Il s'agit généralement de patients adressés par les urgences pour prise en charge globale ou par d'autres médecins pour des bilans étiologiques ou un suivi de pathologies chroniques.

Tableau 3 : Personnels adressant

	ASE	Associations	PJJ	Missions locales	Santé scolaire	Autres	NC
Totaux	28,4%	24,8%	21,5%	8,8%	7,9%	6,7%	1,9%
Migrants	32,1%	28,6%	10,4%	11,4%	10,5%	5,0%	2,0%
Non-migrants	23,6%	19,8%	36,2%	5,3%	4,4%	8,9%	1,8%
z	3,09	3,35	10,00	3,60	3,84	2,40	0,27

3) Assurance maladie :

Il existe de nombreuses données manquantes en ce qui concerne la couverture sociale.

On retrouve une assurance maladie chez 58,2% des migrants et 79,3% des non-migrants (|z|=7,61).

Dans les deux groupes on retrouve la même proportion de patients bénéficiaires de la CMUc (46% contre 45%, |z|=0,35).

28 migrants bénéficient de l'AME (4,7%) contre aucun non-migrant (**p-value=1,4*10⁻⁷**).

4) Parents en vie :

Lors de la première consultation, il est demandé à chaque jeune consultant si ses parents sont en vie et la cause du décès le cas échéant.

En plus de la rupture causée par la migration, les migrants ont plus perdu des membres de leur famille que les Français.

5,5% des migrants ont perdu leurs deux parents contre 1,1% des non-migrants (**p-value=0,0003**).

Et un quart ont perdu un parent (25,3%) contre 9,1% (**|z|=7,22**).

Les causes de décès d'un ou des deux parents sont connues chez 166 parents (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Principales causes de décès parentaux rapportées (en pourcentage des causes rapportées)

	Migrants	Non-migrants	p-value
Assassinat/Attentat/Guerre	19,7%	2,6%	0,010
Cancer	7,1%	35,9%	3,4*10⁻⁵
Accident	15,7%	7,7%	0,29
Cardiopathie (IDM, Congénitale, etc.)	9,4%	15,4%	0,38
VIH	5,5%	0%	0,20
Suicide	0,8%	12,8%	0,003
Accident vasculaire cérébral	3,9%	2,5%	1
Grossesse/Suite de couche	3,9%	0%	0,59

5) Divorce :

Parmi les patients ayant leurs deux parents en vie, on retrouve un taux de divorce plus important chez les non-migrants (61% contre 33%,**|z|=8,42**).

B) Caractéristiques des migrants

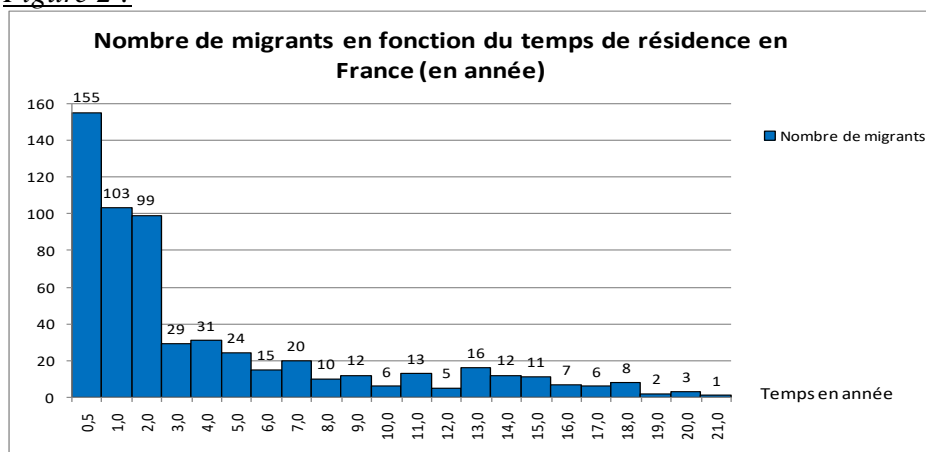
1) Durée de résidence :

Les durées de résidence sur le sol français des migrants varient de 0,1 année à 20 ans.

La moyenne est à 3,5 ans et l'écart type de 4,7 ans, ce qui témoigne d'une dispersion forte.

La médiane est à 1 an, le 1^{er} quartile de 0,4 et le 3^e quartile de 4,8 ans.

Figure 2 :



51% des migrants sont sur le territoire depuis 1 an ou moins. 25% y résident depuis 5 ans ou plus. Les migrantes sont en moyenne en France depuis deux fois plus longtemps que les hommes migrants (5,4 ans contre 2,7 ans, **p-value=4,2*10⁻¹⁰**).

2) Langue française :

83,4% des migrants parlent un français correct. 7,2% ont des difficultés à s'exprimer et/ou à comprendre la langue. Et 9,4% ne parlent pas du tout la langue.

Comme on pouvait s'y attendre, la connaissance du français semble corrélée au temps passé sur le territoire. Ainsi chez les migrants parlant français la moyenne du temps passé en France est plus importante que celle de ceux parlant insuffisamment la langue (4,0 années contre 0,6 année, **p-value=5,9*10⁻⁶**), elle même plus importante que celle de ceux ne parlant pas du tout la langue (0,6 année contre 0,4 année, **p-value=0,032**).

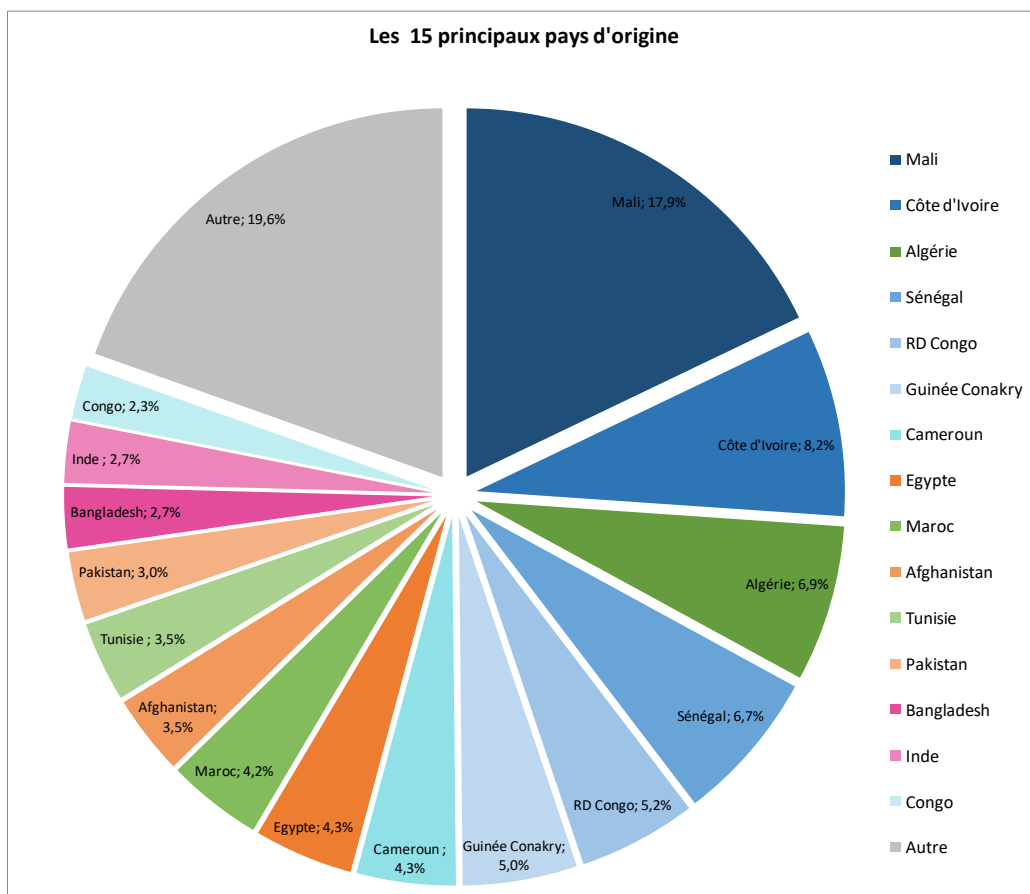
3) Pays d'origine :

Les migrants étudiés dans cette thèse proviennent de 61 pays différents.

Le Mali est le pays d'origine le plus représenté (17,9% des migrants totaux et 31,8% des migrants d'Afrique subsaharienne. On retrouve ensuite la Côte d'Ivoire (8,2%), l'Algérie (6,9%) et le Sénégal (6,7%).

15 pays représentent 80% des pays d'origine.

Figure 3 :



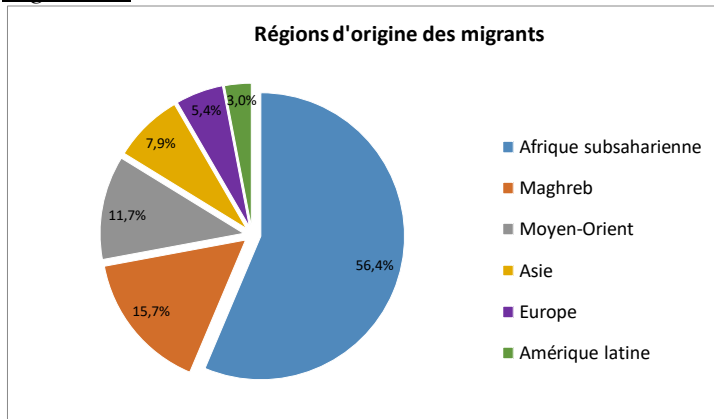
4) Régions d'origine :

Nous avons classé les pays d'origine en fonction de grandes régions du monde.

La région la plus représentée est l'Afrique subsaharienne avec 56,4% des migrants.

Viennent ensuite le Maghreb (15,7%), le Moyen-Orient (11,7%), l'Asie (7,9%), l'Europe (5,4%) et l'Amérique latine (3%).

Figure 4 :



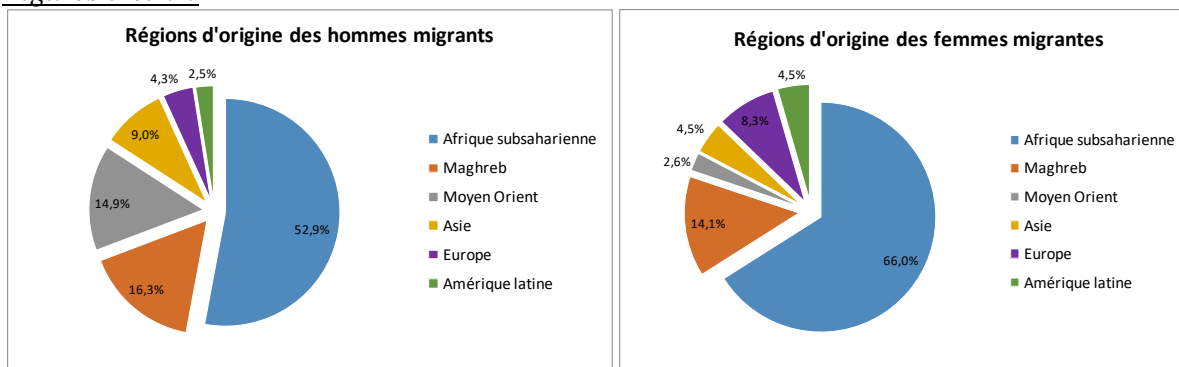
La répartition des régions d'origine est différente entre les hommes et les femmes.

66% des migrantes sont originaires d'Afrique subsaharienne contre 52,9% des migrants ($|z|=2,92$).

On constate que beaucoup moins de migrantes sont originaires du Moyen-Orient (2,6% contre 14,9% des migrants, $p\text{-value}=8,2*10^{-6}$).

Il n'y a pas d'autre différence significative même si la tendance est à une proportion plus importante de migrantes originaires d'Europe (8,3% contre 4,3%, $p\text{-value}=0,063$) et une proportion plus importante de migrants asiatiques (9,0% contre 4,5%, $p\text{-value}=0,083$).

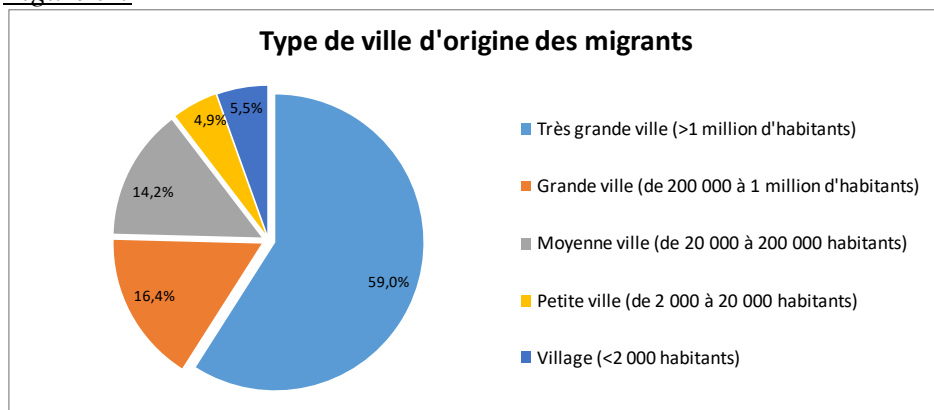
Figures 5 et 6 :



5) Villes d'origine :

Pour 30% des migrants, on a pu recueillir le type de ville d'où ils sont originaires. La majorité est originaire de très grandes villes, supérieures à 1 million d'habitants.

Figure 7 :



6) Motifs migratoires :

Les données concernant le motif de migration sont également parcellaires. Elles ne sont connues que pour 75 migrants.

On retrouve que le regroupement familial est le principal motif (39%), puis viennent à égalité la fuite de la guerre (13%) et les problématiques économiques et de recherche d'emploi (13%). 11% déclarent avoir migré pour leurs études et 9% pour fuir un mariage forcé.

Tableau 5 : Motifs de migration

Regroupement familial	Guerre	Recherche emploi/ Economique	Etudes	Fuite de mariage forcé	Problèmes familiaux	Fuite menaces politiques	Maladie	Maltraitance	Fuite école coranique
39%	13%	13%	11%	9%	5%	4%	3%	1%	1%

7) Parcours migratoires :

Les données sont connues pour 228 migrants. Plus de la moitié des migrants sont venus par voie maritime (55%), plus d'un tiers par voie aérienne (38%) et les autres par voie uniquement terrestre (7%).

Parmi les migrants venus par voie terrestre, 81% proviennent du Moyen-Orient (50% d'Afghanistan).

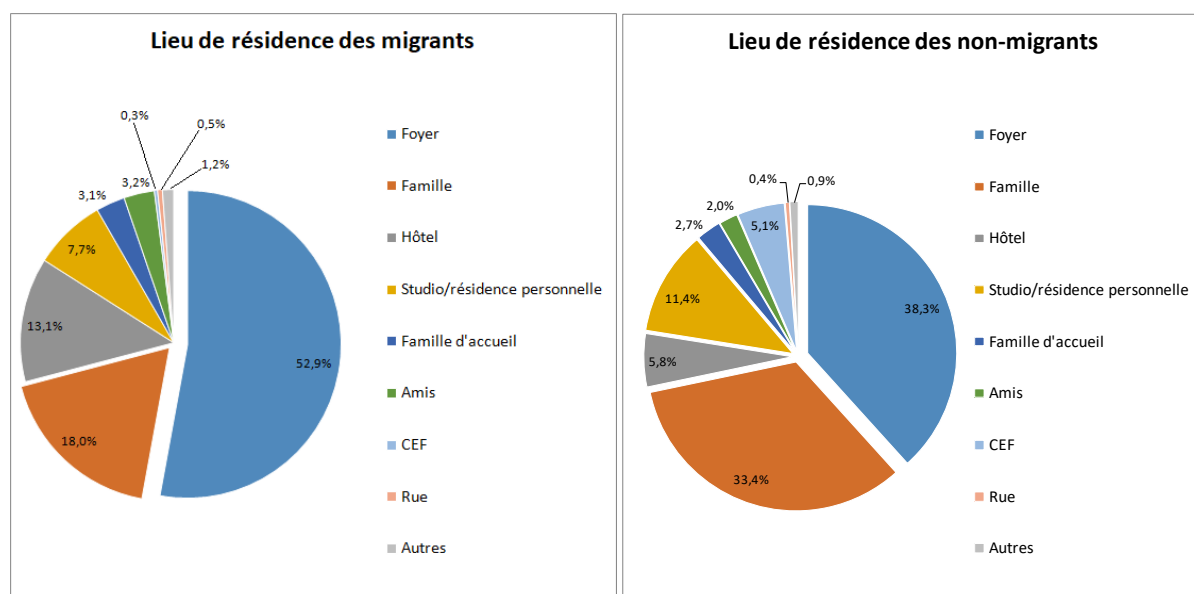
C) Mode de vie

1) Lieu de résidence :

Nous avons étudié les lieux de résidence en France des patients consultant dans l'unité. Plus de la moitié des migrants (53%) vivent en foyer contre 38% des non-migrants ($|z|=4,73$). Un tiers des Français (33%) résident avec leur famille contre 18% des migrants ($|z|=5,63$). Les migrants vivent plus à l'hôtel (13% contre 6%, $|z|=4,11$). Enfin on retrouve plus de Français résidant dans un Centre Educatif fermé (5% contre 0,3%, $p\text{-value}=0,000003$).

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative pour les autres modes de résidence.

Figures 8 et 9 :



2) Alimentation :

Les non-migrants déclarent plus souvent grignoter régulièrement que les migrants (15,8% contre 5,5%, $|z|=5,25$).

Parmi les migrants, ceux en France depuis plus de deux ans sont plus nombreux à déclarer grignoter (8,7% contre 3,6%, $p\text{-value}=0,016$).

Le fait de grignoter est associé de façon significative avec un IMC plus élevé quelque soit le sexe et le statut par rapport à la migration.

Tableau 6 : IMC moyen en fonction du grignotage

Migrant	Sexe	Grignotage +	Grignotage -	p-value
Oui	H	23,3	20,7	0.002
	F	26,1	22,2	0.0005
Non	H	25,9	21,2	$2.3 * 10^{-7}$
	F	26,1	22,1	$8,2 * 10^{-6}$

Les migrants déclarent plus souvent avoir un appétit qu'ils jugent normal (33,8% contre 27,6%, $|z|=2,18$).

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) touchent plus les non-migrants (4,6% contre 0,9%, $p\text{-value}=0,047$).

Le manque de données n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative d'IMC en fonction du nombre de repas quotidiens dans chaque groupe.

Cependant si on regroupe les migrantes et les non-migrantes, on retrouve un IMC plus important chez les patientes qui prennent plus de trois repas par jour par rapport à celles qui en prennent trois ou moins (IMC moyen 26,0 contre 23,1, **p-value=0,037**). La tendance est aussi retrouvée chez les hommes sans que la différence ne soit significative (22,9 contre 21,5, p-value=0,13).

Par contre on met en évidence une proportion plus importante de migrants obèses chez ceux qui prennent plus de 3 repas par jour (21,0% contre 4,3%, p-value=**0,015**).

Chez les non-migrants c'est au niveau du surpoids que cette augmentation de la proportion est constatée chez ceux qui mangent plus de 3 repas par jour (30,4% contre 10,6%, **p-value=0,015**).

3) Sommeil:

Les non-migrants décrivent plus de troubles du sommeil que les migrants (43,8% contre 34,4%, **|z|=3,07**).

16,4% des migrants se plaignent de troubles d'endormissement contre 18,2% (**|z|=0,77**).

Les non-migrants sont près de cinq fois plus atteints par des problèmes de désynchronisation (9,8% contre 2,0%, **p-value=3,7*10⁻⁸**), c'est-à-dire de dérèglement des rythmes de vie.

La désynchronisation est associée à une plus forte consommation de tabac et de cannabis. 62,5% des patients rapportent fumer du tabac quotidiennement contre 30,1% des patients sans dysrythmie (**p-value=2,1*10⁻⁶**). Ils fument du cannabis au moins deux fois dans la semaine pour 37,5% d'entre eux contre 10,8% (**p-value=4,7*10⁻⁷**).

Le syndrome de désynchronisation semble associé à une plus grande propension à grignoter, à plus de surpoids et plus d'obésité sans qu'une différence significative ne soit mise en évidence (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Pourcentage de patients rapportant du grignotage, en surpoids ou obèses en fonction de la présence d'une désynchronisation

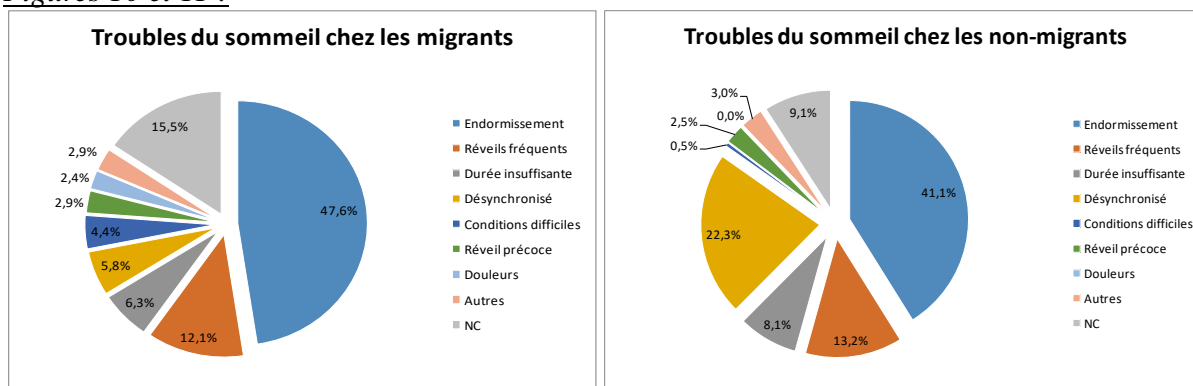
	Désynchronisation	Pas de désynchronisation	p-value
Grignotage	14,3%	9,7%	0,25
Surpoids	16,1%	12,0%	0,40
Obésité	8,9%	5,6%	0,37

Si on sépare les migrants en deux groupes, on retrouve une plus grande prévalence du syndrome de désynchronisation chez ceux résidant en France depuis deux ans et plus (4,3% contre 0,6%, **p-value=0,002**).

Les migrants présentent plus de problèmes de sommeil du fait de conditions de vie difficiles (1,5% contre 0,2%, **p-value=0,050**). Sur les 9 migrants concernés, 7 vivent en foyer, 2 dans la rue, 1 avec sa famille et 1 chez des amis. Le non-migrant, qui déclare dormir mal du fait des conditions de vie, réside à l'hôtel.

Il n'y a pas de différence au niveau des réveils nocturnes fréquents (4,2% des migrants contre 5,8%, $|z|=1,16$) ni au niveau de la durée de sommeil insuffisante (2,2% contre 3,6%, $p\text{-value}=0,19$).

Figures 10 et 11 :



Parmi les migrants, ceux qui résident en France depuis deux ans ou plus semblent plus touchés par les troubles de sommeil, sans que la différence ne soit significative (38,5% contre 32,2%, $|z|=1,56$).

4) Rapports sexuels :

Les patients français sont plus nombreux que les migrants à déclarer avoir déjà eu une relation sexuelle (64,4%, contre 48,0%, $|z|=5,40$). Cette différence se retrouve uniquement chez les hommes (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Pourcentage des patients à avoir eu au moins une relation sexuelle

	Migrants	Non-migrants	$ z $
Hommes	42,3%	64,0%	5,75
Femmes	64,1%	65,1%	0,18
$ z $	4,84	0,23	

Les hommes migrants déclarant avoir eu une relation sexuelle sont en moyenne plus âgés que les non-migrants (17,8 ans contre 17,1 ans, $p\text{-value}=0,001$). Il n'y a pas de différence chez les femmes (18,1 et 17,9 ans, $p\text{-value}=0,58$).

On ne retrouve pas de différence significative quant à l'âge du premier rapport sexuel même si les résultats peuvent amener à penser qu'il soit légèrement inférieur chez les non-migrants (15,1 ans en moyenne chez les migrants contre 14,9 ans chez les Français, $p\text{-value}=0,30$).

Les hommes rapportent un premier rapport plus précoce que les femmes (14,6 ans en moyenne contre 15,7 ans, $p\text{-value}=3,2*10^{-10}$). Cette différence est retrouvée aussi bien chez les migrants que chez les non-migrants (cf. tableau 9).

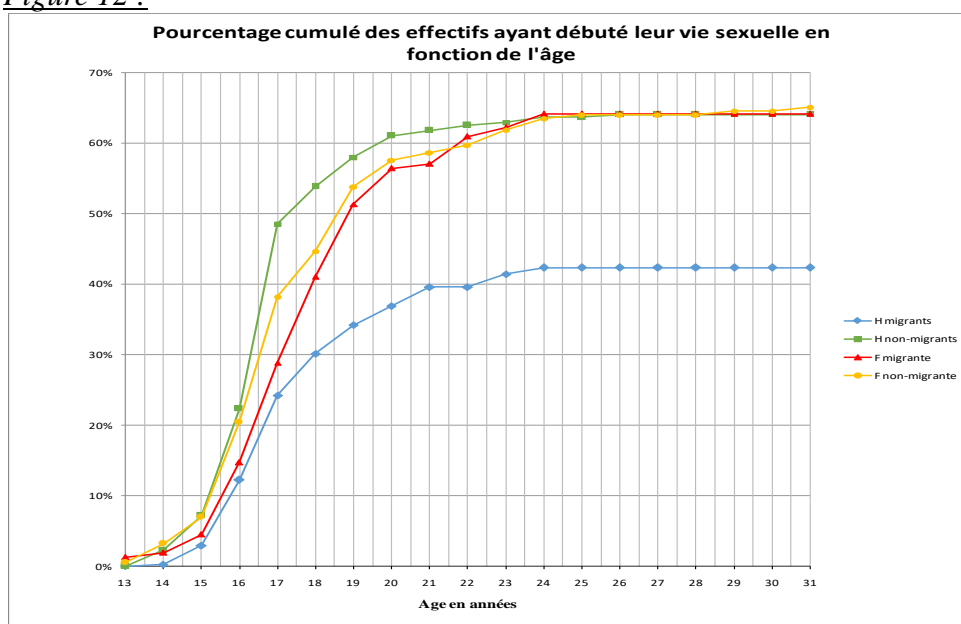
Tableau 9 : Age moyen du 1^{er} rapport

	Migrants	Non-migrants	p-value
Hommes	14,7 ans	14,5 ans	0,22
Femmes	15,8 ans	15,6 ans	0,43
p-value	1,9*10⁻⁵	2,6*10⁻⁶	

Toutefois ces résultats doivent être pris avec précaution. En effet ils excluent les adolescents n'ayant pas encore eu de rapport sexuel. Pour les prendre en compte, il est plus juste d'utiliser la médiane. Elle correspond à l'âge auquel la moitié des personnes ont eu au moins un rapport sexuel.

L'âge médian retrouvé est de 19 ans pour les femmes (migrantes et non-migrantes). Il est de 18 ans pour les hommes non-migrants et n'est pas calculable pour les hommes migrants. En effet dans la population étudiée, moins de la moitié des hommes migrants ont déjà eu un rapport sexuel (cf. figure 12).

Figure 12 :



34,8% des migrants qui ont des rapports sexuels déclarent utiliser un préservatif à chaque rapport contre 39,7% des non-migrants (différence non significative, $|z|=1,20$).

Les migrants sont près de deux fois plus à déclarer avoir des rapports systématiquement non protégés (18,5% contre 9,7%, $|z|=3,07$).

Les deux groupes sont similaires en ce qui concerne le fait de se protéger de manière irrégulière même si la tendance montre que cela semble être plus fréquent chez les non-migrants (33,4% contre 37,6%, $|z|=1,04$).

Au total, il n'y a pas de différence significative dans le fait de ne pas se protéger correctement (51,9% contre 47,2%, $|z|=1,12$). Les migrants sont plus nombreux à ne pas se protéger alors que les Français semblent avoir plus tendance à avoir une protection irrégulière même si la différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 10 : Utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels

	Systematique	Irrégulière	Non	Non + Irrégulière	Non connue
Migrants	34,8%	33,4%	18,5%	51,9%	13,6%
Non-migrants	39,7%	37,6%	9,7%	47,2%	13,1%
z	1,20	1,04	3,07	1,12	0,17

5) Moyens de contraception :

Le préservatif est le moyen de contraception le plus utilisé dans les deux groupes (87,8% pour les migrants utilisant une contraception contre 83,5%, sans différence significative, $|z|=1,28$).

D) Addictions

1) Tabac :

La prévalence du tabac quotidien est deux fois plus importante chez les non-migrants (44,7% contre 22,2%, $|z|=7,74$).

Il n'y a pas de différence en ce qui concerne la consommation occasionnelle de tabac qui concerne 6,4% de chaque groupe.

Au total, plus d'un patient non-migrant sur deux (51%) fume aux moins occasionnellement contre moins d'un tiers des migrants (29%).

Tableau 11 : Consommation tabagique

	Occasionnelle	Quotidienne	Totale
Migrants	6,4%	22,2%	28,6%
Non-migrants	6,4%	44,7%	51,3%
z	0,06	7,74	7,59

La plus forte consommation de tabac chez les non-migrants se retrouve significativement dans les deux sexes.

Tableau 12 : Consommation tabagique quotidienne

	Migrants	Non-migrants	z
Hommes	24,0%	48,9%	6,75
Femmes	17,3%	38,7%	4,57
z	1,83	2,15	

Chez les non-migrants, les hommes fument plus que les femmes.

Chez les migrants, la tendance est similaire mais la différence n'est pas significative.

Chez les migrants, nous avons analysé le temps moyen passé en France en fonction du statut tabagique. Il apparaît que ceux qui fument quotidiennement sont en France depuis plus longtemps en moyenne que ceux qui ne fument pas. L'association statistique est fortement significative (cf. tableau 13).

Tableau 13 : Moyenne du temps passé en France en fonction du statut tabagique

	Non fumeur	Occasionnel	Quotidien	Tabac total (occasionnel+quotidien)
Moyenne du temps passé en France en années	2,87	3,78	5,23	4,91
p-value en comparaison avec les migrants non-fumeurs		0,23	3,3*10⁻⁷	1,3*10⁻⁶

On constate également que les fumeurs sont en moyenne légèrement plus âgés que les non-fumeurs ce qui pourrait être un biais sur la durée de résidence en France. Cependant cette différence d'âge n'est pas statistiquement significative.

On a séparé les migrants en deux groupes, ceux qui résident sur le territoire français depuis moins de deux ans et ceux depuis deux ans ou plus. On retrouve que les migrants présents en France depuis deux ans ou plus fument beaucoup plus que ceux arrivés il y a moins de deux ans (cf. tableau 14).

Tableau 14 : Consommation de tabac chez les migrants en fonction du temps passé en France

Temps en France	Quotidienne	Occasionnelle	Totale
< 2 ans	14,0%	5,0%	19,0%
>= 2 ans	35,5%	8,2%	43,7%
z	5,90	1,48	6,38

Ces résultats sont à pondérer avec l'âge plus élevé du groupe résidant en France depuis deux ans ou plus (17,7 ans contre 16,6 ans, **p-value=2,3*10⁻¹⁰**).

2) Alcool :

Il n'y a pas de différence significative au niveau de la consommation quotidienne d'alcool (0,8% des migrants contre 1,3%, p-value=0,54).

Les migrants déclarent une consommation occasionnelle inférieure (16,1% contre 29,6%, |z|=5,15). Ces résultats se retrouvent aussi bien chez les hommes que chez les femmes (cf. tableau 15).

Tableau 15 : Consommation occasionnelle d'alcool

	Migrants	Non-migrants	z
Hommes	14,9%	29,9%	4,56
Femmes	19,2%	29,0%	2,14
z	1,20	0,20	

Il n'y a pas de différence de consommation entre les hommes et les femmes dans les deux groupes même si la tendance est à une consommation plus importante chez les femmes dans le groupe des migrants.

Parmi les migrants, on remarque une consommation d'alcool occasionnelle quatre fois plus importante chez les migrants arrivés en France depuis deux ans ou plus que chez ceux arrivés depuis moins de deux ans (30,3% contre 7,3%, |z|=6,93).

On peut noter que la proportion de migrants en France depuis deux ans ou plus qui déclarent consommer occasionnellement de l'alcool est la même que celle des non-migrants (30,3% et 29,6%, |z|=0,20).

3) Cannabis :

Pour la consommation de cannabis, nous avons distingué les consommateurs occasionnels, ceux qui consomment plusieurs fois par semaine et les consommateurs quotidiens. Dans les trois groupes, les patients français déclarent consommer plus de cannabis que les migrants (cf. tableau 16). Les non-migrants sont près de trois fois plus à en consommer quotidiennement (15,1% contre 5,5%).

Tableau 16 : Consommation de cannabis

	Occasionnelle	>=2 fois par semaine	Quotidienne	Totale
Migrants	7,2%	1,7%	5,5%	14,4
Non-migrants	12,7%	3,8%	15,1%	31,6
z	2,90	2,02	4,97	6,56

La plus forte consommation totale de cannabis chez les non-migrants par rapport aux natifs se retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

La consommation totale des femmes est inférieure à celles des hommes chez les non-migrants. Elle semble aussi légèrement plus faible chez les migrants mais la différence n'est pas significative (cf. tableau 17).

Tableau 17 : Consommation totale de cannabis en fonction du sexe

	Migrants	Non-migrants	z
Hommes	14,9%	37,9%	6,68
Femmes	12,8%	22,6%	2,40
z	0,67	3,57	

La plus forte consommation de cannabis chez les non-migrants et chez les hommes se retrouve également au niveau de la consommation quotidienne. Les hommes non-migrants consomment plus fréquemment du cannabis quotidiennement que les hommes migrants (18,6% contre 6,8%, **p-value=3,30*10⁻⁶**).

Les femmes non-migrantes déclarent également fumer plus quotidiennement que les migrantes (10,2% contre 1,9%, **p-value=0,002**).

Dans les deux groupes, les hommes fument plus quotidiennement que les femmes (cf. tableau 18).

Tableau 18 : Consommation quotidienne de cannabis en fonction du sexe

	Migrants	Non-migrants	p-value
Hommes	6,8%	18,6%	3,30*10⁻⁶
Femmes	1,9%	10,2%	0,002
p-value	0,023	0,016	

Si on sépare les migrants en deux groupes, à savoir ceux qui sont en France depuis moins de deux ans et ceux qui y résident depuis deux ans ou plus, on retrouve que les migrants arrivés depuis moins de deux ans consomment beaucoup moins de cannabis (consommation totale chez 7,6% contre 25,1%, **|z|=5,52**). Cette plus faible consommation se retrouve chez les fumeurs quotidiens (3,4% contre 8,7%, **p-value=0,008**).

On peut remarquer que la proportion de migrants en France depuis deux ans ou plus qui consomment du cannabis se rapproche de celle des non-migrants (25,1% contre 31,6%, **|z|=1,79**).

4) Autres drogues :

Pour les autres drogues les patients migrants semblent déclarer en consommer davantage que les Français sans qu'une différence significative n'apparaisse (1,7% contre 0,9%, p-value=0,42).

Il s'agit principalement de migrants résidant en France depuis des années (moyenne=6,5 ans, médiane=5ans).

Parmi ces autres drogues, on retrouve de la cocaïne, de l'ecstasy et du LSD.

E) Indice de Masse Corporelle (IMC)

Cette thèse s'intéresse à des patients adolescents. Or avant 18 ans, les valeurs d'IMC médian, de surpoids, d'obésité et d'insuffisance pondérale varient en fonction de l'âge. Aussi nous avons décidé d'utiliser les valeurs des courbes de l'INPES diffusées dans le cadre du Programme National Nutrition Santé. Les seuils du surpoids et de l'obésité sont constitués par les courbes de centiles atteignant respectivement les valeurs 25 et 30 kg/m² à 18 ans (courbes IOTF 25 et 30 élaborées en 2000 par l'International Obesity Task Force).

1) Chez les hommes :

On retrouve que l'obésité (IMC supérieur au seuil de l'IOTF 30) touche beaucoup plus les hommes non-migrants. Ils sont en effet 9,1% contre 1,8% des migrants (**p-value=1,5*10⁻⁵**).

A l'inverse, on retrouve que les migrants semblent plus touchés par le surpoids, mais la différence n'est pas statistiquement significative (cf. tableau 19).

En regroupant les patients atteints de surpoids et d'obésité, on retrouve que 11,8% des hommes migrants ont un problème d'excès de poids contre 15,5% des non-migrants.

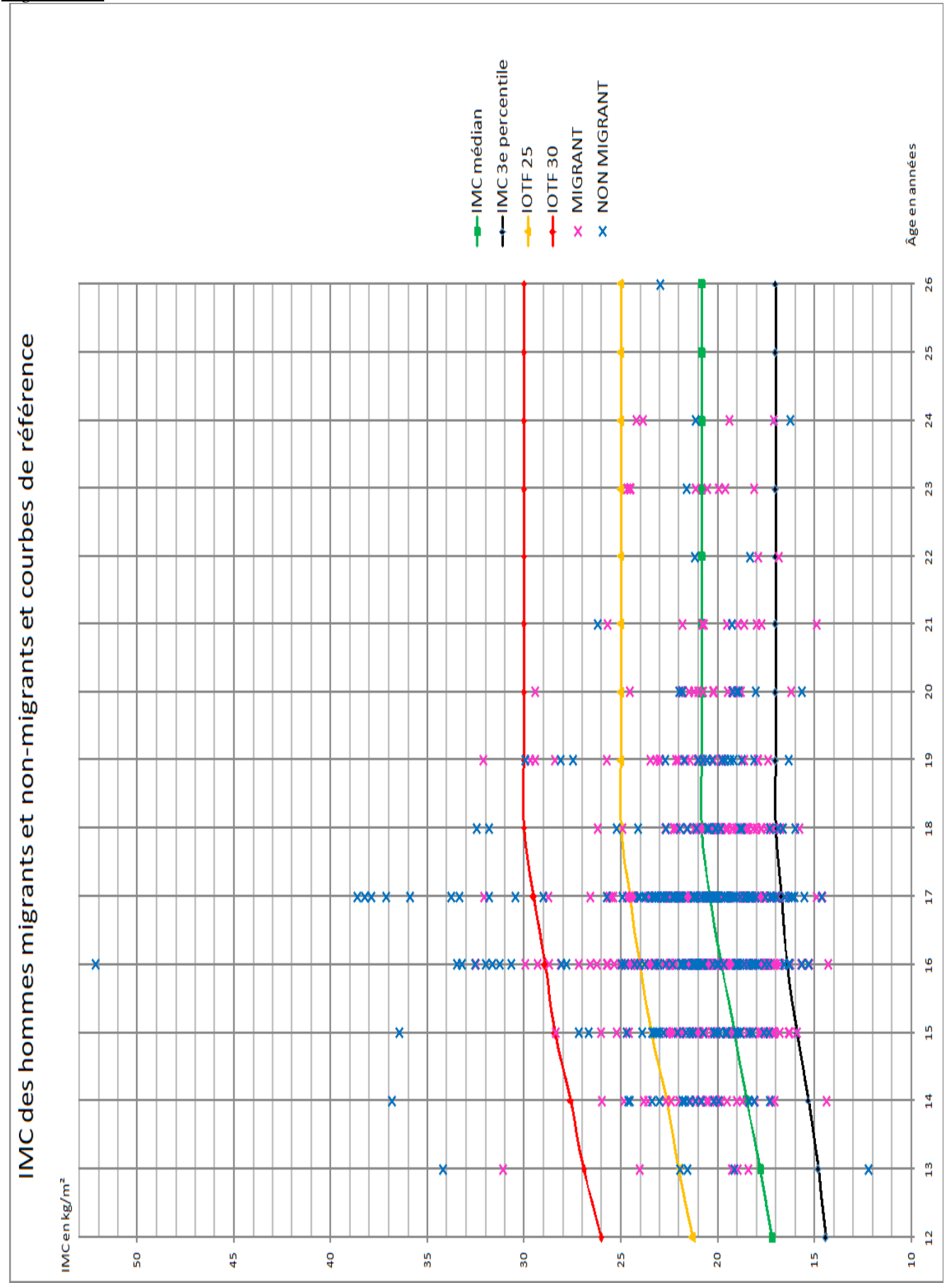
Il n'y a pas de différence en ce qui concerne l'insuffisance pondérale définie par un IMC inférieur au 3^e percentile pour l'âge.

Tableau 19 : IMC chez les hommes

	IOTF>30	25<IOTF<30	IOTF>25	<3 ^e percentile
Migrants	1,8%	10,0%	11,8%	3,2%
Non-migrants	9,1%	6,4%	15,5%	3,4%
Significativité	p-value=1,5*10⁻⁵	z =1,69	z =1,39	p-value=0,83

Les hommes migrants déclarent plus fréquemment avoir une activité sportive régulière (63.3% contre 54.2%, |z|=2.40).

Figure 13 :



On s'est intéressé à la durée de séjour en France en fonction de l'IMC chez les hommes migrants. Les migrants en surpoids résident sur le territoire français depuis plus longtemps que ceux avec un IMC normal (4,1 ans contre 2,6 ans, **p-value=0,021**).

Pour ceux atteints d'obésité, la tendance semble se confirmer mais la différence n'est pas significative (4,0 contre 2,6ans, p-value=0,30), probablement du fait du faible nombre d'hommes migrants obèses (8 patients).

Si on regroupe les migrants en surpoids et ceux en obésité, on retrouve une différence significative (4,0 contre 2,6 ans, **p-value=0,014**).

Les hommes migrants en insuffisance pondérale semblent être arrivés, en moyenne, depuis moins longtemps en France que ceux avec un IMC normal mais la différence n'est pas significative (1,7 ans contre 2,6 ans, p-value=0,43) probablement du fait de la faiblesse de l'échantillon (12).

Si on sépare les migrants en deux groupes, on retrouve une légère tendance à plus de surpoids et d'obésité chez ceux en France depuis au moins deux ans sans qu'aucune différence significative ne soit mise en évidence (cf. tableau 20).

Tableau 20 : IMC chez les hommes migrants en fonction de la durée de résidence en France

	Durée en France < 2 ans	Durée en France >= 2 ans	p-value
Surpoids	9,3%	12,4%	0,39
Obésité	1,7%	2,2%	0,71
Insuffisance pondérale	3,4%	2,2%	0,56

Les prévalences de l'obésité varient de 1,3% à 9,1% selon la région du monde d'origine, sans qu'une différence significative ne soit objectivée.

Les prévalences du surpoids sans obésité fluctuent entre 6,9% et 18,2% sans différence significative. L'insuffisance pondérale est plus prévalente chez les migrants provenant d'Asie que ceux originaires d'Afrique subsaharienne (12,5% contre 2,6%, **p-value=0,012**) et que ceux originaires du Moyen-Orient (12,5% contre 1,5%, **p-value=0,027**).

Tableau 21 : Prévalence de l'obésité, du surpoids, de l'IMC>25 et de l'insuffisance pondérale en fonction de la région d'origine des hommes migrants

	Afrique subsaharienne	Maghreb	Moyen-Orient	Asie	Europe	Amérique latine
Obésité	1,3%	1,4%	1,5%	2,5%	5,3%	9,1%
Surpoids	11,5%	6,9%	7,6%	7,5%	10,5%	18,2%
IMC>25	12,8%	8,3%	9,1%	10,0%	15,8%	27,3%
Insuffisance pondérale	2,6%	2,8%	1,5%	12,5%	0%	0%

2) Chez les femmes :

Les non-migrantes semblent être plus touchées par l'obésité que les migrantes mais contrairement aux hommes, la différence n'est pas significative (9,7% contre 7,1%, p-value=0,44).

Les migrantes semblent être légèrement plus en surpoids que les non-migrantes mais la différence n'est pas significative.

Au total, on retrouve que les problèmes d'excès de poids touchent 28,8% des migrantes et 27,4% des non-migrantes, soit plus d'un-quart des adolescentes incluses dans l'étude, sans différence entre les deux groupes

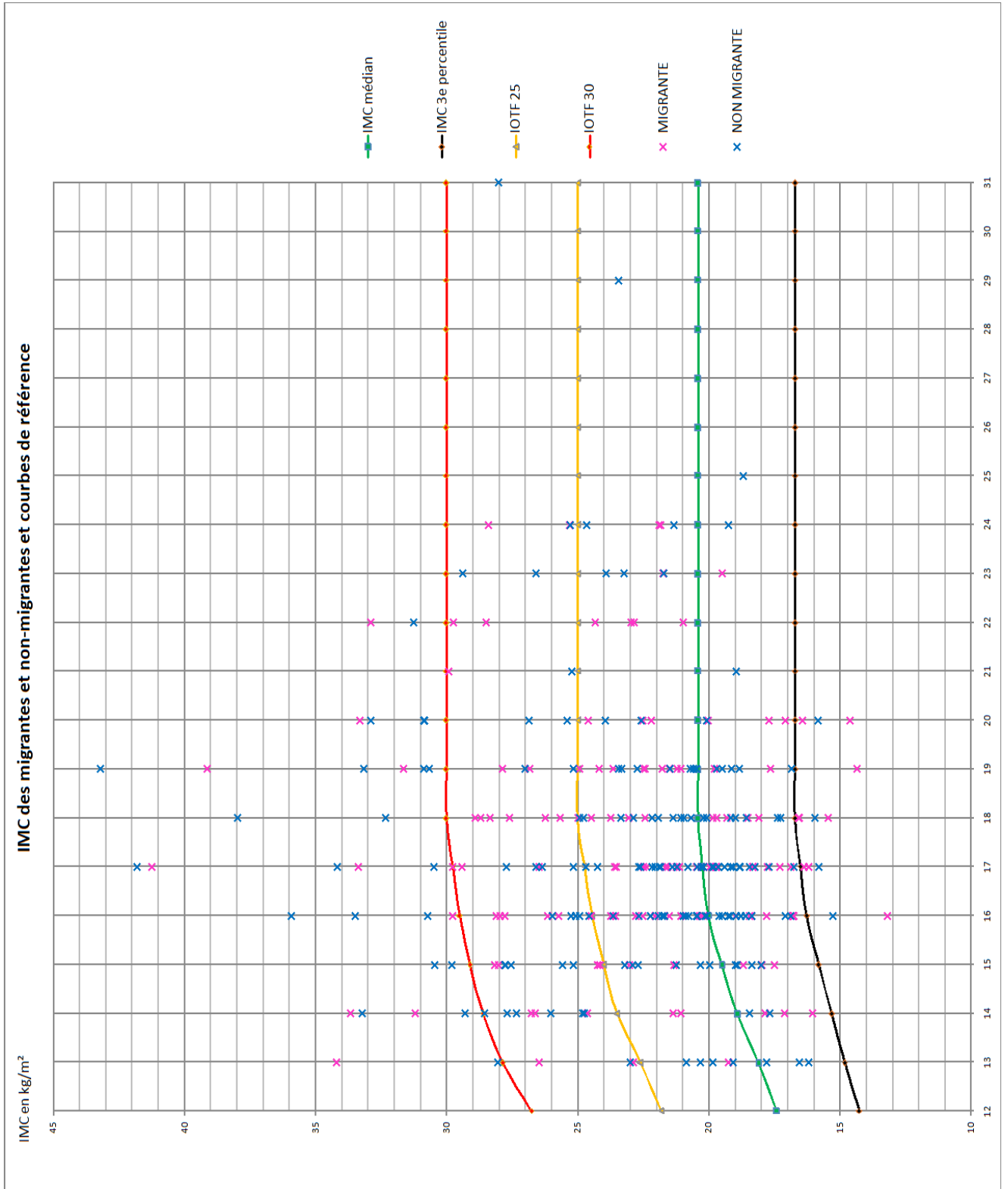
L'insuffisance pondérale touche plus les migrantes que les non-migrantes (5,8% contre 1,6%, **p-value=0,043**).

Tableau 22 : IMC chez les femmes

	IOTF>30	25<IOTF<30	IOTF>25	<3 ^e percentile
Migrantes	7,1%	21,8%	28,8%	5,8%
Non-migrantes	9,7%	17,7%	27,4%	1,6%
Significativité	p-value=0,44	z =0,93	z =0,29	p-value=0,043

Chez les femmes, on ne constate pas différence au niveau de la pratique d'une activité physique régulière (39.7% des migrantes et 38.2% des non-migrantes, |z|=0.30).

Figure 14 :



Contrairement aux hommes, les migrantes ayant un surpoids semblent résider en France depuis moins longtemps que celles avec un IMC normal sans que la différence ne soit significative (4,5 ans contre 5,6 ans, p-value=0,31).

Pour celles atteintes d'obésité, il n'y a pas de différence (6,0 ans contre 5,6 ans pour celles avec l'IMC normal, p-value=0,86).

En regroupant le surpoids et l'obésité, on ne retrouve pas de différence significative (4,9 ans contre 5,6 ans, p-value=0,45).

Les migrantes en insuffisance pondérale semblent en moyenne être arrivées depuis moins longtemps en France que celles avec un IMC normal mais la différence n'est pas significative (4,1 ans contre 5,6 ans, p-value=0,46).

Si on sépare les migrantes en deux groupes, on retrouve une légère tendance à plus de surpoids et d'obésité chez celles en France depuis au moins deux ans sans qu'aucune différence significative ne soit mise en évidence (cf. tableau 23).

Tableau 23 : IMC chez les femmes migrantes en fonction de la durée de résidence en France

	Durée en France < 2 ans	Durée en France >= 2 ans	p-value
Surpoids	21,7%	23,8%	0,84
Obésité	6,7%	8,3%	0,76
Insuffisance pondérale	6,7%	5,9%	1

Les prévalences de l'obésité vont de 0% à 28,6% selon la région d'origine des migrantes. Celles du surpoids sans obésité fluctuent de 7,7% à 26,2%.

Du fait des petits effectifs, aucune différence significative n'est mise en évidence (cf. tableau 24). Cependant les migrantes provenant d'Amérique latine semblent plus touchées par l'obésité que celles originaires du Maghreb, à la limite de la significativité (28,6% contre 0%, p-value=0,052).

Les migrantes provenant d'Afrique subsaharienne semblent également plus touchées par le surpoids (obésité comprise) que celles originaires du Maghreb, sans que la différence ne soit significative (33,0% contre 13,6%, p-value=0,078).

Tableau 24 : Prévalence de l'obésité, du surpoids, de l'IMC>25 et de l'insuffisance pondérale en fonction de la région d'origine des migrantes

	Afrique subsaharienne	Maghreb	Moyen-Orient	Asie	Europe	Amérique latine
Obésité	6,8%	0,0%	0,0%	14,3%	7,7%	28,6%
Surpoids	26,2%	13,6%	25,0%	14,3%	7,7%	14,3%
IMC>25	33,0%	13,6%	25,0%	28,6%	15,4%	42,9%
Insuffisance pondérale	3,9%	4,5%	0,0%	14,3%	15,4%	14,3%

3) Comparaison IMC hommes/femmes :

La proportion de migrantes atteintes d'obésité est très largement supérieure à celle des hommes migrants (7,1% contre 1,8%, **p-value=0,003**) alors qu'elle est proche chez les non-migrants (9,7% chez les femmes contre 9,1% chez les hommes, p-value=0,87).

Les femmes migrantes sont plus touchées par le surpoids que les migrants de sexe masculin (21,8%, contre 10,0%, **|z|=3,29**).

Cette différence est également retrouvée chez les non-migrants (17,7%, contre 6,4%, **p-value=0,0002**).

Il est à noter que la pratique régulière d'une activité sportive est plus importante chez les hommes dans les deux groupes (63.3% contre 39.7% chez les migrants, **|z|=5.20** et 54.2% contre 38.2% chez les non-migrants, **|z|=3.40**).

Pour l'insuffisance pondérale, on ne retrouve pas de différence significative.

F) Pathologies somatiques

1) Allergies :

Les non-migrants sont plus de deux fois plus à présenter des allergies ou des manifestations allergiques (22,7% contre 9,0%, **|z|=5,94**).

Parmi les migrants, ceux en France depuis deux ans ou plus semblent être plus sujets aux manifestations allergiques mais la différence est à la limite de significativité statistique (12,1% contre 7,3%, p-value=0,057).

Si on inclut les patients avec des manifestations asthmatiques dans les manifestations allergiques, on retrouve une prévalence de 28,2% chez les non-migrants et de 12,5% chez les migrants (**|z|=6,23**).

En incluant les patients asthmatiques, on retrouve parmi les migrants une prévalence plus forte chez ceux résidants en France depuis au moins deux ans (16,9% contre 9,8%, **|z|=2,42**).

2) Asthme :

L'asthme touche plus les non-migrants. 8,2% des non-migrants sont asthmatiques contre 3,5% des migrants (**|z|=3,14**). Ils sont également plus nombreux à avoir des antécédents asthmatiques avec semble-t-il une guérison (3,6% contre 1,2%, **p-value=0,010**).

Si on regroupe les patients avec des antécédents d'asthme avec ceux ayant un asthme non guéri, on retrouve que 11,8% des patients français ont été ou sont atteints d'asthme contre 4,7% chez les non-migrants (**|z|=4,06**). 1 cas d'asthme a été diagnostiqué dans l'unité dans chaque groupe.

Les migrants résidant en France depuis deux ans ou plus sont significativement plus atteints d'asthme (7,4% contre 2,8%, **p-value=0,014**).

3) Troubles de la statique :

Il n'est pas mis en évidence de différence entre les deux groupes en ce qui concerne ces troubles. 13,5% des migrants présentent une scoliose ou une attitude scoliotique contre 12,9% des non-migrants ($|z|=0,311$).

On retrouve des pieds plats chez 4,5% des migrants et chez 4,2% des Français ($|z|=0,230$). 1,5% des migrants ont une hyperlordose lombaire contre 2,2% (p-value=0,484).

Enfin, 0,3% des migrants souffrent d'une hypercyphose dorsale contre 1,1% (p-value=0,146).

4) Douleurs :

Les migrants rapportent plus fréquemment des douleurs que les non-migrants. Plus d'un migrant sur deux (52,3%) se plaint d'une ou plusieurs douleurs contre 44,3% des non-migrants ($|z|=2,61$).

La douleur la plus fréquemment rapportée par les migrants concerne l'abdomen. Ils sont 18,7% à présenter une douleur abdominale contre 11,6% des non-migrants ($|z|=3,27$). Cette différence significative se retrouve si on se focalise sur l'épigastre (7,9% des migrants contre 2,4%, $|z|=4,10$). Il n'y a pas de différence significative pour les douleurs abdominales sans les douleurs épigastriques même si les migrants semblent également plus touchés (12,2% contre 9,1%, $|z|=1,62$).

Parmi les migrants, ceux résidant en France depuis moins de deux ans semblent plus ressentir de douleurs abdominales sans que la différence ne soit significative (21,0% contre 16,0%, $|z|=1,54$).

Chez les non-migrants, la douleur la plus prévalente est la douleur rachidienne. On la retrouve chez 14,9% des Français, sans différence significative avec les migrants (12,7%, $|z|=1,01$). Il n'y a pas de différence quand on s'intéresse aux différents segments rachidiens (cf. tableau 25).

Tableau 25 : Douleurs du rachis

	Cervical	Dorsal	Lombaire	Total
Migrants	1,3%	6,0%	7,5%	12,7%
Non-migrants	1,3%	6,4%	7,6%	14,9%
Significativité	p-value=1	$ z =0,28$	$ z =0,02$	$ z =1,01$

Les migrants présentent plus de céphalées que les non-migrants (14,4% contre 8,9%, $|z|=2,80$).

Parmi les migrants, ceux résidant en France depuis moins de deux ans semblent plus ressentir de céphalées sans que la différence ne soit significative (16,0% contre 11,3%, $|z|=1,66$).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne les douleurs des membres inférieurs même s'il semble que les migrants soient légèrement plus touchés (14,0% contre 10,9%, $|z|=1,54$). Le genou est la partie la plus fréquemment douloureuse des membres inférieurs (6,5% des migrants et 7,1% des non-migrants ($|z|=0,37$)).

Il n'y a pas de différence au niveau des douleurs dentaires (4,7% contre 4,9%, $|z|=0,15$) et des douleurs au niveau des membres supérieurs (3,7% contre 3,3%, $|z|=0,30$).

5) Troubles de la réfraction :

Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les troubles de la réfraction (29,1% des migrants contre 30,9% des non-migrants, $|z|=0,63$).

6) Problèmes dentaires :

Il y a plus de problèmes dentaires chez les migrants que chez les non-migrants (28,8% contre 23,1%, $|z|=2,08$).

Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne le fait d'avoir une carie unique (4,2% contre 4,0%, $|z|=0,15$). Par contre il y a deux fois plus de caries multiples chez les migrants (14,4% contre 7,1%, $|z|=3,87$).

Si on sépare les migrants en deux groupes en fonction du temps passé en France, on retrouve une tendance à avoir plus de problèmes dentaires chez les migrants arrivés depuis moins de deux ans mais la différence n'est pas significative (31,4% contre 24,7%, $|z|=1,78$).

Le résultat est similaire quand on s'intéresse à la présence de plusieurs caries (16,2% contre 11,3%, $p\text{-value}=0,12$).

7) Pathologies cutanées

L'acné atteint les deux groupes de manière équivalente (10,4% des migrants contre 12,4%, $|z|=1,13$). Les migrants présentent plus fréquemment des mycoses cutanéomuqueuses (6,0% contre 2,7%, **$p\text{-value}=0,011$**).

Les non-migrants ont plus souvent de l'eczéma que les migrants (2,0% contre 0,5%, **$p\text{-value}=0,036$**). On ne retrouve pas de différence significative pour la gale (1,0% contre 1,8%, $p\text{-value}=0,29$).

G) Pathologies psychiatriques

1) Anxiété :

Il n'y a pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'anxiété. 12,5% des migrants s'en plaignent contre 14,9% des Français, $|z|=1,09$).

La prévalence de l'anxiété est supérieure chez les femmes dans les deux groupes (cf. tableau 26).

Tableau 26 : Prévalence de l'anxiété

	Hommes	Femmes	p-value
Migrants	10,6%	17,9%	0,024
Non-migrants	9,5%	22,6%	0,0001
p-value	0,70	0,35	

2) Etat de stress post-traumatique:

10 patients atteints d'états de stress post-traumatiques complets (ESPTC) ont été retrouvés (9 migrants et 1 non-migrant). Cela concerne donc 1,5% des migrants contre 0,2% des non-migrants (**p-value=0,050**).

On retrouve une association entre les ESPTC et la migration, la maltraitance, le viol et le décès violent d'un parent (assassinat ou attentat) pour l'ensemble des patients et une association avec la provenance d'Afghanistan pour les migrants (cf. tableau 27).

Tableau 27 : Présence d'un ESPTC en fonction d'un évènement de vie

	Evénement de vie		p-value
	Présent	Absent	
Migration	1,5%	0,2%	0,050
Maltraitance	5,1%	0,6%	0,004
Viol	4,0%	0,7%	0,028
Décès d'un parent suite à assassinat ou attentat	8,3%	0,8%	0,020
Provenance d'Afghanistan	14,3%	1,2%	0,004

La prévalence des ESPTC est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes mais cette différence n'est pas statistiquement significative (1,5% contre 0,7%, p-value=0,31).

Les états de stress post-traumatique incomplets n'ont pas été identifiés précisément, cependant on peut penser qu'une part non négligeable des patients rapportant une anxiété peut être concernée.

3) Maltraitance :

Les non-migrants rapportent plus de maltraitance que les migrants (9,3% contre 6,0%, $|z|=1,97$).

Nous avons distingué plusieurs types de maltraitance : la maltraitance physique, celle psychologique et la maltraitance mixte quand les deux composantes sont présentes. Dans les deux groupes la maltraitance physique représente plus de 50% des cas de maltraitance (respectivement 52,8% et 52,4%).

La maltraitance mixte représente 31,0% des cas de maltraitance rapportée chez les patients français et 27,8% chez les migrants (p -value=0,81). La maltraitance psychologique semble plus fréquente chez les non-migrants sans qu'une différence statistiquement significative ne soit trouvée (9,5% contre 5,6%, p -value=0,68).

4) Viol:

Parmi les 74 cas d'attouchements ou de viols rapportés, on retrouve 1 homme et 73 femmes.

Plus d'une femme sur cinq a été victime d'attouchement ou de viol. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes (22,4% des migrantes et 20,4% des non-migrantes, $|z|=0,45$).

17,8% des patientes ayant été victimes d'attouchements ou de viols rapportent une tentative de suicide alors que la proportion est de 12,0% chez les patientes qui n'ont pas rapporté de violence sexuelle (différence non significative, p -value=0,24).

31,5% des femmes victimes de viols ou d'attouchements présentent des manifestations anxieuses pouvant s'inscrire, pour certaines, dans un état de stress post traumatique (contre 17,5% des patientes ne rapportant pas de violence sexuelle, p -value=0,013). Cette différence se retrouve dans les deux sous-populations de l'étude bien qu'elle ne soit significative que chez les migrantes (cf. tableau 28).

Tableau 28 : Anxiété en fonction d'antécédents de viol ou d'attouchement sexuel

	Migrantes		Non-migrantes	
	Viol/Attouchement sexuel		Viol/Attouchement sexuel	
	Oui	Non	Oui	Non
Anxiété	31,4%	14,0%	31,6%	20,3%
p-value	0,025		0,19	

La proportion des femmes victimes de violences sexuelles ayant déclaré fumer quotidiennement est plus importante que chez celles n'en ayant pas souffert. En effet elles sont 41,1% à consommer tous les jours du tabac contre 25,6% (p -value=0,013). Cette différence n'est significative que chez les patientes nées en France (cf. tableau 29).

Tableau 29 : Consommation quotidienne de tabac en fonction d'antécédents de viol ou d'attouchement sexuel

	Migrantes		Non-migrantes	
	Viol/Attouchement sexuel		Viol/Attouchement sexuel	
	Oui	Non	Oui	Non
Tabac quotidien	20,0%	16,5%	60,5%	33,1%
p-value	0,62		0,003	

5) Tentative de suicide:

Les non-migrants sont plus de deux fois plus nombreux à avoir fait au moins une tentative de suicide (7,3% contre 3,2%, $|z|=2,92$). Cette différence n'existe que chez les femmes (à la limite de la significativité), les hommes migrants et non-migrants ayant la même prévalence.

Dans les deux groupes, on retrouve une prévalence supérieure chez les femmes (cf. tableau 30).

Tableau 30 : Prévalence des tentatives de suicide

	Hommes	Femmes	p-value
Migrants	1,1%	9,0%	$1,39*10^{-5}$
Non-migrants	1,1%	16,1%	$1,00*10^{-9}$
p-value	1	0,053	

Il n'y a pas de différence en ce qui concerne les tentatives multiples (1,0% des migrants contre 1,3% des non-migrants, $p\text{-value}=0,77$). Cependant on peut constater qu'une part plus importante des migrants ayant eu au moins une tentative de suicide a récidivé sans que cela ne soit significatif (31,6% contre 18,2%, $p\text{-value}=0,317$).

Parmi les migrants, ceux en France depuis plus de deux ans font beaucoup plus de tentatives de suicide (6,5% contre 0,8%, **$p\text{-value}=0,0002$**).

6) Episode dépressif majeur :

Les non-migrants sont plus suivis et traités pour un épisode dépressif majeur lors de leur consultation dans l'unité que les migrants (2,2% contre 0,3%, $p\text{-value}=0,053$ à la limite de la significativité). Si on regroupe ceux traités lors de leur consultation avec ceux ayant eu un antécédent d'épisode dépressif, on retrouve que 3,3% des non-migrants ont été concernés par un épisode dépressif majeur contre 1,0% des migrants, **$p\text{-value}=0,012$**).

Les migrants présents en France depuis au moins deux ans semblent plus touchés mais la différence n'est pas significative (1,7% contre 0,6%, $p\text{-value}=0,22$).

7) Symptômes psychotiques :

L'étude retrouve que les non-migrants présentent plus de symptômes psychotiques que les migrants (1,8% contre 0,3%, **p-value=0,023**).

H) Vaccinations

1) Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR):

Les patients ont été considérés comme vaccinés si on avait la preuve de l'injection de deux doses de vaccin ou en cas de sérologies montrant une immunité ancienne (présence d'IgG) en cas de doute sur la vaccination.

61,8% des non-migrants sont correctement vaccinés contre 46,0% des migrants ($|z|=5,15$). Chez les migrants en France depuis deux ans ou plus, la tendance est à une couverture vaccinale plus importante sans que la différence ne soit significative (50,2% contre 40,9%, ($|z|=1,75$)).

2) Hépatite B :

Le statut par rapport au virus de l'hépatite B (VHB) a été apprécié en fonction des résultats des sérologies réalisées lors du bilan initial. Les résultats ont été interprétés comme dans le tableau suivant.

Tableau 31 : Statut VHB en fonction des analyses

Statut VHB	Résultats sérologies + bilan hépatique				
	AcHBs	AcHBc	AgHBs	ADN VHB	Cytolyse hépatique
Non immunisé	-	-	-	-	Non
Vacciné	+	-	-	-	Non
Guéri récent/ancien	+/-	+	-	-	Non
Immunotolérant/Porteur	-	+	+	+/-	Non
Chronique active	-	+	+	+	Oui

Les résultats sont connus pour 1020 patients parmi les 1048 inclus (587 migrants et 433 non-migrants). 0,7% des migrants (4 patients) présentent une infection chronique active par le VHB (dont 50% au stade de cirrhose et 25% découverte dans l'unité) et 0,2% des non-migrants (1 patient) (p -value=0,40).

6,3% des migrants sont infectés par le VHB en phase d'immunotolérance ou de porteur sain (contre 0% non-migrant, **p-value=9,8*10⁻¹⁰**). 59,5% de ces patients porteurs sains ou immunotolérants ont été diagnostiqués dans l'unité.

22,7% des migrants présentent une sérologie témoignant d'une infection ancienne et considérée comme guérie par le VHB contre 0,2% des non-migrants (**p-value=9,2*10⁻³⁴**).

52,7% des non-migrants sont vaccinés contre le VHB contre 21,1% des migrants ($|z|=10,7$).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour les sérologies négatives en anticorps (49,2% des migrants et 46,9% des non-migrants, $|z|=0,74$).

Tableau 32 : Statut VHB des migrants et des non-migrants :

	Non immunisé	Vacciné	Guéri	Immunotolérant/ Porteur sain	Chronique active
Migrants	49.2%	21.1%	22.7%	6.3%	0.7%
Non-migrants	46.9%	52.7%	0.2%	0%	0.2%
Significativité	$ z =0,74$	$ z =10,7$	$p=9,2*10^{-34}$	$p=9,8*10^{-10}$	p-value=0.40

89,7 % des migrants ayant été en contact avec le VHB (hépatites chroniques, patients guéris, porteurs sains ou immunotolérants) sont originaires d'Afrique subsaharienne (contre 42,7% des autres migrants, $|z|=14,1$). 46,3% des patients originaires d'Afrique subsaharienne ont été en contact avec le VHB.

Si on sépare les migrants en deux groupes, on trouve une couverture vaccinale deux fois plus importante chez les migrants en France depuis au moins deux ans (29,4% contre 14,6% chez les migrants en France depuis moins de deux ans, $|z|=4,21$).

I) Pathologies infectieuses

1) Hépatite C :

0,5% des migrants sont infectés par le VHC (contre 0% des non-migrants, p-value=0,26). 67% (2 sur 3) de ces infections ont été diagnostiquées dans l'unité lors du bilan initial.

2) VIH :

1,8% des migrants sont infectés par le VIH contre 1,3% des patients non-migrants (p-value=0,62). Un cas d'infection par le VIH a été découvert dans l'unité chez un migrant à l'issue du bilan initial, les autres étant déjà connus séropositifs.

3) Chlamydia :

Selon les protocoles de l'unité, une recherche de Chlamydia trachomatis doit être réalisée chez toutes les patientes ayant débuté leur vie sexuelle (par auto-prélèvement vaginal) et chez les patients ayant une leucocyturie à la BU (par PCR sur 1^{er} jet d'urine).

Le test a été plus souvent réalisé chez les non-migrants que chez les migrants (27,1% des non-migrants contre 19,6% des migrants, $|z|=2,85$). Près de la moitié des femmes a réalisé le test contre un dixième des hommes (49,4% contre 9,9%, $|z|=28,0$).

Tableau 32 : Patients ayant bénéficié d'une recherche de Chlamydia trachomatis

	Hommes	Femmes	$ z $
Migrants	8,4%	51,3%	10,18
Non-migrants	12,5%	47,8%	8,44
$ z $	1,70	0,63	

Parmi les femmes ayant réalisé le test, 23,8% des migrantes ont eu un test positif et 22,5% des non-migrantes (p-value=0,86).

Pour les hommes, on retrouve en revanche une différence significative. 45,5% des non-migrants testés ont eu un résultat positif contre 21,6% des migrants (**p-value=0,043**).

Tableau 33 : Tests Chlamydia positifs parmi les tests effectués

	Hommes	Femmes	p-value
Migrants	21,6%	23,8%	1
Non-migrants	45,5%	22,5%	0,023
p-value	0,043	0,86	

Au total, si on inclut les patientes n'ayant pas réalisé de test, 12,2% des migrantes ont une infection par Chlamydia et 10,8% des non-migrantes (p-value=0,73). Pour les hommes, on retrouve 5,7% de non-migrants atteints contre 1,8% des migrants (**p-value=0,007**).

Si on sépare les migrants en deux groupes avec d'un côté ceux arrivés en France depuis moins de deux ans, et ceux qui y résident depuis au moins deux ans, on retrouve une plus forte prévalence dans le deuxième groupe, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. 4,3% des hommes migrants en France depuis au moins deux ans sont positifs à Chlamydia contre 0,7% (**p-value=0,016**). Chez les migrantes, ce sont 17,6% de celles résidant sur le sol français depuis au moins deux ans contre 3,2% (**p-value=0,009**).

4) Gonocoque :

Les patients testés pour Chlamydia ont également été testés pour le Gonocoque.

Parmi les femmes ayant réalisé le test, 5,0% des migrantes ont eu un test positif et 5,7% des non-migrantes (p-value=1). Pour les hommes, on retrouve 9,1% de test positif chez les non-migrants contre aucun migrant (p-value=0,10).

Tableau 34 : Tests Gonocoque positifs parmi les tests effectués

	Hommes	Femmes	p-value
Migrants	0%	5,0%	0,31
Non-migrants	9,1%	5,7%	0,68
p-value	0,10	1	

Au total, si on inclut les patientes n'ayant pas réalisé de test, 2,6% des migrantes ont une recherche positive à Gonocoque et 2,7% des non-migrantes (p-value=1). Pour les hommes, on retrouve 1,1% de non-migrants atteints contre aucun migrant (p-value=0,052).

Si on sépare les migrantes en deux groupes, on ne retrouve aucune migrante en France depuis moins de deux ans avec un test Gonocoque positif contre 4,4% pour celles arrivées depuis au moins deux ans (p-value=0,14, différence non significative).

5) Prélèvement vaginal (PV) bactériologique hors Chlamydia/Gonocoque:

Un PV a été réalisé chez 8,3% des migrantes et 5,4% des non-migrantes (p-value=0,47).

Il était positif chez 38,5% des migrantes testées et 30,0% des non-migrantes (p-value=1).
Le germe le plus retrouvé est le Gardnerellavaginalis (80,0% des PV positifs chez les migrantes et 100% chez les non-migrantes, p-value=1).

6) Paludisme :

Une recherche de Paludisme a été réalisée chez 24 migrants. Elle consistait en un frottis sanguin, une goutte épaisse, une sérologie et une recherche d'ADN de Plasmodium. Elle est revenue positive dans 20,8% des cas (sérologie positive chez 16,7% des migrants testés et recherche d'ADN positive chez 4,1%). Au total 0,8% des migrants ont un test positif.

7) QuantiFERON-TB GOLD :

Dans le bilan initial, les migrants sont censés bénéficier d'un test de QuantiFERON-TB GOLD à la recherche d'une tuberculose latente. Dans les patients inclus, 41,5% des migrants ont bénéficié du test et on retrouve aussi 2,4% des non-migrants. Si on compare les durées de résidence en France des migrants ayant bénéficié du test et celles de ceux ne l'ayant pas eu, on remarque que ceux non testés résident en moyenne en France depuis plus longtemps (5,0 ans contre 1,2 an, **p-value=6,0*10⁻²⁴**).

Le test QuantiFERON-TB GOLD est revenu positif dans un cas sur cinq chez les migrants (19,8%), alors qu'il était toujours négatif chez les non-migrants testés (p-value=0,13). Si on ramène ce chiffre à l'ensemble des migrants, on peut conclure à au moins 8,2% de migrants positifs (avec des données manquantes) contre aucun non-migrant (**p-value=7,0*10⁻¹³**).

La majorité des migrants avec un test positif sont originaires d'Afrique subsaharienne (87,8%). 27,7% des patients originaires d'Afrique subsaharienne testés étaient positifs contre 16,7% de ceux originaires du Maghreb (p-value=0,32), 4,5% des migrants asiatiques(respectivement **p-value=0,017** et p-value=0,35), 2,4% de ceux provenant du Moyen-Orient (respectivement **p-value=0,0002**, p-value=0,058 et p-value=1) et aucun patient originaire d'Europe et d'Amérique latine.

8) Tuberculose maladie :

2 patients migrants ont rapporté un antécédent de tuberculose maladie traitée soit 0,3% des migrants, contre aucun non-migrant (p-value=0,51). Ils sont tous les deux originaires d'Afrique subsaharienne.

9) Bilharziose urinaire :

Une bandelette urinaire était réalisée chez tous les patients à la recherche d'une hématurie, en dépistage d'une bilharziose urinaire. En présence d'une hématurie, une recherche d'œufs de Schistosoma haematobium dans les urines était réalisée. 2,3% des migrants ont bénéficié de l'examen parasitologique des urines, qui est revenu positif dans 78,6% des cas.

Au total, 1,8% des migrants étaient atteints d'une bilharziose urinaire diagnostiquée dans l'unité (contre aucun non-migrant, **p-value=0,003**). Ils étaient originaires d'Afrique subsaharienne dans 90,9% des cas et du Maghreb dans 9,1%.

La prévalence de la bilharziose urinaire est de 3,0% chez les migrants d'Afrique subsaharienne et atteint 8,4% pour ceux originaires du Mali.

J) Helicobacter pylori (HP)

A l'issue de la consultation, le clinicien pouvait décider de rechercher une infection par *Helicobacter pylori* à l'aide d'une sérologie. Le test a été plus souvent réalisé chez les migrants (20,2% des migrants ont bénéficié de la sérologie contre 9,1% des non-migrants, $|z|=5,22$).

Sur l'ensemble des patients, on retrouve une prévalence de l'infection par HP de 18,4% chez les migrants contre 3,1% chez les non-migrants (**p-value=1,03*10⁻¹⁵**). Chez 90,9% des migrants testés, la sérologie est revenue positive alors qu'elle n'était positive que chez 34,1% des non-migrants prélevés (**p-value=3,03*10⁻¹²**).

Le principal marqueur clinique d'une infection chronique par HP est la présence de douleurs abdominales et en particulier épigastriques. Nous avons donc analysé les données en fonction de la présence d'une douleur abdominale et de son siège. En cas de douleurs épigastriques, le test a été réalisé chez 93,6% des migrants contre 63,6% des non-migrants (**p-value=0,020**).

Il est revenu positif chez 86,4% des migrants ayant des douleurs épigastriques contre seulement 28,6% des non-migrants (**p-value=0,003**).

En cas de douleurs abdominales à l'exclusion de l'épigastre, le test a été réalisé chez 52,0% des migrants contre 31,7% des non-migrants (**p-value=0,049**). Il est revenu positif chez 97,4% des migrants ayant des douleurs abdominales à l'exclusion de l'épigastre contre seulement 23,1% des non-migrants (**p-value=2,30*10⁻⁷**).

Il n'y a pas de différence de temps de séjour en France entre les migrants avec un test positif et ceux avec un test négatif (2,8 ans pour les deux, p-value=1).

Les prévalences de l'infection par HP sont variables en fonction de la région du monde d'origine. La prévalence est plus importante pour l'Afrique subsaharienne (22,0%), suivie par le Maghreb (20,2%), l'Europe (12,5%), l'Amérique latine (11,1%), l'Asie (10,6%) et le Moyen-Orient (8,6%). Les seules différences statistiquement significatives sont entre le Moyen-Orient et l'Afrique subsaharienne (**p-value=0,0082**) et entre le Moyen-Orient et le Maghreb (**p-value=0,049**).

K) Anémie et carence martiale

1) Anémie :

Un hémogramme était réalisé chez tous les patients consultant. L'anémie est définie comme une hémoglobine inférieure à 13,0 g/dl chez les hommes et inférieure à 12,0 g/dl chez les femmes.

14,7% des migrants étaient anémiés et 14,0% des non-migrants ($|z|=0,33$).

L'anémie est plus fréquente chez les migrantes. Un tiers des femmes migrantes est anémié (33,3%) contre un cinquième chez les non-migrantes (19,9%, $|z|=2,81$). Chez les hommes, on ne retrouve pas de différence significative (8,1% des migrants contre 9,8%, $|z|=0,76$).

Dans les deux groupes, on retrouve que l'anémie touche plus les femmes que les hommes.

Chez les migrants, elle est quatre fois plus fréquente chez les femmes (33,3% contre 8,1%, $|z|=6,31$) et chez les non-migrants, elle est deux fois plus fréquente (19,9% contre 9,8%, $|z|=2,91$).

Tableau 35 : Présence d'une anémie en fonction du sexe

	Migrants		Non-migrants	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Anémie	8,1%	33,3%	9,8%	19,9%
z	6,31		2,91	

Dans plus de 20%, la cause de l'anémie n'a pas été identifiée (20,5% chez les migrants et 27,0% chez les non-migrants), notamment par manque de bilan martial (non réalisé ou non récupéré). En effet, pour un nombre non négligeable de patient, le bilan a été réalisé mais il n'a pas été édité. Malgré ce manque de données, la carence martiale est de très loin la cause la plus fréquente identifiée et probablement sous-estimée par manque de bilan. Elle représente au moins 76,1% des causes d'anémie chez les migrants et 69,8% chez les non-migrants ($|z|=0,86$).

Dans 7,5% des cas, elle est associée à une drépanocytose hétérozygote chez les migrants et 2,3% chez les non-migrants ($p\text{-value}=0,40$).

La géophagie, c'est-à-dire le fait d'ingérer volontairement de la terre (argile, craie, etc.), a été retrouvée uniquement chez des femmes dans cette étude. 15,0% des migrantes anémiées avec carence martiale ont rapporté consommer régulièrement de la terre contre 3,8% des non-migrantes ($p\text{-value}=0,23$).

Les béta-thalassémies représentent 2,3% des causes d'anémie chez les migrants et 3,2% chez les non-migrants ($p\text{-value}=1$).

Enfin les syndromes drépanocytaires majeurs (drépanocytose homozygote S/S ou hétérozygote composite S/C) représentent 2,3% des anémies chez les migrants contre aucun non-migrant ($p\text{-value}=0,51$).

2) Carence martiale :

Dans le bilan biologique initial, le dosage de la ferritine était généralement réalisé. Une carence martiale (ferritinémie inférieure à 15 $\mu\text{g/l}$) sans anémie a été retrouvée plus fréquemment chez les non-migrants (32,9% des non-migrants contre 23,9%, $|z|=3,18$). Ces résultats sont retrouvés chez les hommes (31,1% des non-migrants contre 23,1%, $|z|=2,29$) alors que la différence n'est pas significative chez les femmes (35,5% contre 26,3%, $|z|=1,85$).

Si on inclut les patients avec une anémie par carence martiale, on retrouve que 35,1% des migrants sont carencés et 42,7% des non-migrants ($|z|=2,48$). On retrouve, chez les hommes, que les non-migrants sont plus souvent carencés que les migrants (37,9% contre 29,2%, $|z|=2,36$). Une femme sur deux est carencée sans différence entre les deux groupes (51,9% des migrantes et 49,5% des non-migrantes, $|z|=0,45$). Dans les deux groupes les femmes sont plus souvent carencées que les hommes.

Tableau 36 : Présence d'une carence martiale en fonction du sexe

	Migrants		Non-migrants	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Carence martiale totale	29,2%	51,9%	37,9%	49,5%
z	5,00		2,45	

3) Drépanocytose :

En fonction du pays d'origine et des antécédents familiaux, une électrophorèse de l'hémoglobine était réalisée à la recherche d'une drépanocytose.

Deux patients migrants atteints d'un syndrome drépanocytaire majeur (1 S/S et 1 S/C) ont consulté (soit 0,3% des migrants). Les deux patients étaient déjà connus drépanocytaires et il s'agissait même du principal motif de migration de l'un des deux.

5,5% des migrants étaient hétérozygotes A/S contre 1,3% des non-migrants (**p-value=0,0004**).

La prévalence de l'hétérozygotie A/S atteint 9,2% chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne.

L) Gynécologie

1) Contraception :

Le préservatif masculin seul est le moyen contraceptif le plus utilisé dans les deux groupes (54,4% des migrantes utilisant une contraception contre 40,2%, |z|=1,81).

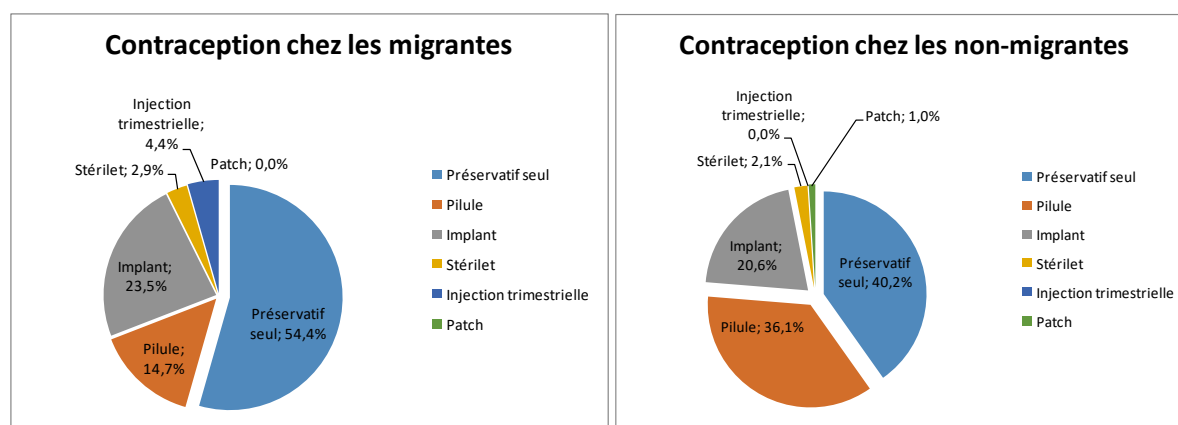
La pilule contraceptive est utilisée par 17,2% de l'ensemble des patientes françaises contre 6,4% des migrantes (**p-value=0,004**).

Chez les femmes utilisant un moyen de contraception, la pilule représente plus d'un tiers (36,1%) des moyens contraceptifs chez les Françaises contre moins d'un sixième (14,7%) chez les migrantes (**p-value=0,002**). C'est le seul moyen de contraception pour lequel on met en évidence une différence significative.

Contrairement aux patientes françaises, chez les migrantes, la part de l'implant contraceptif est plus importante que la pilule (23,5% contre 20,6% chez les Françaises, |z|=0,44).

Les autres moyens de contraception ont une part marginale dans cette population étudiée.

Figures 15 et 16 :



2) Dysménorrhées :

Pour les statistiques sur les dysménorrhées, les femmes non-réglées ont été exclues de l'analyse (2 patientes dans chaque groupe).

Pour les dysménorrhées, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

48,1% des migrantes décrivent des dysménorrhées importantes contre 42,4% ($|z|=1,04$).

13,0 % des Françaises décrivent des dysménorrhées modérées contre 7,8% ($p\text{-value}=0,156$).

En regroupant les dysménorrhées importantes et modérées on retrouve que 55,8% des migrantes présentent ces douleurs contre 55,4% des non-migrantes ($|z|=0,075$).

3) Grossesse :

Le pourcentage de femmes réglées ayant eu au moins une grossesse est similaire dans les deux groupes (17,5% contre 17,9%, $|z|=0,096$). Il s'agit dans plus de trois-quarts des cas de grossesses non pensées ou non prévues (77,8% et 75,8%, $p\text{-value}=1$). Parmi ces femmes ayant été enceintes, 18,5% des migrantes ont eu plusieurs grossesses contre 27,3% des non-migrantes ($p\text{-value}=0,544$).

La proportion d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est identique dans les deux groupes (20% de l'ensemble des femmes ayant une activité sexuelle chez les migrantes et 19,8% chez les non-migrantes, $p\text{-value}=1$). Cela correspond à 74,1% des grossesses chez les migrantes et 72,7% chez les non-migrantes ($p\text{-value}=1$). Deux migrantes ont bénéficié de deux IVG (7,3% des migrantes ayant eu une grossesse) contre aucune non-migrante ($p\text{-value}=0,198$).

Dans les deux groupes on ne retrouve pas de différence statistiquement significative au niveau des fausses couches spontanées (14,8% des femmes migrantes ayant eu une grossesse contre 21,2 %, $p\text{-value}=0,74$).

1,9% des femmes migrantes réglées consultant dans l'unité étaient enceintes lors de leur première consultation contre 3,8% des non-migrantes ($p\text{-value}=0,36$). 1,3% des femmes migrantes réglées avaient mené une grossesse à son terme contre 2,2%, ($p\text{-value}=0,69$).

4) Autres pathologies :

Tableau 37 : Autres pathologies chez les femmes

	Migrantes	Non-migrantes	p-value
Cystite	3,8%	5,4%	0,61
Adénomyose	2,6%	1,6%	0,71
Endométriose	1,9%	1,1%	0,66
Excision	1,9%	0%	0,09
Adénofibrose mammaire	0%	1,6%	0,25
Hirsutisme	0%	1,1%	0,50
Syndrome des ovaires polykystiques	0%	0,5%	1

M) Dysthyroïdies et autres pathologies

Le dépistage des dysthyroïdies par dosage de la TSH était réalisé en fonction du contexte. 1,1% des non-migrants ont une dysthyroïdie contre aucun migrant (**p-value=0,014**). Elle a été découverte dans l'unité dans 40,0% des cas. Il s'agissait d'une hypothyroïdie chez 60,0% des cas.

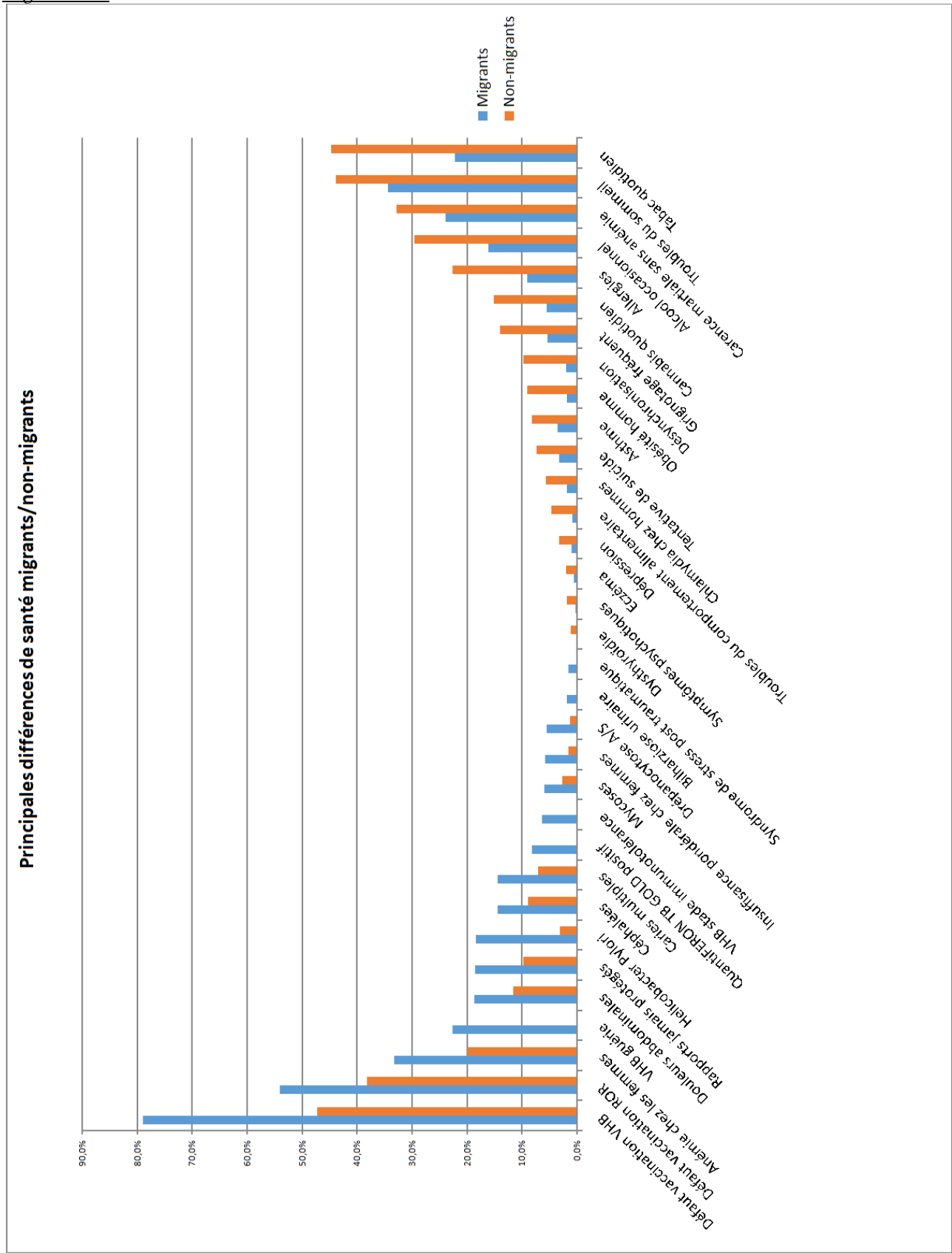
Tableau 38 : Autres pathologies

	Migrants	Non-migrants
Syndrome fémoro-patellaire	3	4
Maladie d'Osgood-Schlatter	1	0
Maladie de Scheuermann	0	1
Sacro-iléite	1	0
Polyarthrite rhumatoïde	1	0
Canal lombaire étroit	1	0
Hernie discale	0	1
Séquelles d'ostéochondrite de hanche	1	0
Séquelles d'épiphysiolyse fémorale	0	1
Périostite tibiale	1	0
Chondromalacie patellaire	1	0
Hallux valgus	0	1
Lésion méniscale	2	0
Patella alta	0	1
Rupture complète LCA du genou	2	0
Rhumatisme articulaire aigu	1	0
Fibromyalgie	0	2
Trouble anxieux généralisé	0	3
Addiction aux benzodiazépines	4	0
Epilepsie	2	2
Porencéphalie	1	0
Encéphalite de Rasmussen	1	0

	Migrants	Non-migrants
Chorioréinite varicelleuse	0	1
Syphilis primaire	0	1
Syphilis secondaire	1	0
Distomatose	1	0
Oxyurose	1	0
Parasitose digestive à Entamoeba coli	1	0
Parasitose digestive à Hymenolepis nana	1	0
Maladie de Biermer	1	0
Atrésie des voies biliaires	0	1
Hépatite alcoolique aiguë	1	0
Néphroblastome	1	0
Hamartome de Becker	0	2
Retard pubertaire	2	0
Dysphasie	1	1

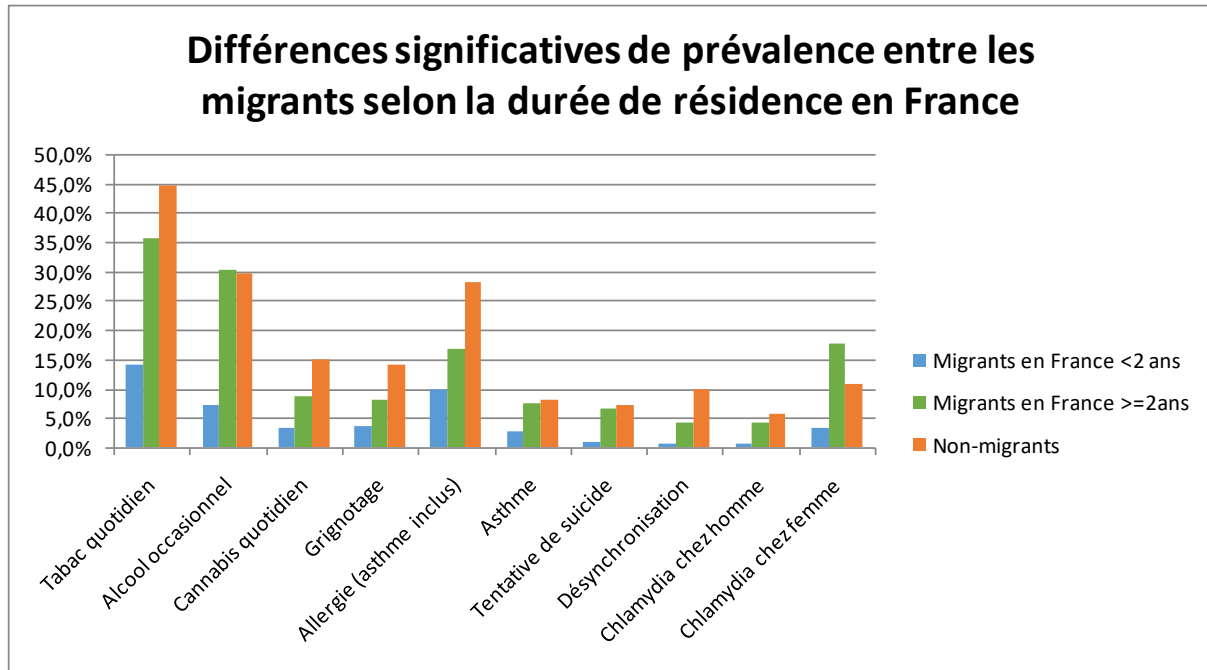
N) Principales différences statistiquement significatives entre migrants et non-migrants

Figure 17 :



O) Principales différences statistiquement significatives entre migrants en France depuis moins de deux ans et migrants résidant depuis deux ans ou plus

Figure 18 :



Ce graphique montre une augmentation des prévalences de certaines problématiques de santé qui tendent à se rapprocher de celles des non-migrants. Ces résultats semblent mettre en évidence une aggravation de l'état de santé des migrants sur plusieurs points avec les années passées sur le sol français

Il est à noter que pour ce qui est de l'amélioration de l'état de santé des migrants en fonction du temps de résidence en France, un seul paramètre apparaît significatif. C'est l'augmentation de la couverture vaccinale contre le VHB (29,4% chez ceux résidant depuis deux ans ou plus contre 14,6%, $|z|=4,21$).

DISCUSSION :

A la lecture de ces différents résultats, on peut relever des différences de problématiques de santé entre les jeunes migrants et les jeunes ayant vécu d'autres ruptures que la migration. Certaines sont plus prévalentes chez les migrants et d'autres moins.

Tout d'abord, on met en évidence des carences de médecine préventive. En effet ils présentent un défaut de vaccination, notamment contre la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole mais aussi contre le virus de l'hépatite B. Cette carence vaccinale est très importante car elle concerne la majorité des migrants pour le VHB et le ROR.

Cependant le défaut de vaccination contre le VHB, bien que majeur, est à relativiser si on le compare avec celui des non-migrants. En effet il faut tenir compte des patients ayant déjà été en contact avec le virus de l'hépatite B, généralement par transmission materno-fœtale. Du fait de cette transmission précoce, il existe une proportion importante de migrants ayant déjà été en contact avec le VHB (guéris de l'infection, immunotolérants ou présentant une infection active). Chez ces patients, le vaccin n'est pas recommandé du fait d'une immunisation naturelle. Aussi en excluant ces patients non-candidats à la vaccination, on retrouve une proportion équivalente de défaut vaccinal dans les deux populations.

Le statut vis-à-vis de la vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche et la Poliomyélite n'a pas été étudié car les données sont très souvent manquantes chez les migrants et qu'en l'absence de preuve vaccinale, une vaccination quadrivalente est systématiquement réalisée dans l'unité.

Les jeunes migrants rapportent plus souvent ne jamais utiliser de préservatif lors des rapports sexuels. Il semble donc y avoir une carence préventive dans ce domaine.

Les adolescents migrants ont souvent des caries dentaires multiples et avancées. Leur prise en charge doit débiter dès que possible afin de préserver au mieux le capital dentaire.

Cette étude met également en avant la prévalence plus importante d'une anémie, notamment chez les jeunes migrantes. Les explications sont multiples. En premier lieu la carence martiale qui est la cause la plus importante. Elle résulte d'une alimentation souvent faible en fer, conjuguée à des menstruations plus longues et plus abondantes chez les jeunes femmes.

Ensuite, on retrouve la géophagie qui est une cause à évoquer et à rechercher en particulier chez les migrantes. Il faut noter que cette ingestion de terres (souvent argiles) est responsable d'anémies très profondes. Elle est souvent associée à une forme d'addiction et nécessite une information claire sur ses risques afin d'y mettre un terme.

Enfin les hémoglobinopathies, comme la drépanocytose et la bêta-thalassémie homozygote ou encore les doubles hétérozygoties, plus prévalentes dans certaines régions du monde peuvent expliquer une partie de ces anémies.

La grande majorité des drépanocytoses vues dans cette étude sont des drépanocytoses hétérozygotes et ne sont généralement pas responsables d'anémie. Elles sont la plupart du temps asymptomatiques et souvent méconnues. Il est primordial d'informer les patients sur la nécessité de réaliser un dépistage du partenaire en cas de projet de grossesse.

Une des principales plaintes des jeunes migrants est la présence de douleurs abdominales. Cette plainte regroupe des étiologies très diverses. En premier lieu, on peut évoquer la constipation. Elle est très fréquente chez les adolescents du fait d'une faible consommation de fibres et d'apports importants en féculents. Chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne, elle est majorée par une consommation importante de plats à base de riz. Les autres causes de douleurs abdominales sont les troubles liés au changement d'alimentation, les manifestations psychosomatiques, les parasitoses digestives, mais également des gastrites à *Helicobacter pylori*.

Cette infection à HP s'acquiert généralement dans l'enfance, avant l'âge de 10 ans. Elle est très prévalente dans certaines régions du monde et donc chez les migrants originaires de ces régions. La douleur abdominale et plus particulièrement la douleur épigastrique sont des symptômes devant amener à une recherche de cette bactérie. En effet le test est revenu positif neuf fois sur dix en cas de douleurs abdominales chez les migrants

Or l'infection par *Helicobacter pylori* est le principal facteur de risque de cancer de l'estomac.

Et cette population est à risque de cumuler d'autres facteurs de risque comme le tabagisme, la forte consommation de sel et une alimentation faible en fruits et légumes. Il est donc primordial d'avoir cette notion à l'esprit pour pouvoir réaliser un dépistage adapté.

Les migrants déclarent également plus fréquemment souffrir de céphalées. Les causes peuvent être multiples. On note notamment des migraines, des céphalées de tension ou des céphalées liés à des troubles du sommeil. On peut suggérer qu'un défaut de prise en charge de troubles de la réfraction puisse être impliqué. Enfin des infections dentaires peuvent également être responsables de céphalées.

Les jeunes migrants présentent fréquemment une infection tuberculeuse latente. Elle touche en effet près d'un migrant testé sur cinq. Il est à noter que près de 60% des migrants n'ont pas bénéficié du test QuantiFERON-TB GOLD. Il s'agit plutôt de migrants ayant migré plusieurs années auparavant, parfois très jeunes, mais certains patients arrivés récemment n'ont également pas été testés. La prise en charge de cette infection pose plusieurs problématiques. Tout d'abord, il faut essayer d'évaluer à quand remonte le contact tuberculeux. S'il est récent, une prise en charge médicamenteuse peut se justifier. La problématique est différente pour un contact survenu tôt dans l'enfance. En effet il est difficile d'estimer le risque pour ces patients de développer une tuberculose maladie. Une étude a été menée parallèlement à cette thèse dans l'unité Guy Môquet de l'Hôtel Dieu. Il apparaît que sur 300 patients dont 100 avec un test QuantiFERON-TB GOLD positif, aucun cas de tuberculose maladie n'est constaté à 5 ans. En plus de cette donnée, il faut prendre en compte les problématiques liées au traitement. Il s'agit d'un traitement long dont l'observance pose question, en particulier chez des jeunes en rupture. Or la problématique du développement de bacilles multi-résistants est de plus en plus préoccupante. De plus, le traitement présente des effets indésirables graves non rares qui doivent entrer en ligne de compte dans la balance décisionnelle (hépatite médicamenteuse, neuropathie, réaction allergique, survenue d'une grossesse non prévue sous traitement, etc.).

La bilharziose urinaire est également une affection à rechercher chez les migrants. L'absence de cette infection en France métropolitaine peut amener à un retard voire à un défaut de diagnostic. Or l'infection chronique peut entraîner des complications majeures à savoir des sténoses ou des fistules urétrales, des surinfections, des lithiases urinaires, des tumeurs vésicales, des insuffisances rénales, etc. [34,35]. Il apparaît donc primordial de dépister cette infection chez les migrants par la réalisation d'une bandelette urinaire chez ceux originaires d'Afrique subsaharienne et tout particulièrement du Mali.

On retrouve aussi une plus forte proportion de mycoses cutanéomuqueuses chez les migrants. Il n'y a pas d'explication évidente à ce phénomène. On peut évoquer le changement de climat et de micro-organismes composant le microbiote cutané.

Enfin l'état de stress post-traumatique apparaît plus fréquent chez les migrants, ce qui peut s'expliquer par des événements de vie douloureux plus fréquents, avec en premier lieu la migration. Il est à noter qu'un certain nombre des jeunes migrants ont fui la guerre, la pauvreté ou un mariage forcé par exemple. De plus les conditions de migration ont été parfois très dures. Les migrants ont donc souvent été confrontés à des traumatismes majeurs à l'origine de ce syndrome.

En comparaison aux non-migrants, les migrants semblent en revanche moins touchés par certaines problématiques de santé.

Tout d'abord, ils sont beaucoup moins touchés par l'addiction au tabac, d'autant plus qu'ils sont arrivés depuis peu de temps sur le territoire français. Or il est bien démontré que plus la consommation de tabac survient tôt, plus le risque d'addiction est important. Il est donc primordial de réaliser un travail de prévention afin d'essayer de maintenir une consommation tabagique moins importante chez ces jeunes.

Les jeunes migrants déclarent être moins nombreux à consommer du cannabis quotidiennement. Ils sont également moins à consommer occasionnellement de l'alcool. Cette moindre consommation semble disparaître avec le temps passé en France. La prévention est donc importante chez ces jeunes pour lutter contre l'augmentation de ces consommations au fil des années.

Les migrants rapportent moins de grignotage que les Français. Cela s'inscrit dans la moindre prévalence, dans cette population, du dérèglement des rythmes de vie (appelés dysrythmie ou syndrome de désynchronisation). On peut également évoquer des habitudes de vie différentes dans les pays d'origine. Ces mauvaises habitudes alimentaires et de rythmes de vie ont tendance à augmenter avec le temps passé en France.

La prévalence de l'obésité chez les hommes est beaucoup plus faible chez les migrants. Une information sur l'alimentation et l'activité physique apparaît très importante afin de tenter de maintenir ces résultats dans le temps. D'autant plus que le grignotage a tendance à s'aggraver avec les années de résidence sur le sol français.

Ils sont également moins touchés par les manifestations allergiques et par l'asthme. La théorie hygiéniste postule que le risque croissant d'atopie et d'asthme dans les pays développés pourrait être dû à une réduction de l'exposition aux agents infectieux en raison de changements du mode de vie et des vaccinations. Elle semble expliquer, au moins en partie cette différence. L'exposition à des toxiques comme le tabac ou la pollution peut participer à cette différence.

On constate par ailleurs une plus forte prévalence de l'asthme et des manifestations allergiques chez les migrants résidant en France depuis plusieurs années.

On retrouve une moindre prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes migrants. Or ce sont les hommes qui constituent le réservoir silencieux de cette infection qui peut avoir des conséquences majeures chez les femmes (troubles de la fertilité voire stérilité, salpingites, grossesses extra-utérines, etc.). On constate par ailleurs que cette infection tend à augmenter avec le nombre d'années passées en France.

Les migrants semblent se plaindre moins fréquemment de troubles du sommeil. Les principaux troubles retrouvés chez les migrants sont des difficultés d'endormissement en lien avec de l'anxiété, un état de stress post-traumatique ou encore des conditions de vie difficile. Les non-migrants présentent aussi principalement des troubles d'endormissement secondaires à de l'anxiété, une désynchronisation, une consommation importante d'écrans ou des troubles dépressifs. Les jeunes Français sont en effet plus touchés par les désordres psychiatriques comme la dépression et l'anxiété qui peuvent entraîner des troubles du sommeil. Ils sont également plus concernés par le syndrome de désynchronisation. Ce syndrome est associé à des consommations plus importantes de tabac et de cannabis chez les non-migrants.

Enfin, les migrants sont moins touchés par les problématiques psychiatriques comme les tentatives de suicide, les épisodes dépressifs majeurs et les symptômes psychotiques. Ils présentent également moins de troubles du comportement alimentaire.

Pour les tentatives de suicide, il est à noter que la prévalence est très faible chez les migrants en France depuis moins de deux ans, alors qu'elle se rapproche de celle des non-migrants après deux ans de résidence sur le sol français.

Ensuite, on peut relever les problématiques de santé pour lesquelles il n'a pas été trouvé de différence statistiquement significative entre les migrants et les non-migrants.

Les deux groupes ne présentent pas de différence pour ce qui est de la consommation quotidienne d'alcool ou encore pour la consommation de drogues illégales autres que le cannabis.

Il n'y a pas de différence au niveau de l'âge du premier rapport sexuel, sur le fait d'utiliser principalement le préservatif comme moyen de contraception et le fait de se protéger de façon inconstante.

Aucune différence significative n'est retrouvée dans les deux groupes pour les troubles de la statique (scoliose, pieds plats, hyperlordose lombaire et hypercyphose dorsale), pour les douleurs du rachis et des membres, pour les troubles de la réfraction, l'anxiété, l'acné ou encore les infections comme la gale, la tuberculose maladie, l'hépatite C, le VIH et le gonocoque.

Chez les jeunes femmes, on ne retrouve pas de différence en ce qui concerne le surpoids, l'obésité, l'utilisation de l'implant contraceptif, la présence de dysménorrhées, la prévalence des grossesses, des interruptions volontaires de grossesse, des fausses couches spontanées, de la positivité du prélèvement vaginal et de la PCR *Chlamydia* ou encore un antécédent de viol ou d'attouchement.

Chez les jeunes hommes, il n'y a pas de différence au niveau du surpoids et de l'insuffisance pondérale.

Nous allons à présent nous attacher à comparer les principaux résultats avec ceux retrouvés dans la littérature, afin d'essayer d'apprécier la pertinence de ce travail, ses particularités, mais aussi ses limites.

Mode de vie :

Alimentation :

5,5% des migrants et 15,8% des non-migrants déclarent grignoter régulièrement. Ces résultats sont bien inférieurs à ceux d'autres études. En effet l'étude HBSC réalisée en 2010 a trouvé que 24% des adolescents déclarent consommer régulièrement des sucreries [36]. Une étude sur les jeunes suivis par la PJJ retrouve que 69% des garçons et 66% des filles déclarent grignoter régulièrement [37]. Enfin selon l'INSEE en 2008, 29% des moins de 25 ans déclarent grignoter très souvent [38].

Cette différence peut venir du fait que la question n'est pas posée de façon systématique lors de la consultation dans l'unité. Par ailleurs la notion de grignotage est difficile à définir précisément, et les différents évaluateurs n'ont donc pas une perception uniforme. Aussi, on peut estimer que le grignotage est sous-estimé dans notre étude. Cependant, on peut retenir que les migrants semblent moins concernés.

Sommeil :

Les troubles du sommeil touchent 34,4% des migrants et 43,8% des non-migrants. Ces résultats montrent une prévalence supérieure à celle de la population générale. En effet 28,2% des jeunes femmes et 21,3% des jeunes hommes décrivent des troubles du sommeil dans la conférence biennale sur la santé des jeunes de 16-25 ans [39]. Cette prévalence supérieure peut être expliquée par le vécu d'évènements de vie négatifs plus important. En effet l'INSERM a trouvé des troubles d'endormissement chez 66% des filles et 46% des garçons suivis par la PJJ [37]. Nos résultats semblent donc en accord avec ces données.

Rapports sexuels :

L'âge médian au premier rapport sexuel est défini comme l'âge auquel la moitié des personnes ont eu leur premier rapport. On retrouve un âge médian de 18 ans pour les hommes non-migrants et de 19 ans pour les femmes (migrantes et non-migrantes). L'âge médian n'est pas connu pour les hommes migrants car dans cette population, moins de 50% des effectifs ont eu un rapport sexuel. En 2010 l'INED retrouve un âge médian de 17,4 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles [40]. Les résultats plus élevés dans notre étude peuvent être expliqués par une population jeune avec une moyenne et une médiane d'âge de 17 ans et donc des effectifs plus nombreux en dessous des âges retrouvés par l'INED. Cela va avoir tendance à tirer les résultats de la médiane de l'âge du premier rapport vers le haut.

Rapports protégés :

18,5% des migrants et 9,7% des non-migrants déclarent ne jamais utiliser de préservatif. Une étude diligentée par la SMEREP a retrouvé que 14% des étudiants et 9% des lycéens ne se protègent jamais [41]. Ces chiffres semblent concordants, avec une tendance plus forte à l'absence de protection chez les migrants chez qui une information ciblée doit être apportée.

Par contre les résultats sont moins bons dans notre étude en ce qui concerne la protection systématique. En effet seulement 34,8% des migrants et 39,7% des non-migrants déclarent se protéger systématiquement contre 57% des étudiants et 73% des lycéens selon cette même étude. Il semble donc que les jeunes en rupture soient une population à risque accru de mauvaises habitudes de protection.

Addictions :

Tabac :

22,2% des jeunes migrants déclarent fumer quotidiennement et 44,7% des non-migrants. Dans le baromètre santé de 2010, 23,6% des 15-19 ans et 40,9% des 20-25 ans rapportent fumer quotidiennement [42]. Selon cette étude les femmes sont moins nombreuses à fumer quotidiennement (39,0% contre 42,8% chez les 20-25 ans). Cette différence est également retrouvée dans cette thèse. A la vue de ces résultats, il apparaît que les migrants consomment moins de tabac que la population générale alors que les non-migrants semblent plus touchés. Le fait d'être migrant semble donc être protecteur vis-à-vis de la consommation de tabac. D'autant plus que le fait d'être en situation difficile semble être un facteur aggravant. En effet, la consommation quotidienne atteint 59% des garçons et 62% dans l'étude de la PJJ sur des jeunes de 14-20 ans [37]. Il apparaît donc très important de réaliser des actions de prévention sur cette population, d'autant plus qu'une augmentation de la consommation tabagique est constatée chez les migrants en France depuis deux ans ou plus. En effet la prévalence atteint 35,5% chez les migrants résidant en France depuis au moins deux ans contre 14,0%.

Alcool :

Une consommation occasionnelle d'alcool est retrouvée chez 14,9% des hommes migrants et 29,9% des non-migrants. Dans le baromètre santé 2010 de l'INPES, les 15-19 ans rapportent une consommation hebdomadaire pour 29,2% des hommes [42]. Chez les migrantes, elles sont 19,2% à être concernées et 29,0% des non-migrantes alors qu'elles sont 12,1% des femmes dans le baromètre santé de 2010. Ces résultats atteignent respectivement 50,2% des hommes et 26,8% des femmes chez les 20-25 ans. Les résultats sont donc comparables dans cette thèse pour les non-migrants, alors que les migrants semblent moins touchés. La difficulté provient de l'absence de définition claire de la consommation occasionnelle dans notre étude. Elle représente une consommation non quotidienne mais avec un caractère répétitif, par opposition à une consommation exceptionnelle.

On peut également noter que les migrants en France depuis deux ans ou plus déclarent consommer de l'alcool occasionnellement dans les mêmes proportions que les non-migrants (30,3%) alors qu'elle est beaucoup plus rare chez ceux arrivés récemment (7,3%).

Pour ce qui est de la consommation quotidienne, 0,8% des migrants et 1,3% des non-migrants sont concernés. Ces résultats sont comparables avec les 1,7% chez les hommes et les 0,2% chez les femmes de 15-19 ans retrouvés par l'INPES.

Cannabis :

Dans cette thèse, nous avons trouvé que 14,9% des migrants et 37,9% des non-migrants rapportent une consommation au moins occasionnelle de cannabis chez les hommes. Dans son baromètre de 2010, l'INPES retrouve une consommation dans l'année chez 22,1% des hommes de 15-19 ans et 28,4% des hommes de 20-25 ans [42]. Il apparaît donc que la consommation est inférieure chez les migrants alors qu'elle est supérieure chez les non-migrants.

Ces résultats se retrouvent également chez les femmes. Elles déclarent consommer du cannabis chez 12,8% des migrantes et 22,6% des non-migrantes alors qu'elles sont 15,4% de 15 à 19 ans et 15,2% de 20 à 25 ans dans l'étude de l'INPES.

Pour la consommation quotidienne de cannabis, elle est retrouvée chez 6,8% des migrants et 18,6% des non-migrants chez les hommes. Les résultats de l'INPES vont de 5,3% chez les 15-19 ans à 9,5% chez les 20-25 ans. Chez les femmes, les migrantes sont 1,9% à consommer du cannabis quotidiennement et les non-migrantes 10,2%. Les résultats de l'INPES retrouvent 2,2% chez les 15-19 ans et 3,7% chez les 20-25 ans.

Ces résultats semblent montrer que la migration est un facteur protecteur alors même que le fait d'être en situation difficile semble être à l'origine d'une plus forte consommation. En effet les résultats sont bien supérieurs dans l'étude de la PJJ sur les 14-20 ans [37]. Une consommation quotidienne est rapportée par 19% des hommes et 9% des femmes. Ces résultats sont similaires à ceux de la population de non-migrants de notre étude mais bien supérieurs à ceux des migrants.

Il apparaît également que le temps de résidence sur le sol français soit à l'origine de l'augmentation de la consommation quotidienne de cannabis chez les migrants. En effet, de 3,4% de migrants en France depuis moins de deux ans qui déclarent en consommer, on passe à une prévalence de 8,7% à partir de deux ans de résidence en France.

Autres drogues :

L'usage d'autres drogues est retrouvé chez 1,7% des migrants et 0,9% des non-migrants. Ces résultats semblent en dessous de ceux du baromètre de 2010 (usage dans l'année de poppers chez 2,7% des 15-19 ans, de cocaïne chez 1,1%, champignons hallucinogènes 0,7%, ecstasy 0,5%, produits à inhaler 0,6%, amphétamines 0,6%) [42]. Il faut noter que l'utilisation de poppers, qui apparaît comme la drogue (hors cannabis) la plus consommée dans l'étude de l'INPES, ne ressort pas dans notre étude. De plus, le recueil des résultats lors de la consultation est probablement responsable d'une sous-estimation de la consommation en comparaison avec un recueil par questionnaire anonyme.

Indice de Masse Corporelle :

La prévalence de l'obésité est de 1,8% chez les hommes migrants et de 9,1% chez les non-migrants. La DREES dans une étude de 2004 sur des enfants de classe de 3^e retrouve une prévalence de 3,5% chez les garçons [43]. L'étude ObEPI de 2012 retrouve que 5% des hommes de 18-24 ans sont obèses [44]. Les résultats de cette thèse montrent une plus faible prévalence chez les migrants et une prévalence supérieure chez les non-migrants. Ce dernier résultat est concordant avec la plus forte prévalence retrouvée dans l'étude des jeunes suivis par la PJJ (9,2% des hommes) [37].

Il semble donc que, chez les hommes, la migration soit un facteur protecteur vis-à-vis de l'obésité, alors même que le fait de vivre dans une situation difficile soit un facteur de risque.

Pour le surpoids chez les hommes, les résultats sont différents. Dans notre étude, 10,0% des migrants et 6,4% des non-migrants sont en surpoids (obésité exclue). Dans l'étude de la DREES, on retrouve 12,8% et dans l'étude ObEpi 14%. Pour comparer ces résultats, il faut s'intéresser au surpoids en incluant l'obésité (IOTF>25). On retrouve une prévalence de 11,8% des migrants et 15,5% des non-migrants. Dans l'étude de la DREES sur des élèves de 3^e, la prévalence est de 16,3% et dans l'étude ObEpi chez des jeunes adultes, elle atteint 19%. Il apparaît donc que les résultats des non-migrants sont comparables en ce qui concerne le surpoids (obésité incluse) alors qu'ils sont inférieurs chez les migrants. On peut aussi relever que le fait d'être en situation difficile semble être un facteur de passage du stade de surpoids à celui d'obésité, chez les non-migrants, sans augmentation de la prévalence du surpoids total.

En ce qui concerne l'insuffisance pondérale, elle est retrouvée chez 3,2% des migrants et 3,4% des non-migrants. Ces prévalences semblent supérieures aux 1,1% de la DREES et aux 1,6% des jeunes de 14-20 ans dans l'étude de la PJJ. Ces résultats traduisent vraisemblablement une précarité et un accès à la nourriture difficile dans cette population. Il est possible que l'anxiété soit également la cause de certains cas de maigreur

Chez les femmes la prévalence de l'obésité est de 7,1% des migrantes et 9,7% des non-migrantes. Ces résultats apparaissent bien supérieurs aux 3,2% de l'étude de la DREES chez des 3^e et aux 6% de l'étude ObEpi de 2012. Ils se rapprochent plus des résultats de l'étude de la PJJ qui retrouve une prévalence de 7,6%. Il semblerait à la lecture de ces résultats que la migration ne soit pas autant protectrice chez les femmes que chez les hommes. Il est à noter que les migrantes séjournent en France en moyenne depuis plus longtemps que les migrants ce qui être une explication de cette moindre de protection.

En ce qui concerne le surpoids (obésité incluse), les migrantes sont touchées pour 28,8% d'entre elles et 27,4% des non-migrantes. Ces résultats sont nettement supérieurs aux 15,3% de la DREES et aux 18% de l'étude ObEpi de 2012. Il apparaît donc que les jeunes femmes en difficulté soient particulièrement touchées par le surpoids et l'obésité. Et le facteur protecteur qu'est la migration semble avoir moins d'effet sur les jeunes femmes que chez les hommes. Les hypothèses pouvant expliquer cela peuvent être une plus grande sédentarité que les hommes. On peut également évoquer un rapport différent à la nourriture et à la cuisine. Enfin il y a potentiellement des syndromes des ovaires polykystiques non diagnostiqués.

Il est donc particulièrement important d'avoir une action de prévention et de prise en charge du surpoids et l'obésité dans cette population. D'autant plus que l'obésité est un facteur de risque de grossesse compliquée et que cette population est à risque de grossesses précoces du fait d'une méconnaissance et d'une sous-utilisation des méthodes contraceptives.

Quant à l'insuffisance pondérale chez les femmes, elle touche beaucoup plus les migrantes (5,8% contre 1,6%). Les résultats des non-migrantes sont proches de ceux constatés par la DREES (1,1%) chez les enfants de 3^e alors que ceux des migrantes sont en accord avec ceux de la PJJ (5,6%). Il apparaît donc que le fait d'être en situation difficile est un facteur de maigreur chez les migrantes contrairement aux non-migrantes. Une explication possible est une plus grande précarité d'une partie des migrantes.

Pathologies infectieuses :

Vaccination Rougeole-oreillons-rubéole :

61,8% des non-migrants sont correctement vaccinés contre les antigènes ROR, c'est-à-dire qu'ils ont reçu deux doses de vaccin ou qu'ils ont une sérologie positive en IgG. Les migrants ne sont que 46,0% à être correctement vaccinés. Les résultats des non-migrants sont similaires à ceux retrouvés sur les enfants de 3^e en 2004 (61,1% ont reçu deux doses de ROR) [45]. Il apparaît donc un défaut de vaccination propre aux migrants.

Virus de l'hépatite B :

0,2% des jeunes non-migrants sont porteurs de l'AgHBs dans cette thèse contre 7,0% des migrants. En 2004 l'INVS avait retrouvé une prévalence de 0,65% chez des adultes en France métropolitaine [46]. Cette même étude avait trouvé une prévalence plus élevée chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (5,25%). Nos résultats semblent donc concordants.

Pour le statut d'infection ancienne et guérie au VHB, on retrouve une prévalence de 22,7% chez les migrants et de 0,2% chez les non-migrants. Dans l'étude de l'INVS, le résultat est de 7,3% de positivité de l'anticorps HBc. La prévalence atteint 49,6% chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne, ce qui est proche de notre résultat (46,3%). Il est à noter que la prévalence est plus élevée chez les patients précaires (17,5%).

Pour la vaccination contre le VHB, on retrouve une sérologie montrant une vaccination efficace chez 52,7% des non-migrants et 21,1% des migrants. Les résultats sont concordants avec la proportion des enfants de 3^e ayant reçu 3 doses valides en 2004 (42,4%) [45].

Tuberculose :

La recherche d'une infection tuberculeuse latente a été réalisée par le test QuantiFERON-TB GOLD. Il était positif chez 19,8% des migrants testés contre 0% des non-migrants.

Une étude sur des patients séropositifs au VIH avait retrouvé une positivité de ce même test chez 10,4% des patients [47]. Dans cette même étude, la majorité des patients résidant en Ile-de-France avec un test positif, étaient des migrants. Nos résultats semblent correspondre. En effet la prévalence plus faible chez les non-migrants peut être expliquée car il s'agit d'une population plus jeune qui a eu moins d'occasions d'être en contact avec le bacille de Koch, et la prévalence plus élevée chez les migrants par le fait qu'ils proviennent de pays à forte prévalence (en Afrique subsaharienne en particulier). En effet 27,7% des migrants originaires d'Afrique subsahariennes ayant eu le dosage, avaient un résultat positif, ce qui est concordant avec le chiffre d'un tiers que l'on retrouve classiquement dans la littérature.

Dans cette thèse, 2 patients migrants originaires d'Afrique subsaharienne ont rapporté un antécédent de tuberculose maladie traitée. Il s'agit en effet de la région du monde avec la plus forte incidence, évaluée à 281 pour 100 000 en 2014. En comparaison, l'incidence en France était de 7,6 pour 100 000 en 2012 et à Paris de 14,7/100 000 [48].

Helicobacter Pylori :

La recherche d'une infection par Helicobacter pylori était réalisée en fonction de la clinique. Le test utilisé était la sérologie HP. La prévalence d'une infection par Helicobacter pylori est six fois plus élevée chez les migrants (18,4% contre 3,1% chez les non-migrants). Cette différence est expliquée par une prévalence plus forte dans certaines régions du monde, l'Afrique subsaharienne et le Maghreb en particulier. La prévalence dans le monde dépasse 50% [49]. La contamination a lieu généralement dans l'enfance dans les pays en voie de développement (80% des personnes atteintes à 20 ans) et la prévalence augmente toute la vie en l'absence de traitement. En France, la prévalence est de l'ordre de 10 à 20% chez les 20-30 ans [50] et atteint près de 50% après 50 ans. En Belgique, une étude sur les 12-25 ans retrouve une prévalence de 11% [51]. Les résultats vont de 3,2% pour les enfants belges nés de deux parents belges à 60% pour les enfants nés dans des pays de forte prévalence de parents étrangers. Nos résultats semblent donc être en accord avec la littérature.

Bilharziose urinaire :

Mis à part la rivière Cavu en Corse durant l'été, où quelques cas de bilharziose urinaire autochtone ont été constatés, il s'agit d'une pathologie contractée à l'étranger [52]. L'Afrique subsaharienne constitue la région avec la plus grande prévalence (supérieure à 50% dans certains pays). Dans notre travail, la prévalence de la bilharziose urinaire est de 1,8% chez les migrants contre aucun non-migrant. La prévalence la plus forte touche les migrants originaires d'Afrique subsaharienne (3,0%) et du Mali particulièrement (8,4%). La prévalence de la bilharziose urinaire au Mali est considérée comme modérée par l'OMS, c'est-à-dire entre 10% et 49%. Elle est en réalité variable en fonction de la zone géographique. Ainsi dans une étude réalisée dans les écoles chez des enfants de 5 à 14 ans, elle varie de 20,7% à 83,3% en fonction des districts [53]. Cette étude ne s'intéresse qu'à une partie du Mali, celle qui est située le long du fleuve Sénégal. Les résultats sont donc peut-être surévalués par rapport à l'ensemble du Mali et notamment des zones plus arides. En effet la contamination se fait par contact avec de l'eau douce contaminée. Les zones irriguées constituent donc des zones où le risque de contamination et donc la prévalence sont plus importants. Nos résultats semblent donc plutôt concordants.

VIH :

1,8% des migrants et 1,3% des non-migrants sont séropositifs au VIH. Cette prévalence est bien supérieure à celle de la séropositivité VIH en France. Le nombre de séropositifs en 2008 est estimé à 152 000 [54]. Ramené à la population française, on peut estimer la prévalence à 0,23% chez l'ensemble des Français.

Il apparaît donc que la prévalence est bien plus importante dans notre population étudiée. La première explication est le fait que l'unité sert de passerelle entre la pédiatrie et la médecine adulte pour des jeunes suivis et traités pour une séropositivité VIH. Il y a donc une sélection des patients qui est responsable d'une prévalence plus importante. Les autres explications que l'on peut avancer sont une plus forte prévalence chez les patients en situation difficile et chez ceux originaires de pays avec une prévalence plus élevée.

Sur l'ensemble des patients, un migrant a été diagnostiqué dans l'unité, soit un taux d'incidence de 0,2% alors que le taux d'incidence des nouveaux patients est estimé à 0,02% par an en Ile-de-France en 2015 [55]. Cependant il est impossible de tirer de conclusion sur un échantillon si faible.

Hépatite C :

Dans notre étude, 0,5% des migrants sont infectés par le virus de l'hépatite C contre aucun non-migrant. 67% de ces infections ont été diagnostiquées dans l'unité lors du bilan initial. En 2004, l'INVS avait retrouvé une prévalence chez les adultes de 18 à 80 ans de 0,84% en antigènes anti-VHC et de 0,53% en ARN VHC positif (infection chronique) [46]. La prévalence était plus faible chez les 18-24 ans (0,04%). En revanche, elle était plus importante en Ile-de-France (1,10%) et chez les patients qui bénéficiaient de la CMU (2,49%). Dans cette étude, 57,4% des patients séropositifs étaient au courant de leur séropositivité.

Chlamydia trachomatis :

Chez les femmes, 12,2% des migrantes et 10,8% des non-migrantes sont infectées par le Chlamydia trachomatis lors de la première consultation dans l'unité. Les prévalences sont proches de celles retrouvées dans les centres de planification et d'éducation familiale et les centres d'orthogénie en France ces dernières années (6 à 11% avec une médiane à 8%) [56]. La prévalence atteint même 16,1% dans une étude réalisée précédemment sur les jeunes femmes consultant dans l'unité Guy Môquet en 2007 [57]. En revanche les prévalences sont plus faibles dans les études réalisées dans des universités (1 à 3%). La population de cette thèse constitue donc une population à risque accru d'infection à Chlamydia trachomatis. Il est donc primordial de réaliser des actions de prévention et de dépistage, d'autant plus que le nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis connaît une augmentation ces dernières années.

Chez les hommes, 5,7% des non-migrants sont atteints contre 1,8% des migrants. Les données sont moins nombreuses que pour les femmes dans la littérature. On trouve une prévalence de 0,8% chez les étudiants de l'université de Paris 5 en 2005. L'étude réalisée également dans l'unité Guy Môquet à l'Hôtel Dieu avait retrouvé une prévalence de 2,6%. Nos résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature. Ils apportent cependant la notion de prévalence plus forte chez les hommes non-migrants. Or dans l'infection par Chlamydia trachomatis, les hommes constituent le réservoir silencieux. Il est donc à noter que la prévalence est importante chez les hommes non-migrants en situation difficile.

Notre étude permet également de mettre en évidence une prévalence plus forte chez les migrants résidant en France depuis au moins deux ans. Il semble donc que les migrants sont moins atteints par l'infection par le Chlamydia trachomatis à leur arrivée en France.

Gonocoque :

La prévalence des infections par *Neisseriagonorrhoeae* est de 2,6% chez les jeunes migrantes et 2,7% chez les non-migrantes. La prévalence en population générale est difficile à évaluer. Généralement on l'estime inférieure à 1% en France. Une étude réalisée dans un centre d'orthogénie à Bordeaux retrouve une prévalence de 1,3% chez des jeunes femmes [58].

Il apparaît donc que notre population étudiée est particulièrement à risque d'infection par le gonocoque. Or cette infection peut être responsable de multiples complications comme des troubles de la fertilité allant jusqu'à la stérilité tubaire, des douleurs abdominales, des grossesses extra-utérines, voire des complications générales avec une septicémie gonococcique. Une prévention adaptée doit donc être réalisée dans cette population à risque.

Pathologies somatiques :

Anémie et carence martiale :

Une anémie est retrouvée chez 33,3% des migrantes et 19,9% des non-migrantes. Ces résultats sont bien supérieurs à ceux retrouvés par l'Etude Nationale Nutrition Santé de 2006. En effet la prévalence de l'anémie chez les femmes de 18-29 ans y est de 6,9% [59].

Chez les hommes, 8,1% des migrants et 9,8% des non-migrants sont concernés par l'anémie contre aucun homme de 18-29ans dans l'ENNS de 2006.

Les prévalences de l'anémie semblent plus importantes chez les adolescents que chez les jeunes adultes avec des résultats allant de 7 à 10% selon les études, hommes et femmes confondus [60].

Nos résultats semblent montrer une prévalence supérieure à celle de la population générale. Plusieurs explications peuvent être avancées. La première cause est probablement nutritionnelle par carence d'apport en fer. En effet la population étudiée est confrontée à des difficultés de vie pouvant entraîner une alimentation déséquilibrée et plus pauvre en fer.

D'ailleurs la prévalence de la carence martiale semble également supérieure dans notre étude. Elle est retrouvée chez 29,2% des hommes migrants, 37,9% des hommes non-migrants et 51,9% des migrantes et 49,5% des non-migrantes, alors que l'ENNS retrouve une carence chez 0% des hommes et 17,1% des femmes et des réserves faibles respectivement chez 6,3% et 39,1% des 18-29 ans.

Une autre cause de l'importance de l'anémie dans cette population peut être la plus grande prévalence de certaines hémoglobinopathies dont la beta-thalassémie, la drépanocytose homozygote ou encore les doubles hétérozygoties.

La prévalence de la drépanocytose hétérozygote (ou trait drépanocytaire) est de 5,5% chez les migrants et 1,3% chez les non-migrants. La prévalence en France n'est pas connue avec précision. Elle est estimée à 1,8% des naissances en Ile-de-France en 2004 [61]. Les résultats sont donc proches de ceux des non-migrants mais bien inférieurs à ceux des migrants de notre étude. Cela s'explique par une plus forte prévalence de l'allèle S dans certaines régions du monde (de 2 à 38% en Afrique subsaharienne et de 17 à 30% en Inde selon l'OMS) [62].

Allergie :

Des manifestations allergiques (asthme inclus) sont rapportées par 28,2% des non-migrants et 12,5% des migrants. La prévalence est estimée en France entre 25 et 30% selon l'INSERM [63]. On a donc des résultats concordants chez les non-migrants. En revanche la prévalence des manifestations allergiques est nettement inférieure chez les migrants, mais elle augmente avec les années de résidence en France.

Asthme :

11,8% des non-migrants ont ou ont eu des manifestations asthmatiques contre 4,7% chez les migrants. Dans son enquête de 2014 sur des enfants de 3^e, la DREES retrouve au moins une manifestation asthmatique chez 14,5% des élèves [64]. Les migrants semblent donc moins touchés que la population générale par l'asthme mais la prévalence semble augmenter avec le temps passé en France.

Douleurs :

Des douleurs rachidiennes sont rapportées par 12,7% des migrants et 14,9% des non-migrants. Ces résultats sont inférieurs à ceux de la PJJ sur les 14-20 ans, qui retrouvent des douleurs chez 35,8% des garçons et 45,3% des filles [37]. La prévalence moins importante dans notre population vient peut-être de la différence de recueil. La question des douleurs rachidiennes était posée systématiquement dans l'étude de la PJJ alors que dans l'unité, selon l'examineur, la question peut porter uniquement sur la douleur en général. Ainsi le patient peut se concentrer sur une douleur plus intense ou plus aiguë et ne pas mentionner ses douleurs rachidiennes.

14,8% des migrants et 8,9% des non-migrants décrivent des céphalées. Ces résultats sont inférieurs à ceux trouvés par la PJJ (14,8% chez les garçons et 34,7% chez les filles). Comme pour les douleurs rachidiennes, le recueil non systématique de cette plainte peut également être responsable de cette plus faible prévalence retrouvée.

Troubles de la réfraction :

Des troubles de la réfraction ont été retrouvés chez 29,1% des migrants et 30,9% des non-migrants. Ces résultats sont inférieurs à la prévalence de la myopie retrouvée dans une étude faite en 2013 (39,1% de myopie) [65]. Nos résultats semblent donc inférieurs d'autant plus qu'ils incluent d'autres troubles réfractifs que la myopie. Plusieurs explications peuvent être avancées.

La myopie constitue le principal trouble de la réfraction chez l'enfant devant l'astigmatisme et l'hypermétropie. La myopie est généralement plus symptomatique que les autres troubles. La majorité des troubles réfractifs retrouvés dans cette thèse sont donc des myopies. En effet, le principal argument de la présence d'un trouble était la gêne ressentie par le patient.

De plus, on peut supposer qu'il existe un défaut de diagnostic, notamment pour les myopies faibles, peu symptomatiques.

Enfin, la prévalence des myopies augmente avec l'âge chez les enfants, donc il est probable que certains jeunes développeront une myopie dans les années à venir.

Carie dentaire :

28,6% des migrants et 11,1% des non-migrants présentent au moins une carie non traitée. Dans une enquête de l'UFSBD, la prévalence était de 22% chez les enfants de 12 ans [66]. Il semble donc que nos résultats soient inférieurs chez les non-migrants. Une explication peut être avancée. La recherche de carie a été réalisée par des médecins et non par des dentistes. Il est donc tout à fait envisageable que certaines caries n'aient pas été constatées du fait du manque de pratique ou de formation des examineurs.

L'étude de l'UFSBD retrouve une plus forte prévalence des caries chez les populations les plus défavorisées. On peut donc estimer que la plus forte prévalence retrouvée chez les migrants peut être en partie expliquée par une plus grande précarité.

Acné :

10,4% des migrants et 12,4% des non-migrants sont atteints d'acné. Ces résultats sont très inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature (31,06% de prévalence ponctuelle dans une étude menée chez des adolescents et des jeunes adultes en Europe) [67]. Il semble donc que l'acné soit sous-diagnostiquée dans notre étude. Il est vraisemblable de penser que seules les acnés modérées à sévères aient été relevées par les examinateurs ce qui peut expliquer cette prévalence plus faible.

Troubles psychiatriques et psychologiques :

Etat de stress post-traumatique complet :

L'état de stress post-traumatique complet a été diagnostiqué chez 1,3% des migrants et 0,2% des Français dans cette thèse. La prévalence dans la population française a été estimée inférieure à 1% en 2004 [68]. Aux Etats-Unis, la prévalence de l'état de stress post-traumatique a été estimée entre 5 et 10% en population générale et elle atteint 30-40% chez les victimes de désastre [69].

Nos résultats sont donc proches de ceux retrouvés dans la population générale en France alors qu'on pourrait s'attendre à une prévalence supérieure dans cette population qui a été soumise à des événements de vie stressants.

Il semble que cette pathologie soit donc sous-diagnostiquée et qu'une part non négligeable de l'anxiété retrouvée dans ce travail soit à inclure dans un état de stress post-traumatique incomplet.

Anxiété :

Des troubles anxieux ont été rapportés par 12,5% des migrants et 14,9% des jeunes Français. Les études réalisées chez les enfants et les adolescents retrouvent des résultats assez variables, mais la plupart des valeurs oscillent autour de 10%[70]. Il semblerait donc que la population étudiée soit légèrement plus touchée. On peut mettre en avant les événements de vie stressants vécus par ces jeunes comme facteur explicatif.

Episode dépressif majeur :

Les troubles dépressifs ne sont retrouvés que chez 1% des migrants et 3,3% des non-migrants alors qu'ils sont estimés à 6,4% chez les 15-19 ans en 2010 par l'INPES [71]. Il apparaît que les résultats ont été sous-estimés. La première explication vient du fait que seuls les épisodes dépressifs majeurs ont été notés. Ensuite les données n'ont été recueillies que sur les deux ou trois premières consultations, ce qui peut être insuffisant pour arriver au diagnostic. Enfin, on peut évoquer une forme de résilience chez cette population ayant vécu des événements difficiles parfois depuis le plus jeune âge.

Tentative de suicide :

3,2% des migrants rapportent avoir réalisé une ou plusieurs tentatives de suicide contre 7,3% des Français de l'étude. La prévalence des tentatives de suicide a été estimée à 7% par le Pr Sommelet dans son rapport de mission de 2006 et à 5,5% par l'INPES dans son baromètre de 2010 [72;73]. Les résultats sont donc concordants pour les jeunes Français mais bien inférieurs pour les jeunes migrants, en particulier chez ceux arrivés en France depuis moins de deux ans.

Ce résultat est en accord avec une étude réalisée sur cette même population de jeunes ayant consulté à l'unité Guy Môquet en 2002-2003 [74].

L'hypothèse avancée était le rôle protecteur de la dynamique de projet de migration et l'objectif de venir en aide à la famille restée au pays.

Gynécologie :

Contraception :

Les femmes de l'étude utilisent comme moyen de contraception une pilule contraceptive pour 14,7% des migrantes et 36,1% des non-migrantes. Ces résultats sont bien inférieurs à ceux de l'INPES en 2016 qui retrouve l'utilisation d'une pilule contraceptive chez 60,4% des femmes de 15-19 ans ayant des rapports réguliers qui utilisent un moyen contraceptif [75]. Par contre les résultats sont bien supérieurs en ce qui concerne l'utilisation de l'implant contraceptif (chez 23,5% des migrantes et 20,6% des non-migrantes). En effet l'INPES rapporte l'utilisation d'implants chez 3,5% des 15-19 ans et 9,6% des 20-24 ans.

Les injections de progestatifs semblent plus fréquentes chez les migrantes (4,4%) alors qu'elles sont très marginales dans le relevé de l'INPES.

Les résultats semblent proches en ce qui concerne l'utilisation des dispositifs intra-utérins (2,9% des migrantes et 2,1% des non-migrantes, contre 0% des 15-19 ans et 4,7% des 20-24 ans).

Enfin les femmes de cette thèse utilisent beaucoup plus le préservatif masculin seul comme moyen contraceptif (54,4% des migrantes et 40,2% des non-migrantes contre 29,6% des 15-19 ans).

Les différences d'utilisation de pilule contraceptive et de préservatifs seuls peuvent être expliquées par la sélection dans l'étude de l'INPES de jeunes femmes en couple ou déclarant une relation amoureuse stable et ne cherchant pas à avoir un enfant. En effet dans la thèse, toutes les femmes ayant eu au moins un rapport ont été incluses, indépendamment de la régularité des rapports ou du désir de grossesse. Cependant, il apparaît que cette population étudiée présente un défaut de contraception, particulièrement chez les migrantes.

La part importante de l'implant peut être expliquée par plusieurs éléments. Tout d'abord, la population étudiée est une population en difficulté et de ce fait, une population à risque de difficulté de suivi médical. Aussi l'implant contraceptif, qui permet une contraception pendant trois ans, semble particulièrement indiqué. D'ailleurs, l'étude de l'INPES retrouve une utilisation plus fréquente des « nouvelles méthodes contraceptives » (incluant l'implant, le patch, l'anneau et les injections contraceptives) chez les femmes ayant un niveau de diplôme moins élevé. De plus le lieu de recueil des données influe également, les résultats montrant une utilisation plus importante de ces méthodes dans l'agglomération parisienne dans le baromètre de 2010 [42].

Dysménorrhées :

Des dysménorrhées sont rapportées par 55,4% des migrantes et 55,8% des non-migrantes. L'étude de la cohorte Constances retrouve une prévalence variant de 62,3% pour les plus jeunes à 36,4% pour les plus âgées [76]. Une thèse réalisée dans l'unité Guy Môquet à l'Hôtel Dieu avait retrouvé une prévalence de 75,2% [77]. Nos résultats sont donc en accord avec la littérature même si la prévalence apparaît très variable d'une étude à l'autre (de 40 à 90%) [78].

Grossesse :

Les femmes réglées déclarent avoir été enceintes au moins une fois pour 17,5% des migrantes et 17,9% des non-migrantes. C'est moins que les 30,3% retrouvés par l'INPES en 2010 chez les femmes de 15-29 ans.

Lors de la première consultation dans l'unité 1,9% des migrantes et 3,8% des non-migrantes étaient enceintes.

C'est également inférieur aux résultats de l'INPES (5,6%) chez les 15-29 ans. L'âge plus élevé dans l'étude de l'INPES peut expliquer ces différences.

Parmi ces 17,5% et 17,9% de femmes enceintes, la grossesse était non désirée respectivement dans 77,8% et 75,8% des cas.

Au total dans les deux groupes 13,6% des femmes déclarent une grossesse non prévue ce qui est conforme avec les résultats du baromètre santé de 2010 (7,7% des 15-19 ans et 15,2% des 20-24 ans).

IVG :

Les jeunes femmes de notre thèse semblent avoir beaucoup plus recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (20% et 19,8%). En effet le taux d'IVG est de 7,6 pour 1000 femmes parmi les 15-17 ans, 19,5 pour 1000 chez les 18-19 ans et atteint le maximum de 27/1000 chez les 20-24 ans [79]. Les femmes de notre étude réalisent donc dix fois plus d'IVG que la population générale du même âge. Ces résultats sont concordants avec l'étude de la PJJ qui retrouve que 20% des filles suivies déclarent avoir recours à l'IVG dans leur vie [37]. Ces adolescentes en rupture constituent donc une population à risque de grossesse précoce et/ou non désirée. L'information et la mise en place d'une contraception sont deux enjeux majeurs de leur prise en charge.

Limites et biais de ce travail :

Cette étude présente plusieurs limites et biais dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, donc une étude à faible niveau de preuve scientifique. Il faut donc être prudent sur les conclusions que l'on peut tirer. En effet, les analyses statistiques visent à chercher si les résultats sont ou non le fruit du hasard avec un risque d'erreur de 5%. Elles ne permettent en aucun cas de conclure à une causalité.

Cette étude est monocentrique, ce qui limite la possibilité d'extrapoler ses résultats à d'autres populations.

Dans cette thèse, il peut apparaître un biais de recrutement. Les patients sont en effet adressés par différentes structures. Or on retrouve une différence significative des personnels adressant les patients entre les migrants et les non-migrants.

Ensuite, le recueil des données est basé sur la lecture des dossiers médicaux, ce qui peut être à l'origine de plusieurs biais.

En effet, bien que les dossiers médicaux soient construits de manière à être le plus systématiques possible, il arrive que certaines données ne soient pas renseignées. Devant ce manque de données, on peut se demander s'il s'agit d'un oubli ou si la problématique a bien été abordée et que le patient en est indemne, ou encore si le patient ne souhaitait pas répondre (biais de non-réponse).

On peut aussi estimer qu'il puisse y avoir une sous-déclaration de certaines problématiques du fait du recueil des données par un interrogatoire en comparaison avec la réalisation d'un auto-questionnaire anonyme.

Par ailleurs, la barrière de la langue ou l'utilisation d'un interprète peuvent être à l'origine d'erreurs ou d'oublis ou de non-déclaration.

De plus, le recueil des données peut être à l'origine d'erreurs ou d'oublis lors de la lecture des dossiers du fait du grand nombre de dossiers et du fait que certaines données ne sont pas notées dans les deux premières consultations, mais lors de consultations ultérieures.

On peut également parler d'un biais de subjectivité des examinateurs. Les différents médecins de l'unité peuvent avoir des approches cliniques différentes de certains symptômes ou pathologies. Ainsi une acné légère ne sera pas forcément notée dans le dossier par tous les médecins. Et le caractère résumé et écrit des données peut participer à cette imprécision. Ainsi la notion d'anxiété dans le dossier médical peut signifier la présence de quelques symptômes anxieux. Mais il peut également traduire la présence d'un trouble anxieux généralisé ou celle d'un état de stress post-traumatique.

Pour les examens biologiques, on note que certains résultats d'analyse sont absents des dossiers médicaux (non récupérés, non notés, perdus, etc.).

L'ensemble de ces biais, de ces imprécisions, voire de ces erreurs, amènent à considérer ces résultats avec une relative prudence.

Implications et perspectives :

Malgré ces quelques limites, notre étude peut avoir des implications en pratique clinique quotidienne.

Tout d'abord, elle rappelle l'importance de la prévention primaire avec les vaccinations, dont notamment la rougeole.

Elle met en évidence la prévalence des infections par le VHB et par l'*Helicobacter pylori* chez les patients migrants.

Il apparaît que la réalisation systématique d'une BU est nécessaire à la recherche d'une hématurie (pour la bilharziose urinaire) et d'une leucocyturie (pour dépister *Chlamydia* chez les hommes). La recherche de *Chlamydia trachomatis* chez toutes les patientes ayant débuté leur vie sexuelle est également nécessaire.

De même, cette thèse montre la nécessité de mesures de prévention chez les jeunes en rupture.

Les prévalences de consommation tabagique et cannabique y sont très importantes.

Les IVG sont également beaucoup plus fréquentes chez ces femmes en rupture que dans la population générale, du fait principalement d'une méconnaissance du risque et de l'absence ou la mauvaise utilisation d'une contraception.

On peut également relever la plus forte prévalence de l'obésité, de l'anxiété, des troubles du sommeil et de l'anémie qu'il faudra donc particulièrement rechercher chez ces patients

Une étude prospective à grande échelle de jeunes patients en rupture, et particulièrement des jeunes migrants, serait intéressante afin de préciser ces résultats.

CONCLUSION :

Les problèmes de santé des jeunes migrants étudiés dans cette thèse ne sont pas identiques à celles des non-migrants ayant vécu des ruptures.

On met en évidence plus de défauts de médecine préventive avec des carences vaccinales (ROR et VHB), des rapports sexuels non protégés ou encore des caries dentaires multiples. Les jeunes migrants sont plus touchés par certaines pathologies infectieuses comme l'hépatite B, l'infection par *Helicobacter pylori*, la tuberculose latente et la bilharziose urinaire. Ils rapportent également plus de douleurs abdominales et de céphalées que les non-migrants. Les migrants présentent aussi plus d'état de stress post-traumatique. Enfin on retrouve plus d'anémie chez les jeunes migrantes.

A l'inverse, les migrants sont moins touchés par les addictions et les consommations de toxiques comme le tabac, l'alcool et le cannabis. Ils présentent aussi moins de problématiques psychiques comme les troubles du sommeil, les tentatives de suicide, la dépression et les troubles psychotiques. Les jeunes migrants ont également moins de manifestations allergiques, d'asthme et d'eczéma. En ce qui concerne l'alimentation, ils sont moins nombreux à grignoter et à présenter des troubles du comportement alimentaire et les hommes migrants sont moins atteints d'obésité. Enfin, on retrouve moins d'infections à *Chlamydia trachomatis* chez les migrants de sexe masculin.

A la lecture de ces résultats, il apparaît qu'à l'exception de certaines pathologies infectieuses, les migrants sont plutôt en meilleure santé en arrivant en France en comparaison avec les jeunes non-migrants. Leurs problématiques de santé peuvent la plupart du temps se traiter et se soigner sans grandes difficultés, si elles sont diagnostiquées. Ils présentent également des besoins de médecine préventive, en prévention primaire avec mise à jour des vaccins (notamment la rougeole du fait d'épidémies actuellement) et en prévention secondaire des cancers de l'estomac et de la vessie par le traitement des infections par *Helicobacter pylori* et des bilharzioses urinaires.

Les non-migrants sont plus touchés par des problématiques d'addictions, des pathologies psychiatriques ou encore l'obésité qui nécessitent des prises en charge plus longues et aux guérisons plus incertaines.

Cependant, il semble que l'état de santé des jeunes migrants tend à se détériorer au fil du temps passé en France. En effet, il apparaît que les addictions et les consommations de toxiques comme le tabac, l'alcool et le cannabis augmentent avec les années passées en France. Ces résultats se retrouvent aussi pour les allergies, l'asthme, le grignotage, les tentatives de suicide et l'infection par *Chlamydia trachomatis*.

Cette détérioration de l'état de santé des migrants serait à confirmer et à préciser par une étude prospective à grande échelle.

Par ailleurs, ces résultats amènent à se poser des questions sur l'échec de la prise en charge de ces patients.

Il semble qu'un défaut de prévention et d'accès aux soins soient à l'origine de cet état de fait.

Aussi il apparaît primordial de réaliser un travail de prévention afin de sensibiliser ces patients aux problématiques d'addictions, de nutrition, de grossesses précoces et d'infections sexuellement transmissibles en particulier.

A ce travail de prévention, il faut rajouter une réflexion sur les moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé, la prise en charge et le suivi de ces patients en rupture.

ANNEXE :

Déroulement de la première consultation dans l'unité Guy Môquet de l'Hôtel Dieu à Paris :

L'interrogatoire est encadré par des feuilles d'observation à en-tête afin d'être le plus systématique possible.

Les données recueillies sont :

- L'âge, le sexe
- Le personnel adressant l'adolescent à l'unité
- Le pays d'origine, la région et la ville
- Le temps passé en France pour les migrants
- Le fait de parler français ou le recours à un interprète
- Le parcours migratoire
- La couverture sociale
- Le lieu d'habitation
- Un arbre généalogique avec les antécédents familiaux
- Le statut marital des parents
- Le nombre d'années d'étude et/ou le niveau scolaire
- L'année scolaire actuelle ou le travail
- La pratique sportive
- Les consommations tabagiques, alcooliques, cannabiques et d'autres drogues
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux
- Les allergies, l'asthme
- L'âge de la première relation sexuelle
- L'utilisation d'un moyen contraceptif
- Pour les femmes, l'âge des premières règles, la présence de dysménorrhées, les antécédents de grossesses, d'Interruption Volontaire de Grossesse
- Les troubles visuels
- Une douleur et son siège
- Un trouble du sommeil et son type
- Le nombre d'heures de sommeil moyen
- Une maltraitance, un viol ou des attouchements sexuels
- Une anxiété
- Un état de stress post-traumatique
- Une dépression
- Une tentative de suicide
- Des troubles psychotiques
- Le nombre de repas, l'appétit et les troubles alimentaires
- Le statut vaccinal

L'examen somatique est également exhaustif avec le recueil suivant :

- Poids, taille, IMC
- Tension artérielle
- Rachis et troubles de la statique
- Dentition
- Examen cutané
- Examen cardio-pulmonaire
- Examen abdominal
- Examen thyroïdien
- Examen ciblé en fonction de l'interrogatoire
- Bandelette urinaire

Un bilan biologique est ensuite réalisé systématiquement :

- Hémogramme
- Ferritine
- Ionogramme sanguin, urée, créatinine
- TP, TCA
- Sérologie VHB et ROR en l'absence de preuve vaccinale
- Sérologie VIH
- Recherche Chlamydia, Gonocoque et Mycoplasme par autoPV ou sur 1^{er} jet d'urine en fonction de la vie sexuelle
- Sérologie VHC si migrant, piercing, tatouage
- Electrophorèse de l'hémoglobine pour les migrants d'origine africaine
- QuantiFERON-TB GOLD pour les migrants

Le bilan était complété en fonction de l'orientation :

- Recherche d'œufs de Schistosoma haematobium sur les urines en cas d'hématurie à la BU
- Sérologie Helicobacter pylori en cas de douleurs abdominales évocatrices
- Bilan hépatique si antécédents de pathologie hépatique
- Bilan de paludisme en cas d'antécédents (FAN, sérologie, frottis/goutte épaisse)
- ECBU en cas d'infection à la BU
- TSH en cas d'anomalie clinique
- Examen parasitologique des selles en fonction des troubles digestifs chez les migrants
- Radiographie du thorax notamment en cas de QuantiFERON-TB GOLD positif
- EFR
- Radiographies osseuses
- Panoramique dentaire
- Scanner/IRM cérébrale
- Fibroscopie gastrique
- Echographie abdominale
- Etc.

En fonction du contexte, une consultation spécialisée pouvait être prévue au décours :

- Consultation gynécologique chez toutes les adolescentes
- Réfraction
- Stomatologue/Dentiste
- Psychologue
- Psychiatre
- Dermatologue
- Infectiologue
- ORL
- Chirurgien
- Podologue
- Kinésithérapeute
- Etc.

Les adolescents reçoivent systématiquement à la fin de la consultation une ordonnance pour une supplémentation en vitamine D.

Ils sont revus lors d'une deuxième consultation dans l'unité pour annoncer les résultats, compléter éventuellement le bilan et mettre en place un traitement le cas échéant.

Durant ces deux consultations, ils bénéficient d'une information sur l'alimentation, le sommeil, le rythme veille-sommeil, l'importance de l'activité physique, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, les addictions et toute autre information en fonction de la plainte ou des problématiques de chaque adolescent.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (page consultée le 23/03/18). Les migrations internationales en chiffres, [en ligne]. Octobre 2013.
<http://www.oecd.org/fr/migrations/mig/les-migrations-internationales-en-chiffres.pdf>
2. Brutel C, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 23/03/18). Les immigrés récemment arrivés en France Une immigration de plus en plus européenne, [en ligne]. Novembre 2014.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281393>
3. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 23/03/18). Etrangers – Immigrés en 2013, [en ligne]. Juin 2016.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020942?geo=FE-1&sommaire=2106113>
4. Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. (page consultée le 23/03/18). Les chiffres de l'OFII en 2014, [en ligne]. Mars 2015.
http://www.ofii.fr/IMG/pdf/RA_2014_CAHIER_3_CHIFFRES-2.pdf
5. Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides. (page consultée le 23/03/18). Rapport d'activité 2016, [en ligne]. Avril 2017.
https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_ofpra_2016_1.pdf
6. Médecins du Monde. (page consultée le 23/03/18). Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016, [en ligne]. Octobre 2017.
<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-observatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016>
7. Wresinski J. (page consultée le 23/03/18). Grande pauvreté et précarité économique et sociale, rapport présenté au nom du Conseil économique et social, Journal officiel, [en ligne]. Février 1987.
www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf
8. Thomas H. (page consultée le 23/03/18). Vulnérabilité, fragilité, précarité, résilience, etc., [en ligne], Recueil Alexandries, Collections Esquisses, Janvier 2008.
<http://www.reseau-terra.eu/article697.html>
9. Pradines B. (page consultée le 23/03/18). Fragilité : une notion fragile ?, [en ligne]. Avril 2008.
<http://geriatrie-albi.com/textefragilite13-04-08.pdf>
10. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 23/03/18). Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé, [en ligne]. Mai 2009.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf?ua=1
11. Brahimi M. La mortalité des étrangers en France. *Population*. 1980;3:603-22.
12. Khlal M, Courbage Y. Mortalité des immigrés marocains en France, de 1979 à 1991. II-Les causes de décès. *Population*. 1995;50(2):447-71

13. Wanner P, Bouchardy C, Khlat M. Causes de décès des immigrés en France 1979-1985. *Migrations Santé*. 1997;91:9-38.
14. Bouvier-Colle MH, Magescas JB, Hatton F. Causes de décès et jeunes étrangers en France. *RevEpidémiol Santé Publique*. 1985;33(6):409-16.
15. Mizrahi A, Mizrahi A, Wait S. Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France. Paris : CreDES ; 1993. [12]
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. Attias-Donfut C, Tessier P. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et Société*. 2005;46:90-129
18. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Etat de santé des populations immigrées en France. 2008;22.
19. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bull EpidemiolHebd*. Janvier 2012;(2-3-4):17-21
20. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social. Une analyse en décomposition. *Économie publique*. 2009;24-25(1-2):73-100.
21. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. Le recours aux soins de ville des immigrés en France. 2009;6.
22. Federici L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus [Thèse de doctorat en médecine]. Paris : Université Pierre et Marie Curie;2013
23. Kroichvili N. Enquête qualitative auprès de patients russophones sur les parcours de soins au prisme de la migration Intérêt d'une prise en charge de médecine générale en amont [Thèse de doctorat en médecine]. Marseille : Faculté de médecine de Marseille;2016
24. Ministère des affaires sociales et de la santé. CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), [en ligne].
https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/cir_37144.pdf
25. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Etudes et résultats, [en ligne].Juillet 2008, 645. (page consultée le 23/03/18).
[https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DREES_juillet_2008_Les_beneficiaires_de_l_AME_en_c
ontact_avec_le_systeme_de_soins.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DREES_juillet_2008_Les_beneficiaires_de_l_AME_en_contact_avec_le_systeme_de_soins.pdf)
26. Desprès C, Guillaume S, Couralet P-E. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. 2009 ; p.99

27. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*. 2015;27(5):679-90.
28. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale (étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants) [Thèse de doctorat en médecine]. Lille : Université du droit et de la santé Lille 2;2011
29. Abt M. Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques [Thèse de doctorat en médecine]. Lille : Université du droit et de la santé Lille 2;2015
30. Organisation mondiale de la santé. Développement des adolescents, [en ligne]. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
31. Girard T, Léger F. La santé des adolescents en rupture. Mercuès : Erès ; 2015
32. Davies D T, Wilson A T in, Observations on the Life history of Chronic Peptic Ulcers. *Lancet* 21 1353, 1937
33. Kaci F. Adolescents au parcours de vie difficile : Etat de santé, singularités [Thèse de doctorat en médecine]. Paris : Faculté de médecine de Paris Descartes ; 2012
34. Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie. (page consultée le 27/03/18). Bilharzioses, [en ligne]. 2014 <http://campus.cerimes.fr/parasitologie/enseignement/bilharzioses/site/html/cours.pdf>
35. Abdou A, Tligui M, Le Loup G, Raynal G. Bilharziose urinaire : une série française. *Progrès en Urologie*. sept 2012;22(10):598-601.
36. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (page consultée le 26/03/18). La santé des adolescents à la loupe Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010, [en ligne]. Septembre 2012 <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/12/dp120904.pdf>
37. Choquet M, Hassler C, Morin D. (page consultée le 26/03/18). Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public) 7 ans après, [en ligne]. Octobre 2005 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000712.pdf>
38. De Saint Pol T, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (page consultée le 26/03/18). Le temps de l'alimentation en France, [en ligne]. Octobre 2012 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281016>
39. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. (page consultée le 26/03/18). Conférence biennale sur la santé des jeunes, [en ligne]. Octobre 2009 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/santejeunes.pdf>

40. Institut National d'Etudes Démographiques. (page consultée le 26/03/18). L'âge au premier rapport sexuel, [en ligne]. Octobre 2014
<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
41. Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne. (page consultée le 26/03/18). Communiqué de presse : Journée mondiale de la lutte contre le SIDA, [en ligne]. Novembre 2015
https://www.smerep.fr/ckeditor_assets/attachments/564472d4756d677dcf0098a1/1511-jm_sida_smerep.pdf?1447326419
42. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (page consultée le 26/03/18). Les comportements de santé des jeunes Analyses du Baromètre santé 2010, [en ligne]. Mai 2013
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>
43. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. Etudes et résultats [en ligne]. Janvier 2004,283. [page consultée le 26/03/18].
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er283.pdf>
44. ObEPI 2012. (page consultée le 26/03/2018). Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, [en ligne].
http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
45. Antona D, Romano M-C, Kerneur C, Herbet J-B. Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire. Bull EpidemiolHebd. Février 2007;(6) : 45-49
46. INstitut de Veille Sanitaire. (page consultée le 26/03/2018). Prévalence des hépatites B et C en France en 2004, [en ligne].
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf
47. Bourgarit A, Baron G, Breton G et al. Incidence et valeur prédictive positive à six mois du dépistage de la tuberculose latente par tests in vitro chez les patients infectés par le VIH naïf de tout ARV en France : résultats de l'étude STIC IGRAVIH. NCT00805272. La Revue de Médecine Interne. 34. A38. 10.1016/j.revmed.2013.03.237.
48. Antoine D, Belghiti F, Guthmann JP, Campese C, Levy-Bruhl D, Che D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2012. Bull EpidemiolHebd 2014;(20): 352-9.
49. Sobhani I. Helicobacter pylori et cancer gastrique. Médecine/Sciences 2004;4(20):431-6
50. Delchier J-C. (page consultée le 27/03/18). H pylori Actualités 2014, [en ligne]. JNI 2014 : Proceedings of the Journées Nationales d'Infectiologie 2014. Juin 2014
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/JNI14/2014-JNI-H.pylori-JCD.pdf>

51. Mana F, Vandebosch S, MiendjeDeyi V, Haentjens P, Urbain D. Prevalence of and risk factors for pylori infection in healthy children and young adults in Belgium anno 2010/2011. *Acta GastroenterolBelg* 2013;76:381–5.
52. Institut de Veille Sanitaire. (page consultée le 27/03/18). Bilharziose : La surveillance de la bilharziose urinaire autochtone en France, [en ligne]. Juin 2014.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Bilharziose/La-surveillance-de-la-bilharziose-urinaire-autochtone-en-France>
53. Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal. (page consultée le 27/03/18). Etude de base sur la prévalence et les infestations fortes des schistosomiasés et des géohelminthiasés dans le bassin du fleuve Sénégal, [en ligne]. Juin 2010.
http://cda.portail-omvs.org/sites/cda.portail-omvs.org/files/sites/default/files/fichiers_joint/13266_etude_de_base_prevalence_infestation_schistoe-geohelminthiasé_rapport_final.pdf
54. Ministère de la Santé et des Sports, sous la direction de Yéni P. (page consultée le 27/03/18). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH : rapport 2010, [en ligne]. 2010
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr-Patrick_Yeni.pdf
55. Santé publique France. (page consultée en ligne le 27/03/18). Découvertes de séropositivité VIH et de sida en 2015 : Point épidémiologique, [en ligne]. Mars 2017.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
56. Warszawski J. Dépistage systématique des infections à *Chlamydia trachomatis* : il est temps d'agir. *Bull EpidemiolHebd.* Octobre 2006;(37-38):1-2
57. Girard T, Mercier S, Viallon V et al. Étude de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et des facteurs clinico-biologiques associés dans une population d'adolescents en rupture, 2006-2007. *Bull EpidemiolHebd.* Septembre 2009;(33) :5-8
58. Berhonde S. Prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseriagonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium* chez les femmes consultant au centre d'orthogénie du CHU de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie [Thèse de doctorat en médecine]. Bordeaux : UFR des sciences médicales ; 2015.
59. Institut de Veille Sanitaire. (page consultée le 27/03/18). Étude nationale nutrition santé : Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS), [en ligne]. Décembre 2007.
http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf
60. Dupont C. Prévalence de la carence en fer. *Archives de Pédiatrie* ; Mai 2017;24 (5) ; 5S45-5S48

61. Wajcman H, Bardakdjian J. Épidémiologie de la drépanocytose. *Revue du Praticien* ; 2004;(54):1531-3
62. Weatherall DJ, Clegg JB. Inherited haemoglobin disorders : an increasing global health problem. *Bull WHO* 2001;79(8):704-12
63. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. (page consultée le 27/03/18). Allergies, Un dérèglement du système immunitaire de plus en plus fréquents, [en ligne]. Mars 2016.
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/allergies>
64. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'asthme chez les adolescents des classes de troisième. *Etudes et résultats* [en ligne]. Janvier 2005,369. [page consultée le 27/03/18].
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er369.pdf>
65. Matamoros E, Ingrand P, Pelen F et al. Prevalence of Myopia in France. *Medicine (Baltimore)*. Novembre 2015;94(45):e1976.
66. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire.(page consultée le 27/03/18). La santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans en France en 2006, [en ligne]. Novembre 2006.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf
67. Cazeau C. Prévalence de l'acné dans quatre pays européens : France, Espagne, Italie, Pologne. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. Décembre 2014;141(12):S296-S297
68. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale, [en ligne]. *Etudes & Résultats*. Octobre 2004, 347. [page consultée le 27/03/18].
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
69. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *EpidemiolRev* 2005;(27):78-91.
70. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. (consulté le 27/03/18). Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, [en ligne]. 2002.
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/165>
71. Beck F, Guignard R., 2012, La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005, *La Santé de l'homme*, Inpes, n°421, 7-9
72. Beck F, Guignard R, Du Roscoät E. Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull EpidemiolHebd*. Décembre 2011;(47-48) :2-5

73. Sommelet D. (page consultée le 27/03/2018). Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, [en ligne]. Octobre 2006.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf>
74. Girard T. Suicide des jeunes : des migrants davantage protégés. Sciences humaines. Août 2006;(174).
75. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. (page consultée le 28/03/18). Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent, [en ligne]. Saint-Maurice : Santé publique France. 2017 :8
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
76. Margueritte F. Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Avril 2016 ; 64(2) :134
77. Darmon Lebreton E. Dysménorrhées chez l'adolescente précaire : analyse d'une cohorte de 202 patientes [Thèse de doctorat en médecine]. Paris : Faculté de médecine Paris Descartes ; 2017
78. Bidet M. Dysménorrhée de l'adolescente. mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2013 ; 15 (4) : 328-33
79. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Etudes et résultats, [en ligne]. Juin 2016, 968. (page consultée le 28/03/18).
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>

RESUME :

L'objectif principal de cette thèse est de comparer les problématiques de santé entre les jeunes migrants et les non-migrants.

Notre étude épidémiologique descriptive transversale à recueil rétrospectif monocentrique dans l'Unité Guy Môquet de l'Hôtel Dieu à Paris a porté sur l'analyse des dossiers des 1048 jeunes primo-consultants entre le 01/09/15 et le 31/08/16.

Les migrants ont une prévalence plus forte d'immunotolérance au VHB (6,3% contre 0%), d'infection par *H. pylori* (18,4% contre 3,1%), de tuberculose latente (8,2% contre 0%) ou de bilharziose urinaire (1,8% contre 0%). Ils ont une plus faible couverture vaccinale ROR (46,0% contre 61,8%) et VHB (21,1% contre 52,7%) et des caries dentaires multiples fréquentes (14,4% contre 7,1%). Ils ont également plus de douleurs abdominales (18,7% contre 11,6%), de céphalées (14,4% contre 8,9%) et d'ESPT.

Les migrants sont moins touchés par les consommations quotidiennes de tabac (22,2% contre 44,7%), et de cannabis (5,5% contre 15,1%) et celle occasionnelle d'alcool (16,1% contre 29,6%). Ils ont moins de troubles du sommeil (34,4% contre 43,8%) dont la désynchronisation (2,0% contre 9,8%), de tentatives de suicide (3,2% contre 7,3%), de dépression (1,0% contre 3,3%) et de troubles psychotiques (0,3% contre 1,8%). Ils ont moins d'allergies (9,0% contre 22,7%) et d'asthme (3,5% contre 8,2%). Chez les hommes migrants, il y a moins d'obésité (1,8% contre 9,1%) et d'infection à *Chlamydia* (1,8% contre 5,7%).

Les migrants sont plus touchés par des maladies infectieuses, des carences de médecine préventive et des ESPT. Ils ont moins d'addictions, de pathologies psychiatriques, de dysrythmies et d'allergies.