



HAL
open science

Profil socio-épidémiologique et sanitaire des migrants en séjour précaire consultant des PASS françaises en 2016 : comparaison des territoires franciliens et périphériques

Virginie Lengline

► To cite this version:

Virginie Lengline. Profil socio-épidémiologique et sanitaire des migrants en séjour précaire consultant des PASS françaises en 2016 : comparaison des territoires franciliens et périphériques. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02373073

HAL Id: dumas-02373073

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02373073>

Submitted on 20 Nov 2019

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Thèse n°193

Année : 2019

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

LENGLINE Virginie, Anita, Chrystelle

Née le 02 janvier 1987, à Caen (14)

Le 23 octobre 2019

Titre :

Profil socio-épidémiologique et sanitaire des migrants en séjour précaire
consultant des PASS françaises en 2016:
comparaison des territoires franciliens et périphériques.

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Isabelle POUYANNE-DANDONNEAU

Jury :

Professeur Fabrice BONNET, président du Jury

Professeur François ALLA, membre du Jury

Docteur Isabelle POUYANNE-DANDONNEAU, directeur de Thèse et membre du Jury

Docteur Christophe ADAM, rapporteur et membre du Jury

Docteur Nicolas GOUJON, membre du Jury

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François ALLA

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A ma Directrice de Thèse, Madame le Professeur Isabelle POUYANNE-DANDONNEAU

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, de m'avoir guidée par vos conseils et d'avoir partagé vos connaissances. Recevez mes sincères remerciements et mon profond respect.

A mon rapporteur, Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Vous avez accepté d'être le rapporteur de mon travail. Je vous remercie pour votre gentillesse. Recevez ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Nicolas GOUJON

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Recevez ma profonde reconnaissance.

A la présidente du collectif national des PASS, Madame le Docteur Claire GEORGE-TARAGANO et à Monsieur le Docteur Nicolas VIGNIER

Vous m'avez transmis les données nécessaires à la réalisation de ce travail et m'avez permis de participer à l'élaboration de votre étude commandée par le BEH. Recevez ma sincère gratitude.

Aux associations Départ Bordeaux, Urgence Afrique et au Burkinabé venu expliquer sa vie quand j'étais en cours préparatoire

Vous m'avez donnée le profond désir d'aider les plus démunis et de persévérer dans cette voie.

A mes parents

Pour l'éducation que vous m'avez donnée, pour votre soutien sans faille au cours de toutes ces années, je vous remercie pour votre écoute, votre aide et vos encouragements.

A Adeline, Florence, Benjamin, Rodolphe, mes neveux et nièces, mes grand-mères et Max

Pour votre aide inestimable. Malgré la distance qui a pu nous séparer vous avez toujours été un pilier. Je suis fière et heureuse de votre présence en ce jour et mon amour est éternel.

A Nicolas

Pour ton soutien et ta patience au quotidien. En avant pour de nouvelles aventures!

A Laetitia,

Pour ton aide, ton soutien et tes encouragements sans faille qui m'ont permis de réaliser ce travail et de croire en moi.

A mes amis

De ceux que j'ai rencontrés lors de mes premiers pas, en passant par mon parcours scolaire, ceux rencontrés au cours de mes années d'études de médecine pendant l'externat à Caen et à Bordeaux pendant l'internat, à mes co-internes, merci d'être là dans les moments importants et merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

Mon Bubu, Caroline, Mouloud, Lise, Claire et Geoffrey, Clarisse et Maxime, Fadwa, Aurélien, Marie-Astrid,...

Et à tous ceux que j'ai oubliés.

« Les migrations favorisent la croissance économique, le dynamisme des sociétés et la tolérance. Elles offrent une chance à des millions de personnes en quête d'une vie meilleure, et profitent aussi bien aux communautés d'origine et qu'à celles de destination. » António Guterres, Secrétaire général de l'ONU, 2018

Table des matières

Table des matières – Illustrations.....	6
PREAMBULE.....	8
PREMIERE PARTIE.....	10
Migrants et précarité : Généralités et description des différents dispositifs d'accueil et aides proposés.....	10
1. PRESENTATION DU CONTEXTE.....	11
1.1 Les permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	11
1.1.1 Le réseau de soins.....	12
1.1.2 Les PASS franciliennes.....	14
1.1.3 Exemple de fonctionnement de la PASS du Centre Hospitalier de Pau.....	15
1.2 Les migrants	18
1.2.1 Contexte actuel.....	19
1.3 La précarité.....	21
1.3.1 La difficulté d'accès aux soins.....	22
1.3.2 Hébergement temporaire.....	23
1.3.3 Absence d'emploi et de revenu.....	24
1.3.4 Contraintes administratives.....	25
1.4 Difficultés d'accès aux soins, refus et renoncement.....	26
DEUXIEME PARTIE.....	28
Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques..	28
1. MATERIEL ET METHODE.....	29
1.1 Etude initiale.....	29
1.2 Type de l'étude finale.....	30
1.3 Population étudiée et PASS concernées.....	30
1.4 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	30
1.5 Représentativité.....	31
1.6 Mode de recueil des données.....	32
1.7 Données recueillies.....	32
1.7.1 Le profil migratoire.....	32
1.7.2 Le profil épidémiologique.....	32
1.7.3 Le profil social.....	33

1.7.4 Le profil sanitaire.....	33
1.8 Analyse statistique.....	34
2. RÉSULTATS.....	35
2.1 Description générale de la population.....	35
2.2 Comparaison des migrants en fonction des PASS franciliennes et périphériques....	36
2.2.1 File active de migrants en séjour précaire.....	36
2.2.2 Le profil migratoire.....	36
2.2.3 Le profil épidémiologique.....	38
2.2.4 Le profil social.....	41
2.2.5 Le profil sanitaire.....	43
3. DISCUSSION.....	46
3.1 Forces de l'étude.....	46
3.2 Limites de l'étude.....	47
3.3 Résultats.....	49
3.3.1 File active de migrants en séjour précaire.....	49
3.3.2 Le profil migratoire.....	49
3.3.3 Le profil épidémiologique.....	51
3.3.4 Le profil social.....	55
3.3.5 Le renoncement aux soins et le repérage.....	58
3.3.6 La traduction et l'accueil.....	59
3.3.7 Le profil sanitaire.....	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXE.....	68
Annexe 1:.....	68
Annexe 2:.....	69
Annexe 3:.....	71
Annexe 4 :.....	75
RESUME.....	76
ABSTRACT.....	77
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	78

Table des matières – Illustrations

Figure n°1 : Répartition des PASS franciliennes

Figure n°2 : Plaquette d'information de la PASS du centre hospitalier de Pau en 2016

Figure n°3 : Les routes migratoires vers l'Europe en 2016

Figure n°4 : Cartographie des demandes d'asile en 2016

Figure n°5 : Les PASS participantes de l'étude

Figure n°6 : Diagramme de flux

Figure n°7 : Distribution des durées de séjour des migrants sur le territoire

Figure n°8 : Distribution Homme/Femme

Figure n°9 : Distribution de la nationalité

Figure n°10 : Distribution du renoncement aux soins

Figure n°11 : Distribution des notes d'état général des patients

Figure n°12 : 20 premières nationalités des demandeurs d'asile selon l'OFPRA en 2016

Tableau n°1 : Pourcentage de migrants en séjour précaire dans la file active

Tableau n°2 : Distribution des titres de séjour précaire et de la durée de séjour

Tableau n°3 : Distribution de l'âge, du sexe et du statut marital

Tableau n°4 : Distribution de la nationalité

Tableau n°5 : Top 3 des nationalités par territoire

Tableau n°6 : Distribution de la nécessité de traduction lors des consultations

Tableau n°7 : Distribution des conditions de logement

Tableau n°8 : Distribution des situations d'emploi et des sources de revenu

Tableau n°9 : Distribution de la couverture sociale des migrants

Tableau n°10 : Distribution du renoncement et refus de soins

Tableau n°11 : Distribution des motifs de consultations

Tableau n°12 : Distribution des traitements prescrits et des délivrances par les PASS

Tableau n°13 : Distribution des orientations - suivis des migrants

AAH: Allocation Adulte Handicapé
ADA: Allocation Demandeurs d'Asile
AME: Aide Médical d'Etat
ARS: Agence Régionale de Santé
APS: Autorisation Provisoire de Séjour
ATA: Allocation Temporaire d'Attente
BEH: Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CADA: Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile
CAFDA: Coordination de l'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile
CAO: Centres d'Accueil et d'Orientation
CASO: Centre d'Accueil de Soins et d'Orientations
CeGIDD: Centre gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CIMADE: Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués
CLAT: Centre de Lutte Anti-Tuberculose
CMU: Couverture Maladie Universelle
COMEDE: Comité MEDical pour les Exilés
CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DHOS: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIHA: Délégation Interministérielle à l'Hébergement et l'Accès aux Logements
HPST: réforme de l'Hôpital, relatives aux Patients, à la Santé et aux Territoires
ETP: Equivalent Temps Plein
INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST: Infection Sexuellement Transmissible
MdM: Médecin du Monde
OFPRA: Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OFFI: Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OIM: Organisation Internationale des Migrants
PASS: Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAHDA: Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile
PRAPS: Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PUMA: Protection Universelle MALadie
UE: Union Européenne
UNHCR: Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés.

PREAMBULE

Afin d'avoir une thèse en rapport avec mes convictions personnelles et mon projet professionnel, je me suis dirigée vers le Docteur Isabelle Pouyanne responsable de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du centre hospitalier (CH) de Pau.

Les PASS, structures pluri-professionnelles présentes dans les centres hospitaliers, ont vocation d'aide auprès des plus démunis, en accueillant des personnes vulnérables quels que soient leurs modalités de séjour, leurs types d'hébergement, leurs revenus ou leurs couvertures sociales et quelles que soient leurs nationalités. Elles prodiguent des soins médicaux et accompagnent les patients dans leurs démarches administratives pour accéder aux droits communs ou retrouver un parcours de soins classiques.

Le docteur Pouyanne venait d'être sollicitée pour participer volontairement à une étude nationale⁽¹⁾ menée par le collectif national des PASS à la demande du BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) afin de décrire les populations migrantes consultantes des permanences devant l'absence d'étude de grande ampleur existante. Je me suis donc greffée à ce projet et j'ai pu participer à l'élaboration de la bibliographie.

Les PASS ont été le sujet de quelques thèses qui concernaient surtout les motifs de consultation et de renoncement aux soins des consultants⁽²⁾, ainsi que l'évaluation de pratique très spécifique (diabète⁽³⁾, cancer⁽⁴⁾, satisfaction⁽⁵⁾...) mais aucune ne concernaient les caractéristiques socio-démographiques des migrants et aucune n'a été effectuée à l'échelle nationale. En dehors des rapports annuels de certaines ONG (Organisation Non Gouvernementale) comme le rapport de l'Observatoire de l'Accès aux Droits et aux Soins de Médecin du Monde 2016 (MdM)⁽⁶⁾, ou le rapport du COMEDE 2016 (Comité MEDical pour les Exilés)⁽⁷⁾, nous connaissons très peu le profil des migrants consultant pour un motif médical.

Cette étude nationale était l'occasion de mettre en avant et de réaffirmer le travail effectué dans les PASS, au sein des institutions hospitalières françaises.

L'accueil des réfugiés et des demandeurs d'asile est un sujet d'actualité sur la scène politique française et européenne depuis l'afflux de migrants en fin d'année 2015. Cet afflux faisait suite aux nombreux conflits politiques en Proche-Orient (Syrie, Afghanistan, Pakistan, Iran, Irak). Les routes migratoires pour parvenir en Europe avec la traversée de la méditerranée notamment, étaient périlleuses et lors de la journée mondiale des migrants en 2017, plus de 4900 morts ou migrants disparus en Méditerranée étaient à déplorer. Nous avons tous en tête l'image du petit Aylan échoué sur une plage grecque.

Tandis que je parvenais à accéder à la base de données de l'article du BEH, je lisais dans *Libération* une interview de Madame la Maire Anne Hidalgo martelant «*Paris est une ville refuge*». Effectivement en 2016, en amont de la jungle de Calais, Paris était le principal lieu de concentration de migrants issus de la Méditerranée. Entre 80 et 100 personnes arrivaient chaque jour dans la capitale entraînant une accumulation de personnes sans hébergement en Île-de-France, et faisant la Une des médias.

Les migrants issus de la Méditerranée sont ceux en séjour précaire comprenant selon le COMEDE⁽⁸⁾ les primo-arrivants (avant de réaliser les démarches administratives), les sans-papiers, les demandeurs d'asile et ceux ayant une autorisation provisoire de séjour.

Lors de mon semestre d'internat à Pau, je me suis demandée si les migrants précaires au regard du séjour et consultant dans les PASS des villes périphériques, présentaient les mêmes caractéristiques socio-démographiques que ceux d'Île-de-France.

Cette thèse a pour objectif d'identifier des différences de profil entre les migrants consultant des PASS au sein des territoires franciliens et périphériques.

Nous préciserons par la même occasion le travail effectué auprès d'eux par les PASS.

Dans une première partie, je définirai le contexte migratoire en 2016 et les différents dispositifs d'aide et d'accompagnement des migrants en séjour précaire.

La seconde partie sera dédiée à l'étude comparative des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des migrants en séjour précaire consultant dans les PASS en fonction des territoires franciliens et périphériques.

PREMIERE PARTIE

Migrants et précarité : Généralités et description des différents dispositifs d'accueil et aides proposés

1. PRESENTATION DU CONTEXTE

1.1 Les permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les PASS ont été créées suite à la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998⁽⁹⁾, pour répondre aux besoins croissants des plus démunis. Implantées dans les hôpitaux, elles disposent d'un accès direct aux plateaux techniques.

Les PASS servent de passerelle entre les patients désocialisés (quelle que soit leur nationalité) et les hôpitaux, pour que tous aient accès au droit commun. Ainsi les patients bénéficient à la fois de soins médicaux gratuits et d'un accompagnement dans les démarches sociales pour la reconnaissance de leurs droits. L'objectif est de les faire réintégrer un parcours de soins classique.

Les PASS s'intègrent dans les PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) et furent mises en œuvre dès 1999.

En 2004, les PRAPS liés à la précarité deviennent obligatoires et donnent un caractère prioritaire à l'accès aux soins⁽¹⁰⁾.

En 2009, la loi HPST⁽¹¹⁾ (réforme de l'Hôpital, relatives aux Patients, à la Santé et aux Territoires) crée les ARS (Agence Régionale de Santé) qui réalisent des projets régionaux de santé et gèrent les PASS. Chaque ARS, dans son programme quinquennal détermine les priorités et le budget dédié aux différentes PASS par une dotation (de 50 000 à 450 000 euros par an) finançant les missions d'intérêt général en fonction de l'adéquation avec l'activité (nombre de patients accueillis par an) .

Chaque permanence doit transmettre à l'ARS plusieurs indicateurs pour la justifier⁽¹²⁾.

La circulaire DGOS 2013 (Direction Générale de l'Offre de Soins)⁽¹³⁾ définit les missions et décline le travail des PASS.

Selon le dernier recensement de 2018, près de 430 PASS sont implantées dans les établissements de santé⁽¹⁴⁾ sur le territoire français.

L'activité des permanences peut avoir lieu au sein de l'hôpital ou dans des centres d'accueil déportés. Les PASS peuvent se décliner en PASS médicale généraliste, psychiatrique, bucco-dentaire et PASS à vocation régionale qui exerce une fonction de coordination auprès des PASS de la région. Il existe également des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP).

Au sein des PASS, le parcours patient des migrants se déroule en trois étapes :

- L'accueil qui permet la création du dossier patient et la copie de tous les documents officiels en leur possession. Les informations intégrées sont : l'âge, le sexe, le parcours migratoire, l'adresse s'il bénéficie d'un hébergement, le statut marital, le statut en regard du séjour, le revenu financier, l'emploi ou non, le droit à la couverture sociale ouvert ou non, le besoin d'une aide alimentaire ou vestimentaire.
- L'entretien social qui est une étape majeure de la prise en charge au sein des PASS. Il permet de réaliser les démarches pour accéder au droit commun, notamment l'ouverture des droits auprès de la sécurité sociale. Il permet également d'accompagner dans les démarches administratives, juridiques et sanitaires et d'orienter vers les établissements sociaux adaptés. Il peut être le seul motif de venue à la PASS.
- La consultation médicale qui englobe la consultation proprement dite, la délivrance gratuite des médicaments prescrits, la réalisation des examens paramédicaux (biologie, imagerie) sur le plateau technique de l'hôpital, les soins infirmiers, l'orientation et la consultation avec un spécialiste de la structure hospitalière.

Ce dispositif a des limites, sans couverture sociale complète, les patients ne peuvent pas bénéficier d'une hospitalisation en dehors des « soins urgents ».

1.1.1 Le réseau de soins

Le réseau de soins a pour objet « *d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité* »⁽¹⁵⁾.

Les PASS travaillent en étroite collaboration avec les dispositifs médicaux et sociaux locaux garantissant leur bon fonctionnement.

Le premier partenaire indissociable des PASS est le réseau institutionnel territorial. Il regroupe au sein des centres hospitaliers des missions d'intérêt général (les centres de vaccination, les Centres de Lutte Anti-Tuberculeux (CLAT), les centres de planification familiale, les PASS générales et psychiatriques) et des services au sein du plateau médico-technique hospitalier (laboratoire, imagerie, les équipes de liaisons et soins en addictologie). Il regroupe également les services de la CPAM (Centre Primaire d'Assurance Maladie) avec le dispositif PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions

et des Ruptures) sur le renoncement aux soins, les centres d'examen de santé, et le service social.

Le réseau a également recours aux services du conseil départemental avec les maisons de solidarité départementales, la cellule enfance en danger et la protection maternelle infantile.

Nous pouvons aussi citer les CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) gérés par les départements ou les collectivités publiques locales via les CCAS (Centre Communal d'Action Social).

Le deuxième partenaire indissociable des PASS est le réseau associatif composé:

- de **Médecin du Monde (MdM)** qui reçoit des patients précaires sur tout le territoire français dans les CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientations). Il publie chaque année un rapport sur leur activité qui peut être le reflet des caractéristiques des migrants. Nous utiliserons le rapport 2016⁽⁶⁾ à de nombreuses reprises pour étayer nos propos. MdM a débuté son activité le 1^{er} Février 1980 après l'aide apportée par certains médecins dont Bernard Kouchner lors de l'exode par bateau de réfugiés vietnamiens. Leur objectif est de témoigner et de travailler bénévolement dans les situations d'urgences.

- de la **Croix Rouge Française** qui permet de repérer et d'orienter les patients en situation d'isolement et de précarité via les maraudes, veilles ambulatoires de 18h jusqu'au milieu de la nuit de novembre à mars (plan hivernal) mais aussi d'accompagner et de soutenir avec les aides alimentaires, vestimentaires etc. Elle assure également la gestion du **SAMU social-115** majoritairement dans la région parisienne et publie un rapport annuel d'activité chaque année notamment en 2016⁽¹⁶⁾. Sur Pau, les maraudes sont également gérées par la Croix Rouge Française mais c'est l'OGFA qui gère le 115 (voir la présentation de l'OGFA dans le paragraphe précarité et hébergement temporaire p23).

Créée par Henry Dunant en mai 1864 sous le nom de Société de Secours aux Blessés Militaires (SSBM), deux autres sociétés viendront s'associer à son action : l'Association des dames françaises en 1879, et l'Union des femmes de France en 1881. La fusion des trois en 1940 crée la Croix Rouge Française.

- du **CIMADE** (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués): Il a été fondé en 1939 par des mouvements protestants liés au scoutisme. Initialement venant en aide aux étrangers en exil et aux populations juives, le CIMADE a évolué en fonction des conflits. De nos jours, il apporte un soutien juridique aux migrants, aux réfugiés et aux déplacés, aux demandeurs d'asile et aux étrangers en situation irrégulière dans des permanences

réparties dans de nombreuses régions de France mais aussi dans les centres de rétention administrative et les prisons.

- du **COMEDE** (Comité MEDical pour les Exilés) : Depuis sa création en 1979, le COMEDE travaille à la promotion de la santé des exilés. Il réalise des activités de consultation (accueil, soin et soutien) et de centre-ressource (information, formation et recherche) sur le territoire francilien majoritairement.

La liste est non exhaustive. Nous ne devons pas oublier de nommer le **secours populaire**, le **secours catholique**, les **épiceries sociales**, les **Restos du coeur**, le **planning familial** ...

Les derniers partenaires sont les médecins libéraux. L'accès à ces médecins représente l'aboutissement des dispositifs d'aide et d'accompagnement des patients précaires en permettant l'accès aux droits communs. Une fois les droits ouverts, les patients peuvent bénéficier d'un parcours de soins classique. Le médecin généraliste devrait prendre le relais du médecin de la PASS pour la prise en charge et le suivi des patients.

1.1.2 Les PASS franciliennes

Les PASS franciliennes sont situées en Île-de-France. Cette région compte à elle seule 38,2% de la population immigrée⁽¹⁷⁾.

Le dernier recensement dénombre 45 PASS installées dans 43 établissements d'hospitalisation⁽¹⁸⁾. Parmi celles-ci, deux ont des activités spécifiques : une est spécialisée dans la prise en charge des soins dentaires à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et l'autre est une PASS mobile à l'hôpital Avicenne (93).

Une PASS peut accueillir chaque année entre 21 et 4530 migrants (CH Pitié-Salpêtrière). La médiane annuelle se situe à 217 patients par PASS.

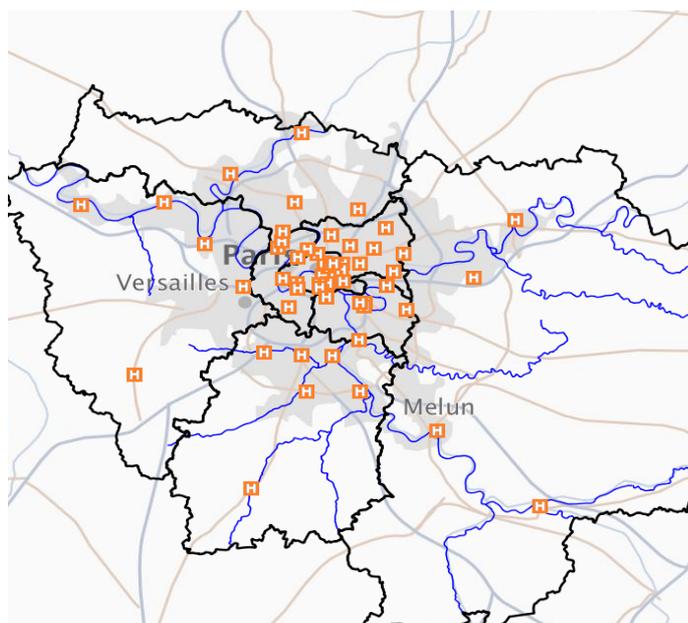


Figure n°1: Répartition des PASS franciliennes

L'annuaire des PASS d'Île de France 2018, ARS Île de France

Afin de répondre aux critères de qualité proposés par les DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) via une démarche d'auto-évaluation⁽¹²⁾, les PASS franciliennes ne cessent de proposer des outils pour faciliter leur accès et les faire connaître auprès des publics précaires. Entre autre, une équipe mobile PASS existe, une brochure internet interactive aide à trouver la PASS la plus proche, des brochures concernant la prise en charge des patients précaires et les hébergements ont été mises en place.

1.1.3 Exemple de fonctionnement de la PASS du Centre Hospitalier de Pau

Le Centre Hospitalier de Pau est un établissement public de santé à vocation régionale sur le territoire de santé Béarn-Soule, il est également établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire regroupant les centres hospitaliers des Pyrénées (psychiatrique), d'Oloron, d'Orthez, de Mauléon et le Centre Gérontologique Pontacq-Nay-Jurançon selon la loi HPST 2009.

Sa capacité d'accueil au 31 décembre 2016 est de 830 lits répartis entre la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les lits de moyen et long séjour.

La PASS du centre hospitalier de Pau a démarré son activité en juillet 2013.

Les ressources humaines de la PASS sont composées en 2016:

- d'un temps médical à 0,5 ETP et d'un temps infirmier à 0,5 ETP,
- de travailleurs sociaux à 1 ETP à la PASS et 1 ETP aux urgences.
- et d'un secrétariat à 0,5 ETP.

La responsable du service est Isabelle POUYANNE. Elle est également médecin au sein du SAMU-SMUR et urgences du CH Pau ainsi que la directrice de cette thèse. Elle réalise les consultations médicales avec le Dr Marie Pierre NEXON. Fin 2018, elle a été remplacée par le Dr Marie-Pierre LUCU.

Les permanences de consultations médicales sont étalées en quatre demi-journées en complémentarité de médecin du monde, sans discontinuité dans l'année.

La consultation du jeudi matin est déportée au Phare, centre d'accueil de jour dans le centre ville de Pau.

Cette structure pluri-professionnelle et pluridisciplinaire accueille toutes les personnes en situation de précarité avec une majorité de demandeurs d'asile, de personnes en situation irrégulière, de français travailleurs pauvres et personnes en grande précarité (SDF..).

La PASS réalise des consultations en étroite relation avec les différentes structures présentes au sein du même établissement, et favorise le « parcours patient » avec :

- *le dépistage*: chaque migrant accueilli pour soin bénéficiera systématiquement d'un passage au centre de vaccination et au CLAT. Le dépistage biologique des infections sexuellement transmissibles (hépatites, HIV , syphilis et Chlamydiae) est le rôle du CeGGID (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) mais la PASS effectue tout de même les dépistages pour tous les migrants reçus s'ils ne s'y sont pas opposés.
- *Le suivi des pathologies médicales aiguës et chroniques* en lien avec les praticiens spécialistes du CH Pau avec un accès au plateau technique de l'hôpital (laboratoire, examen complémentaire, pharmacie).
- *les avis intra-hospitaliers à la demande des services*, afin d'accompagner les patients hospitalisés et d'anticiper leur sortie.
- *Les consultations pour motifs sociaux* sur ce seul critère parfois.

En 2015, 434 personnes ont consulté la PASS avec 900 consultations médicales et 900 entretiens sociaux. La multiplicité des consultations pour les mêmes patients met en avant le critère de suivi et de continuité des soins (2,1 consultations médicales par patient pour 1,9 entretiens sociaux en 2015).

Seulement 20% des patients consultant sont français, les 80 % restant se répartissent entre 20% d'européens, 25 % de maghrébins et 35 % d'autres pays.

La quasi-totalité des patients sont sans couverture sociale complète soit 96% des consultants et 98% ont des difficultés financières⁽¹⁹⁾.

Les PASS ne sont pas des structures rigides, bien au contraire. Elles doivent sans cesse s'adapter à l'évolution des lois, et à l'accroissement du nombre de migrants, créer des nouvelles connections en fonction du développement des associations humanitaires locales et des différents services hospitaliers. A Pau par exemple, un projet de développement visant à accroître les consultations sociales et médicales mobiles sur les différents sites palois hébergeant des migrants a été porté devant l'ARS et accepté fin 2018 .

PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Centre Hospitalier de Pau - Centre Hauterive
4 boulevard Hauterive - 64040 Pau Cedex

POUR PLUS D'INFORMATIONS OU POUR CONVENIR D'UN RENDEZ-VOUS,
contactez-nous du lundi au vendredi de 9h à 17h au 05 59 72 89 40 ou par mail à pass.hauterive@ch-pau.fr

Trois lignes de bus desservent le Centre Hospitalier de Pau :

- Ligne T1 // fréquence toutes les 10 minutes, sauf le samedi toutes les 20 minutes.
- Ligne T2 // fréquence toutes les 10 minutes, sauf le samedi toutes les 20 minutes.
- Ligne P4 // fréquence toutes les 25 minutes.

La lutte contre les exclusions sociales et notamment l'accès aux soins des personnes en situation précaire constitue l'une des missions du service public hospitalier*. Aussi, le Centre Hospitalier de Pau a mis en place une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). La PASS, cellule de prise en charge médico-sociale des personnes les plus démunies, constitue l'un des moyens mis en œuvre par les établissements de santé afin de faciliter l'accès aux soins des personnes défavorisées et leur réinsertion dans le système normal d'accès aux soins. Elle intervient dans le cadre d'un réseau de prise en charge de la précarité avec l'ensemble des intervenants médicaux et sociaux concernés.

*ARL1110-1 et L 1110-3 du code de la santé publique

ACCES

PASS PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Centre HAUTERIVE

CENTRE HOSPITALIER DE PAU
SIÈGE DE LA COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE SAÛY-PALENS

Centre Hospitalier de Pau - Centre Hauterive
4 boulevard Hauterive - 64040 Pau Cedex
Tél : 05 59 72 89 40 - Mail : pass.hauterive@ch-pau.fr
www.ch-pau.fr

Figure n°2 : Plaquette d'information de la PASS du centre hospitalier de Pau en 2016
Brochure de la PASS du CH Pau proposée en 2016 recto (verso en annexe 1)

1.2 Les migrants

De nombreuses définitions de migrants existent. Celle de l'Organisation Internationale des Migrants (OIM) a été retenue pour cette thèse : « *toutes les personnes qui ont franchi une frontière en quittant leur lieu de résidence habituel à l'exclusion des migrations à visées touristiques.* ».

A l'échelle mondiale, en 2016, parmi les 740 millions de personnes qui ont migré, 244 millions se sont installées dans un autre pays que celui de leur naissance et 496 millions se sont déplacées dans leur propre pays.

Les principaux pays d'accueil sont les Etat-Unis, l'Arabie Saoudite et l'Allemagne, ainsi que la Russie. Les principaux pays d'émigration sont l'Inde, le Mexique et la Russie⁽²⁰⁾.

Les différents motifs de migration classés par catégorie de migrants⁽²¹⁾ sont:

- les travailleurs migrants temporaires et migrants très qualifiés représentant 150 millions des migrants internationaux en 2016
- les migrants liés au rapprochement familial
- les migrants retournant dans leur pays d'origine
- et les migrants forcés représentant 65,6 millions de personnes dans le monde dont 40,3 millions qui se déplacent dans les frontières de leur pays pour cause de violence, 22,5 millions de réfugiés qui fuient leur pays du fait de persécutions ou violences généralisées dont 2,8 millions qui sont des demandeurs d'asile. Les migrations contraintes ou forcées font référence à des situations de fuite, d'expulsion, d'errance, de déracinement. Elles concernent des populations victimes de persécutions, d'affrontements ethniques ou religieux, de guerres civiles, des effets de la sécheresse ou d'autres calamités naturelles⁽²²⁾.

1.2.1 Contexte actuel



Mediterranean Update Migration Flows Europe: Arrivals and Fatalities



*Figure n°3 : Les routes migratoires vers l'Europe en 2016
Carte proposée par l'organisation internationale des migrants*

Au cours de l'année 2015, les troubles présents dans certains pays du Moyen-Orient et d'Afrique comme l'Irak, la Syrie ou l'Érythrée font connaître à l'Europe une arrivée de réfugiés et des demandes d'asile en augmentation croissante.

A l'échelle européenne en 2016, parmi les 4,7 millions d'immigrants, 2,4 millions proviennent d'un pays extérieur à l'Union Européenne et 1,4 millions proviennent d'Europe. Le principal pays d'accueil⁽²³⁾ est l'Allemagne (1 543 800), suivi par le Royaume-Uni (631 500), la France (363 900), l'Espagne (342 100) et l'Italie (280 100).

A l'échelle française parmi les 66,4 millions d'habitants, la population immigrée déclarée représente 6,8 millions de personnes dont 3,8 immigrants de nationalités étrangères, soit 10 % de la population.

L'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) dénombre plus de 217 000 demandes de séjour dont 38% pour raison familiale et 15% concernant les demandes d'asile⁽²⁴⁾ en 2015. Malgré l'accroissement des demandes d'asile de plus de 17 % par rapport à l'année précédente, ces demandeurs ne représentent donc qu'une minorité de la population migrante en France.

Les migrants en situation irrégulière seraient aux alentours de 500 000 selon un recensement approximatif de l'état français mais le nombre exact est très difficile à appréhender parce qu'ils ne sont déclarés nulle part passant les frontières illégalement, et parce qu'ils peuvent rester sur le territoire français après la fin de leur visa touristique.

Les accords de Dublin : Ces arrivées représentent une nouvelle problématique sur le plan sanitaire et politique. Dans ces conditions les accords de Dublin régulent le flux d'entrants en raccompagnant à la frontière les migrants dans leur premier pays européen d'enregistrement auprès d'un organisme officiel. La Convention de Dublin créée en 1990 a pour objectif de fixer des règles de désignation de l'Etat responsable de l'examen de la demande d'asile. Elle a évolué en règlement Dublin II puis III, ces derniers accords ont été signés dès 2013 par l'union européenne des 28, la Suisse, le Liechtenstein, l'Islande et la Norvège. L'examen d'une demande d'asile par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) est donc subordonné à la condition que la France soit bien responsable de l'examen de cette demande conformément aux dispositions du règlement européen dit « Dublin III » du 26 juin⁽²⁵⁾.

Lorsque la procédure « Dublin » est engagée, c'est-à-dire lorsqu'un autre État que la France est responsable du traitement de la demande, l'intéressé se voit remettre une première attestation valant droit au maintien sur le territoire d'un mois renouvelable tous les quatre mois jusqu'au transfert de l'intéressé vers l'État membre responsable de sa demande d'asile. Le migrant est surnommé « dubliné ».

Si la France est responsable de l'examen de la demande d'asile, le demandeur d'asile bénéficie d'un droit au maintien en France pendant toute la durée de la procédure d'examen de sa demande par l'OFPRA et, en cas de recours contre une décision de rejet de l'OFPRA, jusqu'à la décision de la CNDA (Cours National du Droit d'Asile).

Mais cette procédure de régulation des flux ne cesse de faire polémique. L'Italie en première ligne d'accueil des réfugiés depuis l'accord entre la Turquie et la Grèce devant limiter le nombre d'arrivées sur les côtes grecques, entretient la controverse. Faisant de l'Italie la première porte d'entrée de l'immigration européenne, le nombre de demandeur d'asile n'a cessé de croître.

Afin d'apaiser les tensions, un accord entre les pays de l'union européenne en 2015 fait part d'un quota de réfugiés minimum que la France se dit prête à accueillir à hauteur de 120 000 répartis sur toute l'union européenne, mais avec une majorité en France et en Allemagne. Cela ne résout en rien le problème et en crée même des nouveaux. Les pays de l'Est refusant d'accueillir les demandeurs d'asile.

La conséquence directe de la politique migratoire de l'Italie fait de l'Espagne la nouvelle porte d'entrée des migrants par la mer Méditerranée.

Ce contexte migratoire se reflète dans le nombre de migrants recensé dans le secteur palois et dans l'augmentation de l'activité de la PASS de Pau au vu de sa position frontalière avec l'Espagne.

La file active de personnes migrantes ainsi reçue à la PASS du CH Pau (tous groupes confondus) est passée de 66% en 2014 à 75 % en 2016 (349 migrants sur 465 personnes reçues)⁽¹⁹⁾.

1.3 La précarité

La précarité définit la condition qui résulte de l'« 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. ». Cette définition est proposée par Wresinski.J en 1987⁽²⁶⁾.

Les populations migrantes les plus précaires en France sont:

- les primo-arrivants (ceux arrivant sur le territoire français avant de réaliser les démarches officielles de demandeur d'asile),
- les demandeurs d'asile,
- les migrants en séjour irrégulier (ceux n'ayant pas déclaré leur présence sur le territoire français),
- les européens inactifs (ils ont le droit de séjourner en France mais la reconnaissance de leurs droits sociaux est longue et très compliquée)

- et les mineurs non accompagnés (MNA) dont nous ne parlerons pas dans cette thèse.

Dans cette étude sont inclus tous les migrants en séjour précaire.

Les séjours précaires sont définis par le COMEDE (Comité MEDical pour les Exilés)⁽⁷⁾ comme « *une absence de titre de séjour, ou document de séjour sans autorisation de travail et/ou sans garantie de renouvellement (convocation préfecture, APS (Autorisation Provisoire de Séjour) , récépissés de demandeur d'asile).*

Ci-après seront décrits les principaux facteurs de précarité des migrants en séjour irrégulier et des demandeurs d'asile ainsi que les offres allouées pour y palier.

1.3.1 La difficulté d'accès aux soins

Les primo arrivants et les migrants en séjour irrégulier depuis moins de trois mois sur le sol français ne peuvent pas bénéficier du régime de sécurité sociale. Dans cette situation, la PASS peut les recevoir et d'autres structures telles que les centres de vaccination, les PASS dentaires, psychiatriques, rarement ophtalmologiques, et le CLAT.

En revanche, dès que le statut de demandeur d'asile est en cours, ils peuvent ouvrir leurs droits et accéder au système de soins de santé, soit au titre de la PUMA (Protection Universelle MALadie), soit au titre de la CMUc (Couverture Maladie Universelle complémentaire).

En ce qui concerne les migrants en situation irrégulière, après trois mois de résidence sur le territoire français et après avoir entrepris des démarches auprès de la CPAM, ils peuvent prétendre bénéficier de l'AME (Aide Médical d'Etat), la demande est à réaliser sur feuillet cerfa.

1.3.2 Hébergement temporaire

Les primo-arrivants et migrants en séjour irrégulier n'ont aucun accès à un logement en dehors des hébergements d'urgence.

Pour les demandeurs d'asile, des logements sont proposés temporaires et non systématiques en fonction du taux de remplissage et des hébergements disponibles. L'hébergement aléatoire favorise la précarité.

Il existe donc trois cas de figure éventuels pour les arrivants :

- En structure d'urgences avec la potentielle aide du 115 selon la saison (plan hivernal): en hôtel, appartement, centres d'hébergement d'urgence
- En hébergement temporaire selon les propositions de l'OFII :
 - En CADA (Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile) ;
 - En CAO (Centres d'Accueil et d'Orientation) à destination des migrants évacués des campements de Calais et de Paris ;
 - Les PRAHDA (Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile) avec hébergement des migrants en procédure de Dublin en relais des CAO.
- Aucune structure d'hébergement, c'est à dire que les personnes sont à la rue.

Cette offre de logement est faite lors de la demande d'asile à l'OFPRA. Si elle est refusée par les intéressés, ils ne peuvent plus prétendre à l'ADA (Allocation Demandeurs d'Asile).

Les campements illicites, campements ou squats ne cessent de croître en France du fait de l'inadéquation entre le nombre d'arrivée de migrants et d'hébergements proposés.

La 8ème enquête du DIHAL⁽²⁷⁾, en novembre 2016 fait état d'environ 15 639 personnes vivant dans 539 sites illicites (37 départements concernés, 115 sites en Île-de-France et 424 sites hors Île-de-France).

Parmi les patients consultant à médecin du monde en 2016⁽⁶⁾, plus de 90% vivent en hébergement précaire (dont 20% sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence et 13,5 vivants en squat ou bidonville). Près d'un tiers des demandeurs d'asile sont sans hébergement.

A Pau, différents hébergements sont proposés:

- le CADA messin géré par l'OGFA (Organisme De Gestion Des Foyers Amitié) qui est une association loi 1901 à Jurançon oeuvrant dans la protection des familles et de l'enfance, l'hébergement et l'insertion, le handicap, et dans les dispositifs destinés aux migrants
- le CADA ISARD COS
- le PRAHDA avec 140 places pour les migrants en attente de transfert liée à la procédure de Dublin ou en attente de réponse quant à leur situation. Il est géré par Adoma qui est le premier opérateur national pour l'hébergement et l'accompagnement des demandeurs d'asile. En 2011, Adoma a signé avec le Ministère de l'Intérieur un accord-cadre national pour structurer l'activité asile et la décliner en région via des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).
- et les hébergements en hôtel, selon les places disponibles, via le 115 (géré par l'OGFA dans la région Pyrénées-Atlantiques).

1.3.3 Absence d'emploi et de revenu

Un migrant en situation irrégulière ne peut pas avoir d'emploi. Il en est de même pour les demandeurs d'asile et ce jusqu'à 9 mois après la demande auprès de l'OFPRA.

A partir de ce moment l'autorisation de travail peut être acceptée sous couvert d'une promesse d'emploi pour 6 mois.

L'ADA peut être proposée aux demandeurs d'asile à la hauteur de 6,80 euros par jour et par personne (7,40 euros si aucun hébergement n'est proposé).

Moins de 20 % des personnes accueillies à MdM en 2016⁽⁶⁾ exercent une activité professionnelle et quasi 98% des personnes sont en deçà du seuil de pauvreté. Parmi elles, 35% ne disposent d'aucune ressource pour vivre.

Tant que les besoins primaires ne sont pas pourvus, les migrants relèguent la santé au second plan. Pourtant du fait de leur précarité, ils sont d'autant plus vulnérables.

1.3.4 Contraintes administratives

La méconnaissance des dispositifs d'accompagnement et la complexité des processus administratifs sont sources de renoncement aux soins et favorisent la précarité.

Une des difficultés est le processus de demande d'asile qui est long et laborieux. Il se déroule en trois étapes. D'abord à la frontière, où tout demandeur d'asile doit se présenter aux autorités de police. Les empreintes sont prises afin de s'assurer que la personne n'est pas ressortissante d'un autre pays. Le dossier est traité et soit le passage en France est autorisé soit il est en attente. Puis sur la PADA (Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile), un formulaire de demande d'asile est saisi en ligne, aboutissant à un rendez-vous auprès de l'OFII où la demande d'asile est enregistrée. Des informations sont remises sur les droits, les aides proposées et une attestation de demande d'asile valable 1 mois est délivrée. Pour finir auprès de l'OFPRA, la demande doit être réalisée 21 jours au plus tard après la demande en préfecture. Le dossier est alors complet et la préfecture remet un récépissé de demande d'asile. L'OFPRA a 6 mois pour statuer après une convocation.

Ces populations peuvent voir leur démarche aboutir selon le CESEDA⁽²⁸⁾ (Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile) en trois protections: le statut de réfugié, la protection subsidiaire, l'apatridie dans un délai de 6 à 21 mois (selon les recours).

Le COMEDE permet d'aider juridiquement les personnes concernant l'obtention de leur titre de séjour notamment pour les «dublinés».

Une autre difficulté existe pour les primo-arrivants et les personnes en séjour irrégulier. Ils doivent pouvoir justifier de trois mois de présence sur le territoire afin de bénéficier de l'AME. Le CCAS, l'OFII et quelques associations proposent une domiciliation administrative dans leurs locaux.

1.4 Difficultés d'accès aux soins, refus et renoncement

Le rapport sur «la santé des personnes sans chez soi» cite les principaux freins aux soins repérés dans un projet d'accès à la santé dans 8 CHRS toulousains en 2011⁽²⁾. Les principaux freins aux soins repérés sont: l'absence de «chez soi», les freins administratifs et financiers, la barrière linguistique, les problématiques intriquées entre santé et social, le décalage entre l'état de santé réel et ressenti, le déni de pathologie, le déni du corps, l'expérience négative du système de soin, les éléments de rupture dans l'histoire de vie, la perte d'estime de soi, la violence subie et agie, le sentiment d'isolement et les difficultés à demander de l'aide.

La **barrière linguistique** est un frein à l'accès aux soins chez 19% des patients⁽⁶⁾ selon MdM. Trois personnes sur 10 consultant à MdM nécessiteraient un interprétariat.

La reconnaissance de cet état de fait a conduit à l'élaboration par la Haute Autorité de Santé (HAS) d'un référentiel⁽²⁹⁾ de compétences, de formations et de bonnes pratiques pour l'exercice de l'interprétariat linguistique professionnel auprès des personnes peu ou non francophones.

La traduction des consultations de patients allophones est réalisée par des moyens humains :

- la famille, les amis ou connaissance, des personnels médicaux ou paramédicaux.
- l'Interprétariat Service Migrants (ISM) : service de traduction payant avec un interlocuteur téléphonique 7 jours/7 et 24h/24, couvrant 140 langues.

La traduction est aussi et de plus en plus réalisée par des logiciels (traducmed, googletrad...) mais elle reste encore très imprécise (notamment pour le russe ou le géorgien).

Ces procédés peuvent favoriser les approximations concernant les informations reçues sur l'état de santé des patients et mettent à mal le secret médical.

La **situation sociale** et les **difficultés financières** sont évoquées dans 1 cas sur 5 comme moteur de renoncement aux soins chez les consultants des CASO⁽⁶⁾ en 2016.

La **peur de l'arrestation**⁽⁶⁾ également fait qu'un tiers des étrangers relatent limiter leurs déplacements, y compris pour ceux destinés à leur soins de santé. Cela concerne surtout les migrants en séjour irrégulier et les primo-arrivants.

La **méconnaissance des dispositifs** est un motif de renoncements aux soins chez 23% des consultants des CASO⁽⁶⁾ en 2016.

De par nos cultures, nos religions différentes, de par la traduction également, la consultation est rendue très chronophage pour obtenir un résultat de qualité. Pour autant, ces consultations ne sont pas plus valorisées qu'une consultation du parcours de soin classique. Les médecins généralistes peuvent **refuser de dispenser les soins** aux patients bénéficiant d'une AME. Cela peut être lié aux démarches administratives qu'ils leur incombent du fait de l'absence de carte vitale en possession du patient et du fait que le patient doit détenir sa justification AME sur document pour que le tiers payant soit appliqué, mais aussi lié au temps consacré à la consultation (patients non francophones...). Ceci est d'autant plus vrai dans ce contexte de sous densité médicale avec des médecins aux plannings surchargés dans certaines zones.

Le médecin doit remplir la déclaration de feuille de soins en cochant les cases «l'assuré n'a pas payé la part obligatoire» et «l'assuré n'a pas payé la part complémentaire» et apposer la mention AME ou CMUc à côté de sa signature.

Une feuille de soins électronique ne peut être effectuée en dehors du mode dégradé avec un temps de remplissage non négligeable et des manœuvres et numéros à connaître.

DEUXIEME PARTIE

**Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS fran-
ciliennes et périphériques**

1. MATERIEL ET METHODE

C'est à travers l'étude⁽¹⁾ commandée par le BEH au collectif national des PASS en 2016 que les patients ont été inclus. Il s'agissait de décrire les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les PASS. Un article a été publié en septembre 2017.

Pour accéder aux données des questionnaires remplis lors de cette étude, l'autorisation du Dr TARAGANO, directrice du collectif national des PASS, a dû être obtenue ainsi que celle de tous les membres de l'association, lors de la réunion mensuelle du collectif en juillet 2018. Pour achever l'acquisition des données, le Dr VIGNIER Nicolas, un autre des auteurs de l'article du BEH, a autorisé mon travail après réception du projet de thèse, et m'a adressé l'ensemble des données dans un tableur Excel.

1.1 Etude initiale

Dans le cadre de l'étude commandée par le BEH, le recrutement des patients migrants accueillis dans les PASS s'était déroulé sur la période du 10 au 20 octobre 2016 et avait totalisé un nombre de 1108 patients. Il était possible de prolonger le recrutement jusqu'au 27 octobre 2016 afin d'avoir cumulé 5 journées consécutives au total, selon le mode de fonctionnement de chaque PASS. Trente PASS françaises participant sur la base du volontariat s'étaient jointes à cette étude.

Un consentement oral avait été demandé aux patients pour l'inclusion dans l'étude, après qu'ils aient pris connaissance des fiches d'informations (Annexe 2) converties dans 10 langues (anglais, arabe, chinois, roumain, bulgare, pendjabi, pashtoun, ourdou, hindi, bengali).

Le recueil des données avait été effectué par chacune des PASS acceptant de participer à l'étude, à l'aide d'un questionnaire standardisé de quatre pages (Annexe 3), rempli par le médecin consulté, accompagné d'un travailleur social ou non, dans les locaux de la PASS, ou en consultation déportée selon le mode de fonctionnement des permanences.

J'ai pu remplir le lundi 10 octobre et le jeudi 13 octobre 2016 quelques questionnaires avec le Docteur Pouyanne au sein de la PASS du CH de Pau.

1.2 Type de l'étude finale

Il s'agit d'une étude comparative transversale et rétrospective des profils épidémiologiques et sanitaires des populations migrantes en séjour précaire reçues par les PASS du 10 au 20 octobre 2016, en fonction des territoires franciliens et périphériques. C'est à partir du tableur Excel que les données de cette thèse ont été travaillées.

1.3 Population étudiée et PASS concernées

Nous avons choisi d'inclure uniquement la population de migrants en séjour précaire soit 590 patients. Cette manœuvre a été réalisée par extraction des données à partir du tableur Excel.

Nous avons exclu la Guyane car son contexte migratoire n'était pas similaire à celui de la métropole.

Afin de comparer les populations migrantes consultant par territoire, nous avons divisé les PASS en 2 catégories:

- **les PASS franciliennes**: 287 patients dans 10 PASS (Créteil 16, CHU Henri Mondor 28, Paris Corentin Celton 21, Hotel Dieu 30, Lariboisière 93, Paris PASS psy 1, Pitié Salpêtrière 0, Saint Louis 45, Saint Antoine 23, Melun 30).

- **les PASS périphériques**: 303 patients dans 19 PASS (Agen 3, Bayonne 2, Bordeaux 26, Caen 19, Cahors 2, Carcassonne 0, Châlon sur Saône 0, Chambéry 26, Elbeuf 3, Grenoble 21, Limoges 18, Louviers 2, Lyon 37, Marseille 25, Nancy 21, Orléans 14, Pau 14, Poitiers 41, Toulouse 29).

1.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les immigrés, définis dans ce travail comme «*des personnes nées étrangères à l'étranger* » selon la définition du Haut Conseil à l'intégration et de l'Insee, âgés de plus de 18 ans, consultant pour un motif médical dans les PASS participantes, et précaires au regard de leur séjour sont éligibles.

Les séjours précaires sont définis par une absence de titre de séjour, ou par la possession de document de séjour sans autorisation de travail et/ou sans garantie de renouvellement

(convocation préfecture, APS, récépissés de demandeur d’asile), selon la définition proposée par le COMEDE⁽³⁾.

Les critères d'exclusion retenus sont: les patients ne pouvant apporter leur consentement éclairé et les mineurs.

1.5 Représentativité

Les villes ayant recueilli le plus de demandes d’asile en 2016 sont superposables à celles des PASS participantes de l’étude (Figure n°4 et n°5). Ces villes comprennent le pôle urbain francilien et les quatre plus grandes villes de France (Lyon, Marseille, Toulouse et Bordeaux). Il manque Lille, Nice, Nantes et Rennes. Cette répartition est en accord avec le recensement des migrants en 2016 montrant que neuf immigrés sur dix vivent dans les grands pôles urbains⁽¹⁷⁾.

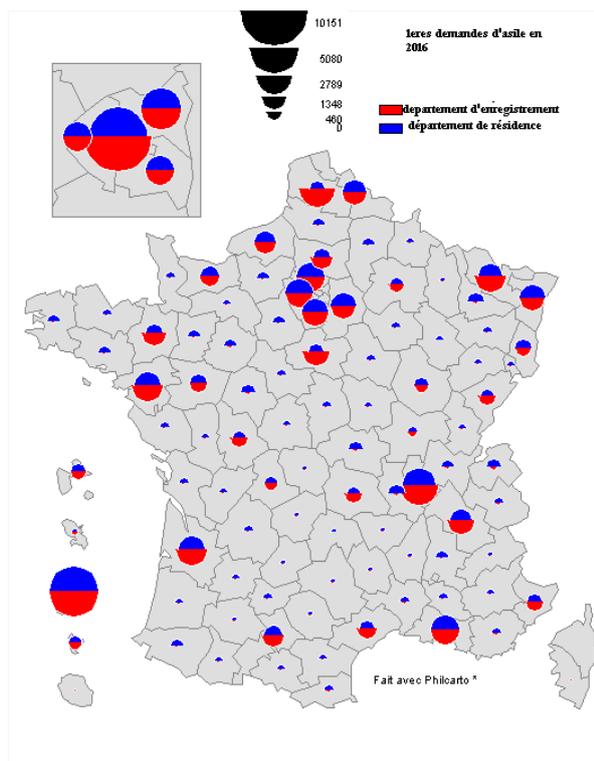


Figure n°4: Cartographie des demandes d’asiles en 2016⁽³⁰⁾ CIMADE

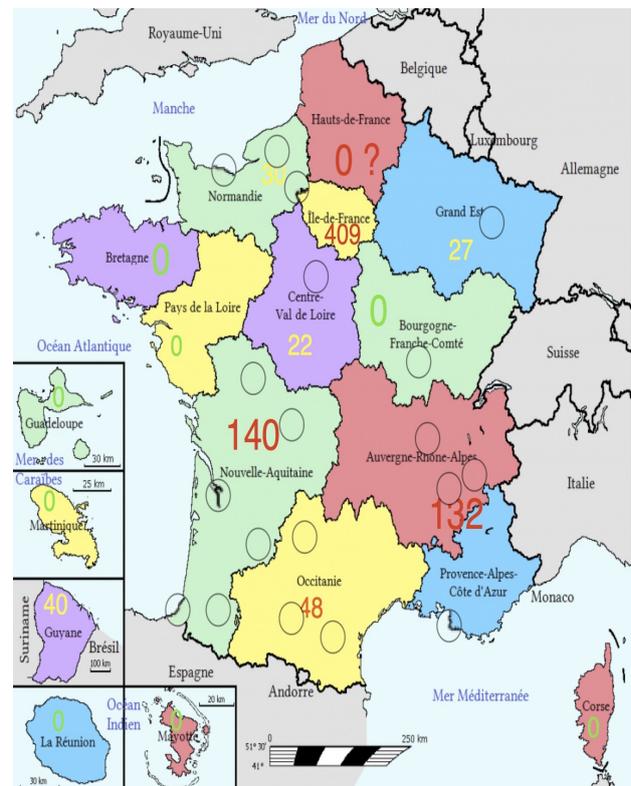


Figure n°5: Les PASS participantes de l’étude
Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

1.6 Mode de recueil des données

Une demande de recherche dans le domaine de la santé sans recueil du consentement a été demandée par le CHU de Poitiers, responsable des données de l'étude du BEH. Le traitement des données a donc été réalisé dans le cadre de la méthodologie de référence MR-003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Pour cette thèse, une déclaration simplifiée a été effectuée le 12 mars 2019. (Annexe 4)

1.7 Données recueillies

Les données recueillies ont été divisées pour définir le profil migratoire, épidémiologique, sociale, et sanitaire des migrants inclus. Pour cette thèse, nous avons choisi d'analyser les données suivantes.

1.7.1 Le profil migratoire

Les données migratoires de chaque migrant regroupent:

- Le titre de séjour: sans droit au séjour (séjour irrégulier), récépissé de demande d'asile, autorisation provisoire de séjour et autres récépissés
- Le temps de séjour sur le territoire: moins de trois mois, de trois mois à un an, de un à cinq ans, plus de cinq ans

1.7.2 Le profil épidémiologique

Les données épidémiologiques de chaque migrant regroupent:

- L'âge (année)
- Le sexe (Homme-Femme)
- Le statut marital: célibat, vie en couple, seul car conjoint au pays, divorcé et veuvage
- La nationalité: répartition entre: Afrique Subsaharienne (29 pays), Maghreb (3 pays), Europe au sein de l' Union Européenne (7 pays) et hors de l'UE (10 pays), Asie (13 pays) et Amérique/Caraïbes (5 pays)
- La nécessité de traduction: oui/non.

1.7.3 Le profil social

Les données sociales de chaque migrant regroupent:

- Les conditions de logement: hébergement chez un proche ou à plusieurs, squat/sans domicile fixe/Habitat mobile, centre d'hébergement/foyer social-hôtel payé, appartement thérapeutique et logement personnel
- La source de revenus: aucun revenu, non connu, salaire, aide du gouvernement (CAFDA, ADA, OFII, ATA), aide sociale du droit commun (RSA, chômage, retraite, AAH ou invalidité), aide associative, économie personnelle et/ou de la famille
- La situation d'emploi: en emploi déclaré ou non, sans emploi, retraité, étudiant et le nombre de migrants avec emploi non autorisé
- La couverture sociale: pas de couverture, demande en cours, AME, PUMA et couverture classique.

1.7.4 Le profil sanitaire

Les données sanitaires de chaque migrant regroupent:

- Le refus de soins et le renoncement aux soins: oui/non
- Les principaux motifs de consultations: pathologie digestive, infectieuse, musculo-squelettique, psychiatrique, néphrologique et urologique, endocrinienne, cardiologique et vasculaire, neurologique, pulmonaire, dermatologique, traumatologique, liée à la grossesse, ophtalmologique et ORL, tumorale et hématologique, autres (cotation CIM10)
- Les traitements prescrits, et les traitements délivrés par la PASS
- Le nombre d'orientation totale
- La note globale moyenne sur 10 de l'appréciation de leur état général: de 0 à 5/10, et de 5 à 10/10.

Les vaccinations et le dépistage des IST ne seront pas étudiés, cette tâche s'étant vu allouée au CeGGID.

1.8 Analyse statistique

La population étudiée a été analysée de manière descriptive. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type, sous réserve d'une distribution normale de la variable. L'analyse statistique a été faite par l'intermédiaire du logiciel R⁽³¹⁾.

Les moyennes ont été comparées par le test de Fisher exact. Le seuil de p inférieur à 0,05 est nécessaire pour présenter une valeur comme statistiquement significative. Nous n'avons pas relevé les intervalles de confiance.

Seuls les résultats significatifs ont été intégrés aux tableaux ci-après.

2. RÉSULTATS

2.1 Description générale de la population

Parmi les 1108 patients qui ont participé à l'étude du BEH dans 30 PASS, 518 patients ont été exclus ainsi qu'une PASS.

La participation des PASS était de 8%.

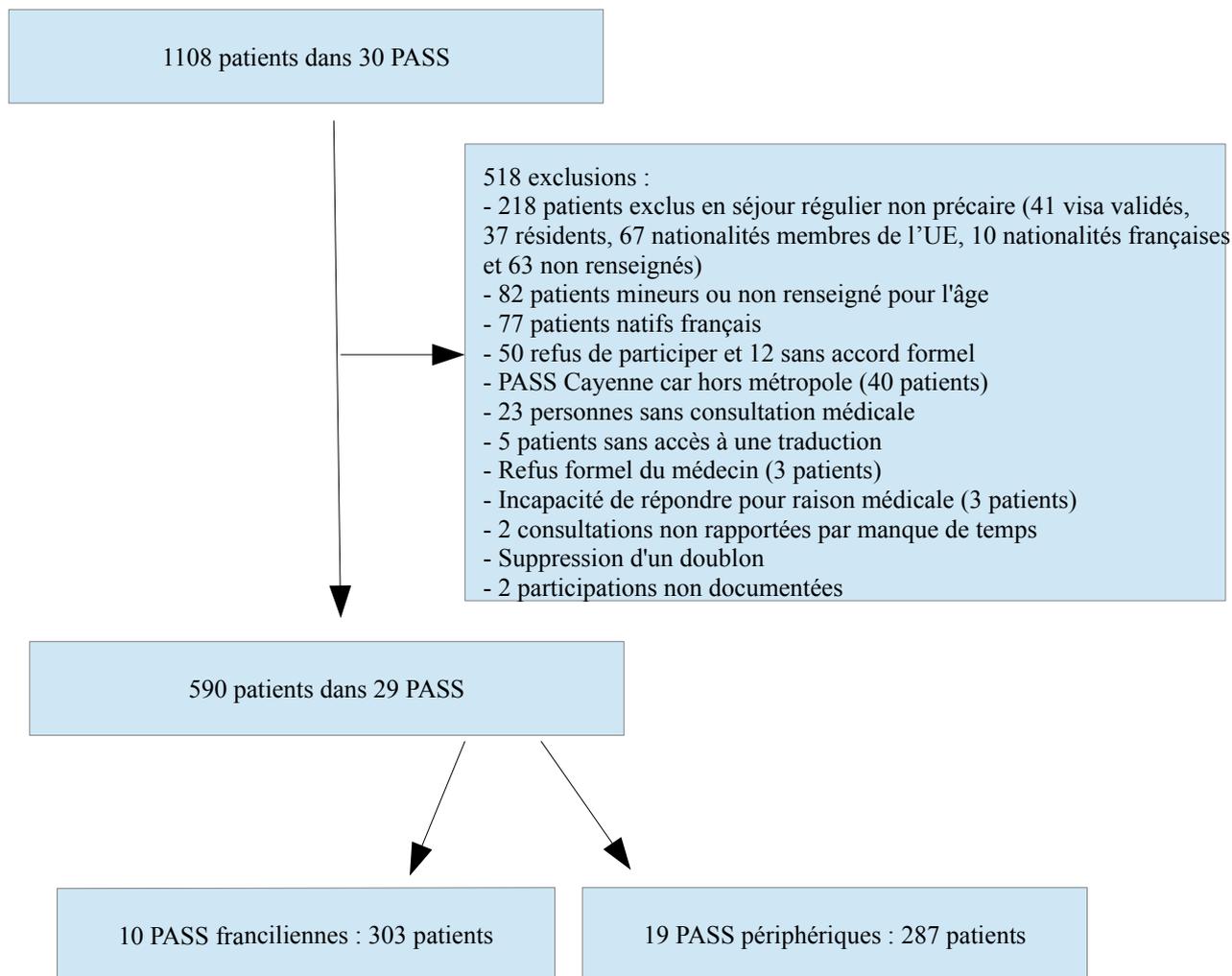


Figure n°6: Diagramme de flux

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

2.2 Comparaison des migrants en fonction des PASS franciliennes et périphériques

2.2.1 File active de migrants en séjour précaire

	PASS FRANCILIENNES	PASS PERIPHERIQUES	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
File active de migrants consultants avec modalité de séjour renseignée	N=369	N=377	
Nombres de migrants en séjour précaire	N=287	N=303	
Pourcentage de migrants en séjour précaire dans la file active	287 (78%)	303 (80%)	

Tableau n°1: Pourcentage de migrants en séjour précaire dans la file active
Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Les 10 PASS franciliennes avaient accueilli presque autant de patients que les 19 PASS périphériques respectivement 287 et 303 patients.

La file active totale de migrants des permanences comprenait 78% de migrants en séjour précaire dans les PASS franciliennes et 80% dans les PASS périphériques, sans différence significative.

2.2.2 Le profil migratoire

2.2.2.1 Titre et durée de séjour

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Titre de séjour	N=287	N=303	
Sans droit	161 (56%)	116 (38%)	P=1,72.10-5
Récépissé demandeur d'asile	102 (35%)	145 (48%)	P=0,002663
Autorisation provisoire de séjour	19 (7%)	24 (8%)	
Récépissé autre	5 (2%)	18 (6%)	P=0,01
Durée de séjour (%)	N=286	N=296	
Moins de 3 mois	66 (23%)	118 (40%)	P=2,911.10-5
De 3 mois à 1 an	106 (37%)	101 (34%)	
De 1 à 5 ans	66 (23%)	51 (17%)	
Plus de 5 ans	48 (17%)	26 (9%)	P=0,004

Tableau n°2: Distribution des titres de séjour précaire et de la durée de séjour
Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

La majorité des séjours précaires était composée par l'absence de droit au séjour et les demandes d'asile à hauteur de 92% (soit 263 patients) dans les PASS franciliennes et 86% (soit 261 patients) dans les PASS périphériques. Les autorisations provisoires de séjour représentaient moins de 8% de la population précaire.

En Île-de-France, plus de la moitié, soit 56%, des migrants étaient en séjour irrégulier, contre 38% en périphérie ($p<0,05$).

En périphérie, près de 50% des migrants étaient des demandeurs d'asile contre 35% en Île-de-France ($p<0,05$).

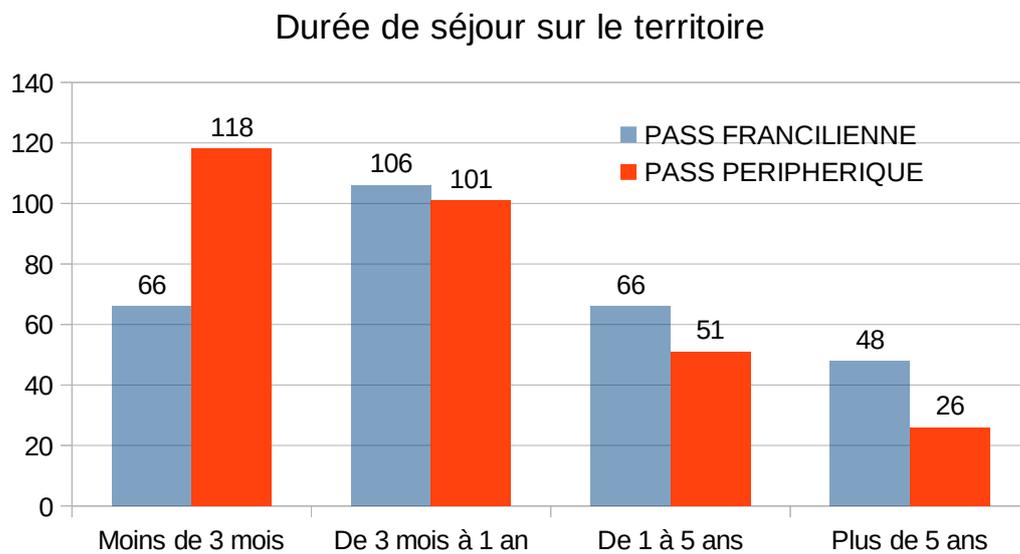


Figure n°7: Distribution des durées de séjour des migrants sur le territoire
Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Dans les PASS périphériques, 118 consultants étaient sur le territoire depuis moins de trois mois soit 40% de la file active contre 66 consultants dans les PASS franciliennes, soit 23% de sa file active ($p<0,05$).

En Île-de-France, les migrants en situation précaire depuis plus de cinq ans sur le territoire français étaient plus représentés ($p<0,05$) mais peu nombreux.

2.2.3 Le profil épidémiologique

2.2.3.1 Age, sexe, Statut marital

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Age médian (année)	N=287 35,77 [18,13-78,68]	N=303 37,28 [18,79-79,83]	
Sexe	N=286	N=302	
Homme	202 (71%)	173 (57%)	
Femme	84 (29%)	129 (43%)	P=0,001
Statut marital	N=281	N=301	
célibat	146 (52%)	126 (42%)	P=0,02581
couple	46 (16%)	107 (35%)	P=1,105.10-5
seul car conjoint au pays	62 (22%)	38 (13%)	P=0,004
divorcé	15 (6%)	20 (7%)	
veuvage	12 (4%)	10 (3%)	

Tableau n°3: Distribution de l'âge, du sexe et du statut marital

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Age: L'âge médian des migrants était de 36,54ans dans une tranche comprise entre 18,13 et 79,83ans sans différence significative en fonction des territoires.

Sexe: Le ratio homme/femme est de 2,4/1 (soit 202/84 au total) dans la file active des PASS d'Île-de-France et de 1,34/1 (soit 173/129 au total) en périphérie (p<0,05).

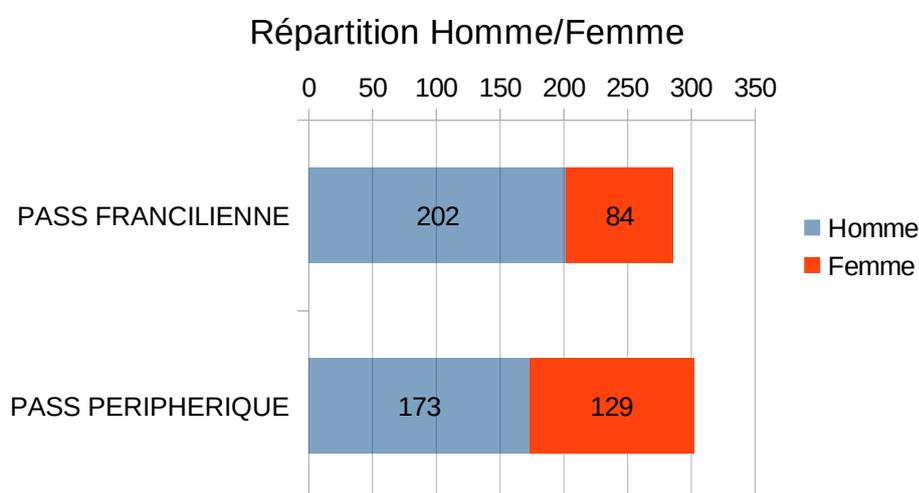


Figure n°8: Distribution Homme/Femme

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Statut marital: Dans les PASS franciliennes, nous mettons en évidence que 52% des migrants étaient célibataires versus 42% des migrants en périphérie ($p < 0,05$).

Avec de petits effectifs, le nombre de patients seuls avec un conjoint au pays était plus élevé en Île-de-France ($p < 0,05$).

En périphérie, nous retrouvons 2,86 fois plus de patients en couples ($p < 0,05$).

2.2.3.2 Nationalité

Nationalité	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative P<0,05
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	
	N=285	N=300	
Afrique subsaharienne (29 pays)	188 (66%)	134 (45%)	P=2,65.10-7
Maghreb (3 pays)	29 (10%)	37 (12%)	
Europe (17 pays)	16 (6%)	101 (34%)	P=1,51.10-18
Europe hors UE (10 pays)	9 (3,5%)	88 (30%)	
Europe UE (7 pays)	7 (2,5%)	13 (4%)	
Asie (13 pays)	48 (17%)	26 (8%)	P=0,004
Amérique/ Caraïbes (5 pays)	4 (1%)	2 (1%)	

Tableau n°4: Distribution de la nationalité

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Au total, ce sont 67 nationalités qui étaient représentées.

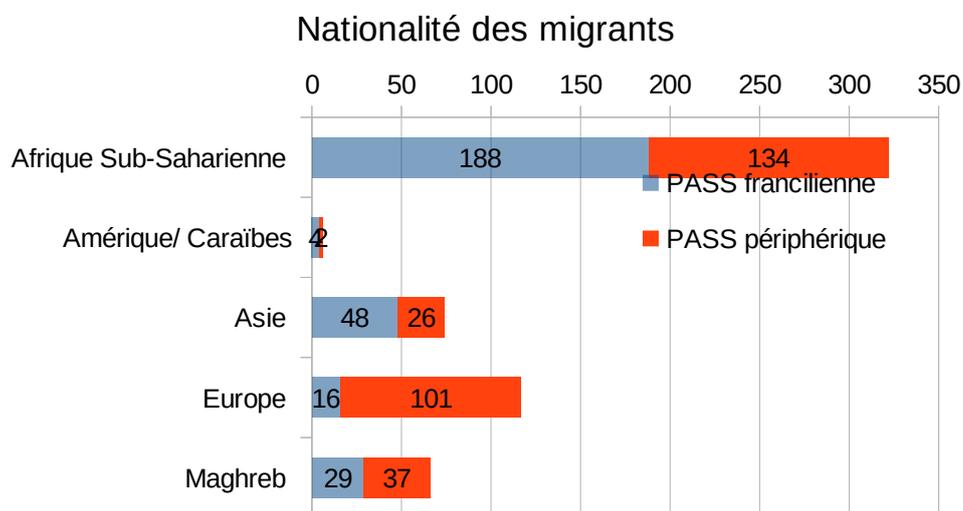


Figure n°9: Distribution de la nationalité

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

La figure n°9 montre que la majorité des migrants étaient originaires d'Afrique subsaharienne dans l'ensemble des PASS.

En Île-de-France, 66% des migrants provenaient d'Afrique subsaharienne contre 45% en périphérie ($p<0,05$) et les asiatiques y étaient plus représentés avec un petit effectif ($p<0,05$).

Dans les PASS périphériques, il y avait 8,47 fois plus de migrants d'origine européenne qu'en Île-de-France ($p<0,05$). Parmi la population européenne, 13 citoyens de pays tiers sur 101 migrants européens étaient recensés en périphérie (soit 13% des européens) et 7 sur 16 en Île-de-France (soit 44% des européens), ils appartenaient à la catégorie «absence de titre de séjour».

TOP3 des nationalités	PASS franciliennes	
N°1	Côte d'Ivoire	43 (15%)
N°2	Guinée	27 (9%)
N°3	RD du Congo	
	Afghanistan	19 (7%)
TOP3 des nationalités	PASS périphériques	
N°1	Albanie	39 (13%)
N°2	Guinée	30 (10%)
N°3	Algerie	24 (8%)

Tableau n°5: Top 3 des nationalités par territoire
Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

2.2.3.3 Traduction nécessaire

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Traduction nécessaire (%)	N=283	N=295	
	75 (27%)	121 (41%)	P=0,0006
Moyen de traduction si nécessaire	N=41	N=89	
Famille, ami-e, connaissance,	23 (56%)	38 (43%)	
Personnel med ou paramédical	13 (32%)	9 (10%)	
Logiciel/internet	0	6 (7%)	
Interprétariat professionnel	5 (12%)	32 (36%)	
Aucun	0	4 (4%)	

Tableau n°6: Distribution de la nécessité de traduction lors des consultations
Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Dans les PASS périphériques, 41% des patients ont bénéficié d'une traduction versus 27% en Île-de-France ($p<0,05$).

Le taux de recours à un interprétariat professionnel était de 36% dans les PASS périphériques et de 12% dans les PASS franciliennes. La comparaison selon le mode d'interprétariat n'a pas été réalisée.

2.2.4 Le profil social

2.2.4.1 Conditions de logement

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Condition de logement	N=284	N=297	
Hebergement chez un proche, partagé à plusieurs	131 (46%)	115 (39%)	
Squat, sans domicile fixe	58 (20%)	74 (25%)	
Centre d'hebergement, foyer social, Hôtel payé	36 (13%)	49 (17%)	
Logement personnel	21 (7%)	22 (7%)	
Centre Hospitalier	38 (14%)	37 (12%)	

Tableau n°7: Distribution des conditions de logement

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Les conditions de logement étaient comparables dans tous les territoires. Les patients vivants en squat ou sans domicile fixe représentaient respectivement dans les permanences franciliennes et périphériques 20 et 25% des modes d'hébergement. Près de 7% d'entre eux avaient un logement personnel.

2.2.4.2 Source de revenus et situation d'emploi

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Source de revenus	N=264	N=281	
Aucun revenu	129 (49%)	166 (59%)	
Non connues	68 (26%)	36 (13%)	
Salaire	22 (8%)	18 (6%)	
Cafda, ADA, OFII, ATA	33 (12%)	48 (17%)	
RSA chômage, retraite, AAH/invalidité	2 (1%)	6 (2%)	
Aide associative ou famille	9 (3%)	4 (2%)	
Economie personnelle	1 (1%)	1 (1%)	
Situation d'emploi	N=182	N=101	
En emploi	54 (30%)	17 (17%)	P=0,0262
déclaré	11 (22%)	8 (47%)	
non déclaré	43 (78%)	9 (53%)	
Sans emploi	118 (65%)	75 (74%)	
Retraité	3 (1,5%)	3 (3%)	
Etudiant	7 (3,5%)	6 (6%)	
Emploi non autorisé	N=113	N=189	
	100 (89%)	176 (95%)	

Tableau n°8: Distribution des situations d'emploi et des sources de revenu

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

En Île-de-France, les migrants consultant n'avaient aucun revenu pour 49% d'entre eux et 59% en périphérie et respectivement 13% et 19% d'entre eux avaient perçus des aides de l'état.

En Île-de-France, il y avait significativement plus de migrants employés. Les migrants consultant des PASS d'Île-de-France déclaraient avoir un emploi à hauteur de 30%, dont 78% n'avaient pas été déclarés tandis que 17% des migrants des PASS périphériques étaient employés dont 53% non déclarés.

Les migrants franciliens n'étaient pas autorisés à travailler dans 89% des cas contre 95% en périphérie.

2.2.4.3 Couverture sociale

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Couverture sociale	N=285	N=299	
Pas de couverture	145 (51%)	104 (35%)	P=8,59.10-5
Demande en cours	47 (16%)	123 (41%)	P=6,80.10-11
AME	42 (15%)	17 (6%)	P=0,0003
PUMA	38 (13%)	52 (17%)	
Couverture classique	13 (5%)	3 (1%)	P=0,01
Couverture sociale si plus de 3 mois sur le territoire	N=78	N=122	
Demande en cours ou AME/PUMA	52 (67%)	61 (50%)	

Tableau n°9: Distribution de la couverture sociale des migrants

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Environ trois quart des patients ne possédaient pas de couverture, ou leur demande était toujours en cours.

Un tiers des patients bénéficiaient d'une couverture sociale (AME, PUMA, couverture classique) dans l'ensemble des PASS.

Dans les PASS franciliennes, nous retrouvons une part plus importante de patients bénéficiant d'une couverture classique, ou d'une AME (l'AME concerne les migrants en séjour irrégulier) que dans les PASS périphériques ($p<0,05$).

En Île-de-France, 145 patients n'avaient pas de droit ouvert à la sécurité sociale lors de leur consultation, soit plus de 50% de la file active, et 104 patients en périphérie soit 35% de la file active ($p<0,05$).

En périphérie, la demande de couverture sociale était en cours pour plus de 2 patients sur 5 et pour moins de 1 patient sur 5 en région francilienne ($p<0,05$).

Parmi les migrants en séjour irrégulier depuis plus de trois mois sur le territoire, 67% des franciliens possédaient une couverture sociale ou une demande en cours versus 50% des patients périphériques.

2.2.5 Le profil sanitaire

2.2.5.1 Renoncement aux soins et refus de soins

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Renoncement aux soins	N=258	N=273	
	63 (24%)	116 (42%)	P=0,00001
Refus de soins	N=244	N=235	
	20 (8%)	28 (12%)	

Tableau n°10: Distribution du renoncement et refus de soins

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

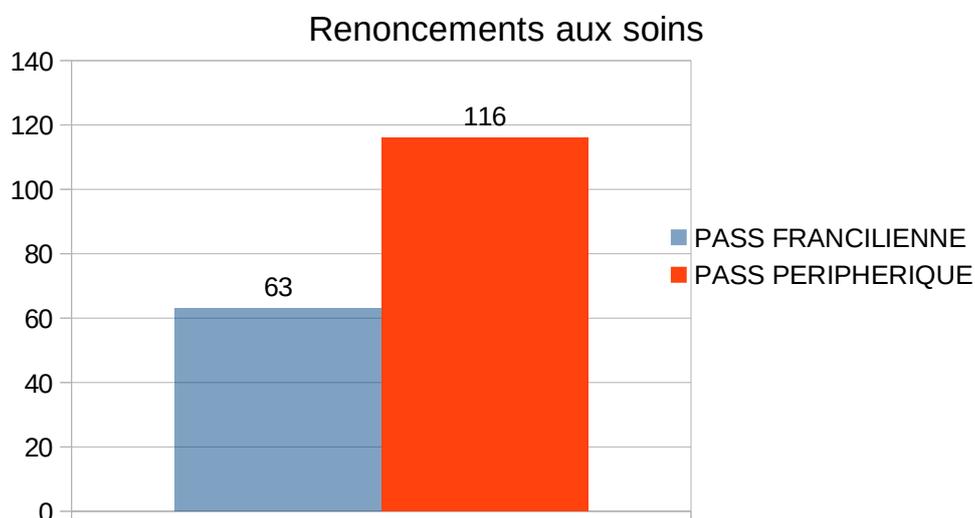


Figure n°10: Distribution du renoncement aux soins

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Dans les PASS périphériques, plus de 116 patients, soit 42% des migrants consultant en séjour précaire, déclaraient avoir renoncé aux soins contre 63 patients dans les PASS franciliennes, soit 24% ($p<0,05$).

Une personne sur dix s'est vu refuser des soins sans différence entre les territoires comparés.

2.2.5.2 Principaux motifs de consultation

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Principaux motifs de consultation	N= 650	N=670	
Pathologie Digestive	109 (17%)	84 (13%)	
Maladie Infectieuse	104 (16%)	79 (12%)	
Pathologie Musculo Squelettiques	96 (15%)	71 (11%)	
Pathologie Psychiatrique	22 (3%)	61 (9%)	
Pathologie Néphrologique Et Urologique	33 (5%)	29 (4%)	
Pathologie Endocrinienne	29 (5%)	44 (7%)	
Pathologie Vasculaire Et Cardiologique	41 (6%)	50 (7%)	
Pathologie Neurologique	11 (2%)	13 (2%)	
Pathologie Pulmonaire	47 (7%)	45 (7%)	
Pathologie Dermatologique	30 (5%)	33 (5%)	
Traumatologie	35 (5%)	15 (2%)	
Grossesse	13 (2%)	46 (7%)	
Pathologie Ophtalmologique et ORL	11 (2%)	28 (4%)	
Pathologie Tumorale et hemato	9 (1,4%)	15 (1,8%)	
Autres Symptomes, Pathologies	60 (9%)	57 (8%)	

Tableau n°11: Distribution des motifs de consultations

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Les principaux motifs de consultation étaient représentés par les pathologies digestives, infectieuses et musculo-squelettiques cumulant plus de 30% des symptômes totaux. Le pourcentage de pathologie liée à la grossesse s'élevait à 7% dans les PASS périphériques contre 2% dans les PASS franciliennes.

2.2.5.3 Traitements prescrits et délivrance par la PASS

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Traitement prescrit	N= 270	N=294	
	213 (79%)	217 (74%)	
Traitement délivré par la PASS	N=213	N=217	
	156 (73%)	180 (83%)	
Autres prescriptions	N=276	N=287	
	178 (64%)	161 (56%)	

Tableau n°12: Distribution des traitements prescrits et des délivrances par les PASS

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

En Île-de-France et en périphérie, 79% et 74% des patients ont respectivement reçu un traitement, dont 73% et 83% ont été délivrés par les PASS, sans différence significative selon les territoires.

2.2.5.4 Orientations

	PASS FRANCILIENNE	PASS PERIPHERIQUE	Différence significative
	N (%) ou médiane	N (%) ou médiane	P<0,05
Orientations (patient)	N= 282	N=289	
	218 (77%)	227 (79%)	
Orientations (par spécialité)	N=280	N=280	
PASS	150 (54%)	149 (53,%)	
Spécialiste	83 (30%)	67 (24%)	
Médecin généraliste	15 (5%)	36 (13%)	
Psychiatre	7 (2,5%)	12 (4%)	
Urgence	4 (1%)	5 (2%)	
Hôpital	7 (2,5%)	1 (0,5%)	
Dentiste	14 (5%)	10 (3,5%)	

Tableau n°13: Distribution des orientations - suivis des migrants

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

Ce sont 77% des patients franciliens et 79% des patients périphériques qui ont bénéficié d'une orientation vers un spécialiste ou vers un suivi au sein des PASS. Un suivi PASS a été recommandé pour 54% et 53% des migrants franciliens et périphériques respectivement. Aucune différence n'a été retrouvée selon le territoire de consultation.

2.2.5.5 Etat globale (Note sur 10)

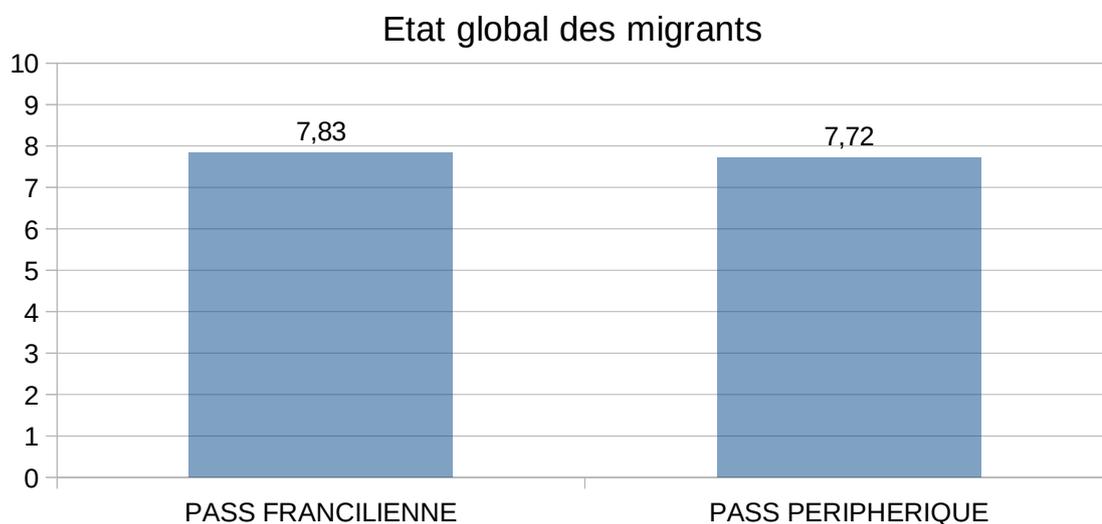


Figure n°11: Distribution des notes d'état général des patients

Etude comparative de 590 patients consultant dans les PASS franciliennes et périphériques

La moyenne globale de l'état général des migrants approchait les 8/10 sans différence significative selon les zones géographique.

3. DISCUSSION

3.1 Forces de l'étude

Sujet d'actualité: La santé des migrants est un sujet d'actualité au centre des préoccupations politiques et sanitaires suite à la «crise migratoire» de 2015. La nécessité de définir les populations et de confirmer l'effectivité de l'augmentation des migrants consultant dans les PASS, s'est faite ressentir.

Cette thèse s'appuie donc sur les données d'un article commandé par le BEH en 2016 au collectif national des PASS. Leur intention était de mettre en lumière le travail effectué par les PASS en décrivant les migrants consultant et leur santé car auparavant aucune étude sur les PASS et les migrants de cette ampleur n'existait.

Le manque d'étude rend difficile l'interprétation des résultats, mais souligne d'autant plus son intérêt. Nous pourrions tout de même nous appuyer sur le rapport de l'observatoire de Médecin du Monde 2016 pour comparer nos résultats, il se rapproche au plus près du public accueilli par les PASS. Cependant leur file active accueillent toutes les personnes vulnérables françaises et étrangères quelque soit leur titre de séjour. Il faudra en tenir compte lors de notre interprétation.

Etude nationale: Il s'agit d'une étude réalisée à l'échelle nationale et composée de 29 villes réparties sur l'ensemble du territoire français.

Représentativité des PASS: Le recrutement des migrants de l'étude est bien représentatif de la répartition des PASS. Les permanences des quatre plus grandes villes sont bien représentées dans cette étude (Lyon, Marseille, Toulouse et Bordeaux), tandis que les PASS des territoires ruraux de l'étude sont en minorité tout comme leur nombre à l'échelle nationale.

Effectifs des PASS comparables: Les effectifs reçus dans les PASS franciliennes et périphériques sont quasi similaires permettant une comparaison et une interprétation des résultats.

3.2 Limites de l'étude

Participation des PASS: Le recrutement des PASS a été établi sur la base du volontariat et nous ne pouvons malheureusement que déplorer l'absence de certaines grandes PASS comme Lille et Calais. Un des démantèlements de la jungle de Calais effectué pendant la période de recrutement de l'étude pourrait expliquer cette absence. Selon le BEH, certaines PASS comme Nantes, Saint Etienne et Besançon n'ont pas pu participer à l'étude par manque de personnel ou de consultation médicale pendant la période de l'étude.

Calcul du taux de participation des PASS: Le taux de participation des PASS n'a pu être calculé précisément faute de recensement récent et précis. Selon les chiffres du ministère de la Santé, le nombre des PASS a été estimé aux alentours de 430. Parmi elles, seules 30 ont participé ce qui représente 8%. Le questionnaire de quatre pages permet de comprendre en partie le faible taux de participation des PASS car le travail de remplissage est très chronophage.

Cela nous a permis de recueillir au total 590 patients (la population nécessaire pour permettre une comparaison significative était de 253 patients).

Cependant les PASS participantes à l'étude correspondaient à celles des plus grandes villes françaises, nous pouvons donc espérer avoir recruté le plus grand nombre possible de migrants.

Représentativité de la file active des migrants consultant pour un motif médical: La file active de migrants des PASS n'est pas représentative de la population migrante car tous les migrants nécessitant des soins ne consultent pas forcément dans les PASS. D'une part les migrants sont également accueillis par d'autres organismes ou associations (COMEDE, CASO...), d'autre part des barrières telles que la langue ou la complexité administrative favorisent les renoncements aux soins.

D'ailleurs plus de 40% des patients déclarent avoir renoncé aux soins au moins une fois dans les PASS franciliennes.

Calcul du pourcentage de migrants consultant par rapport à la population migrante totale: Le pourcentage total de migrants consultant par rapport au nombre de migrants précaires à l'échelle nationale n'a pu être calculé compte tenu du recensement ardu des

migrants en séjour irrégulier. L'INSEE propose de les recenser en comptabilisant le nombre de demandes d'AME chez les migrants mais tous les primo arrivants ou migrants en séjour irrégulier ne réalisent pas ces démarches.

En revanche, nous connaissons le recensement annuel des demandeurs d'asile mais pour les raisons sus-citées nous ne pouvons pas calculer le pourcentage de demandeurs d'asile consultant.

3.3 Résultats

3.3.1 File active de migrants en séjour précaire

Le nombre de patients reçus dans les PASS franciliennes (287) est quasi équivalent au nombre de patients reçus dans les PASS périphériques (303) permettant de réaliser notre comparaison.

La file active des migrants consultant entre le 10 et le 20 octobre 2016 est précaire au regard du séjour à hauteur de 80%, quelque soit le territoire, réaffirmant le nécessaire travail des PASS auprès de ce public.

Il aurait été intéressant d'avoir accès à l'ensemble de la file active (étrangers et français) de patients consultant afin de connaître le pourcentage de migrants consultant par rapport à la population française.

Dans la PASS de Pau, les migrants représentent 74% de la file active en 2016⁽¹⁹⁾. Dans le rapport de MdM, les étrangers en situation administrative précaire représentent 86% de la file active⁽⁶⁾.

3.3.2 Le profil migratoire

3.3.2.1 Titre de séjour

En Île-de-France, plus de la moitié des patients sont en séjour irrégulier tandis qu'en périphérie ce sont les demandeurs d'asile qui représentent la moitié de la file active.

Concernant les migrants en séjour irrégulier, dans les CASO de MdM, ils représentent 66% environ de leur file active⁽⁶⁾, ce qui est en accord avec les valeurs retrouvées en Île-De-France. Concernant les demandeurs d'asile, selon le CIMADE, ils sont installés majoritairement en région Île-de-France (42.6% dont près de 12 % en Seine St Denis et 8% à Paris) en Auvergne-Rhône Alpes (10%), dans le Grand Est (9%), en Occitanie et en Provence (4.8%)⁽³⁰⁾.

Ainsi pourquoi plus de demandeurs d'asile consultent en périphérie ?

Nous pouvons émettre 2 hypothèses pour justifier ces différences.

La première concernant le pourcentage des demandeurs d'asile des PASS périphériques. S'agissant essentiellement de familles, nous pouvons supposer que les parents profitent des consultations de leurs enfants pour consulter eux-même. Cette tendance est à nuancer car nous ne connaissons pas le nombre de mineurs consultant.

La deuxième concernant le pourcentage de migrants en séjour irrégulier dans les PASS franciliennes, le nombre réel de migrants en situation irrégulière n'est pas connu, mais nous pouvons présumer qu'ils sont très nombreux faisant augmenter les consultants dans les PASS d'Île-de-France. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que leur état de santé est plus dégradé à cause de la précarité liée à l'absence de titre de séjour et aux conditions de vie dans la zone urbaine parisienne, ce qui les poussent consulter.

3.3.2.2 Durée de séjour

Presque 40% des migrants consultant sont présents depuis moins de trois mois sur le territoire. Ce qui est légèrement plus que la moyenne de Médecin du Monde où les migrants récents représentent 34% de la file active totale de migrants⁽⁶⁾.

Les migrants présents depuis moins de trois mois sur le territoire sont davantage répartis dans les PASS périphériques.

L'arrivée terrestre des migrants par les frontières pourrait l'expliquer.

Ils se dirigeraient ensuite vers l'Île-de-France probablement à la recherche d'emploi justifiant les durées de séjour plus longues dans la région francilienne.

La différence significative du nombre de migrants depuis plus de cinq ans en France en faveur des migrants franciliens est difficilement interprétable devant le faible effectif de cette population.

3.3.3 Le profil épidémiologique

3.3.3.1 Age

Les migrants sont jeunes avec une moyenne d'âge autour de 36ans, et en bonne santé. Ce sont les pré-requis nécessaires pour survivre aux conditions extrêmes du parcours migratoire et arriver en Europe: le healthy migrant effect.

L'âge est plus élevé que dans le rapport de MdM 2016⁽⁶⁾ où il est de 33,3ans, mais la moyenne de MdM prend en compte les mineurs, ce qui réduit l'âge moyen.

3.3.3.2 Sexe

Le ratio homme/femme dans les PASS périphériques (1,34/1) est similaire à celui des consultants des CASO.

En revanche les hommes sont plus nombreux dans les PASS franciliennes et les femmes sont en minorité.

La minorité de femmes recensées en Île-de-France peut se justifier par le développement de centres d'hébergement dédiées aux femmes isolées, aux couples ou aux familles qui disposent d'un pôle santé avec des médecins généralistes comme à Ivry sur Seine. Ces femmes ne consultent donc pas dans les PASS.

On peut aussi l'expliquer par la proportion de familles plus importante en périphérie, d'où le nombre de femmes plus élevé.

3.3.3.3 Statut marital

Il y a plus de célibataires dans les PASS franciliennes et plus de couples en périphérie. On peut présumer que les hommes célibataires sont principalement représentés en Île-de-France pour se rapprocher des instances liées à l'immigration et des emplois comme nous le verrons plus tard, et que les familles privilégient la périphérie pour sa sécurité.

La présence d'hommes célibataires est plus importante en Île-de-France. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces derniers y restent le temps de régulariser leur situation mais surtout le temps de travailler et d'économiser pour envoyer de l'argent à leur famille et les faire venir en France une fois installés.

Nous n'avons pas inclus le nombre d'enfants dans l'étude parce qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux populations. De plus il n'est pas précisé si les enfants

déclarés sont restés dans leurs pays d'origine ou s'ils sont en France avec leurs parents.

3.3.3.4 Nationalité

Les 67 nationalités retrouvées lors du recrutement national de 10 jours mettent en avant la grande diversité d'origine des patients. Dans les CASO 150 nationalités différentes sont recensées en 2016⁽⁶⁾.

Origine subsaharienne: La nationalité continentale subsaharienne est majoritairement représentée dans l'ensemble des PASS. Cela s'explique par la proximité de l'Afrique avec l'Europe. L'Afrique est le siège de divers conflits et de catastrophes climatiques (sécheresse..) faisant migrer sa population vers les anciens pays colonisateurs et les pays avec lesquels ils ont des liens privilégiés. Ces liens leur permettent de s'intégrer plus facilement dans le pays d'accueil par ce qu'ils sont souvent francophones ou anglophones.

Nous retrouvons tout de même qu'il y a 1,42 fois plus de migrants sub-sahariens en Île-de-France, ce sont majoritairement des jeunes hommes. A nouveau, leur présence peut s'expliquer par la nécessité de travailler et de gagner de l'argent pour l'envoyer au pays.

Origine européenne hors UE: Les migrants européens sont plus nombreux dans les PASS périphériques (28% d'européens contre 11% dans les PASS franciliennes), les Albanais y sont le plus représentés.

Nous n'avons pas retrouvé de causes plausibles pouvant traduire cette répartition.

Nous pouvons seulement analyser la prédominance des albanais sur le territoire français.

En effet, en 2016, l'accroissement des demandes d'asile des albanais est fulgurante. Ils arrivent en tête des demandes (12 000⁽³⁰⁾), toutes origines confondues.

Selon Nathalie Clayer, spécialiste de l'Albanie à l'EHESS (École des Hautes Etudes en Sciences Sociales), "*Les Albanais fuient la pauvreté et le chômage*". En effet le salaire moyen serait inférieur à 350 euros par mois avec un taux de chômage des jeunes dépassant les 33% en 2017, selon la Banque Mondiale.⁽³²⁾

Nous pouvons penser que les Albanais fuient en famille ce qui explique leur répartition en périphérie. Leur pays étant considéré comme sûr, leurs demandes d'asile sont régulièrement refusées. Cependant, les motifs invoqués par les Albanais eux-mêmes portent généralement sur des menaces de vendetta, de violences conjugales ou de discriminations sexuelles ou ethniques.

Origine européenne au sein de l'UE: Nous constatons un nombre de citoyens de pays tiers non négligeable dans cette étude (environ 4% des nationalités consultant), alors même qu'ils n'ont pas besoin de titre de séjour pour pouvoir séjourner en France, c'est la libre circulation. Cependant, ils étaient inscrits dans le questionnaire de l'étude comme ne possédant pas de titre de séjour (en séjour irrégulier).

Ces données sont difficilement interprétables par ce que nous ne savons pas s'il s'agit d'une erreur de l'examineur (méconnaissance des pays de l'espace Schengen) ou de citoyens ayant demandé un titre de séjour qui a été refusé.

Dans le quotidien des PASS, ils représentent une catégorie de population très précaires et vulnérables. Les nationalités les plus concernées dans l'étude sont les bulgares, les lituaniennes, les polonaises, les tchèques et les roumaines. Ils ont des difficultés à trouver du travail, à se loger et la reconnaissance de leurs droits sociaux est très longue. A la PASS de Pau, ce sont eux qui ont le temps de suivi le plus long (le nombre moyen de consultations médicales pour les citoyens européens est de 4 par personne, alors, que pour toutes populations confondues, il est de 2,2).

Origine asiatique: Il y a peu de migrants asiatiques consultant dans les PASS. Cela est probablement dû à la distance qui les sépare de la France.

Il semble y avoir plus d'asiatiques en Île-de-France, mais les petits effectifs de cette population ne nous permettent pas de l'affirmer. Si nous devons malgré tout avancer une hypothèse, nous l'expliquerions par le fait que les asiatiques sont souvent en mesure d'obligation de quitter le territoire français donc en séjour irrégulier. Ceci est en accord avec le nombre de migrants en séjour irrégulier plus important en Île-de-France.

Dans les PASS franciliennes, les Ivoiriens sont les plus représentés (15%) puis les guinéens (9%) et les congolais et afghans (7%).

Dans les PASS périphériques, les albanais (13%), les guinéens (10%) et les algériens (8%) sont majoritaires.

Ces nationalités font partis des 20 premières nationalités des demandeurs d'asile (Figure n°12).

20 premières nationalités de demandes d'asile

source RA OFPRA 2017

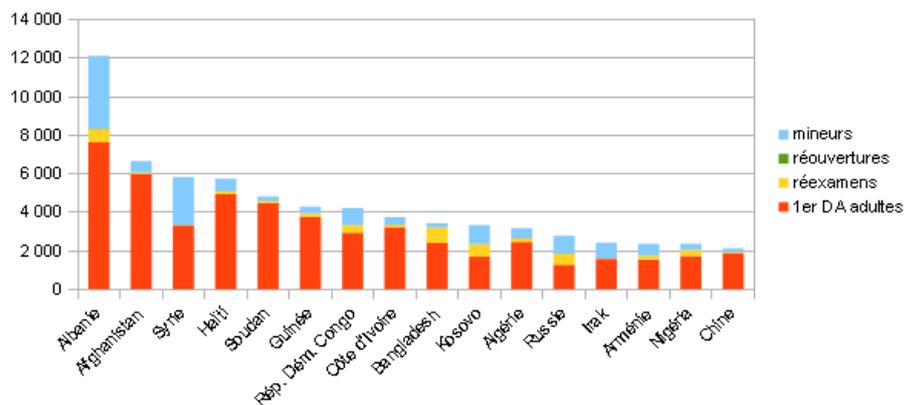


Figure n°12: 20 premières nationalités des demandeurs d'asile selon l'OFPRA en 2016⁽³⁰⁾

3.3.4 Le profil social

3.3.4.1 Conditions de logement

Sans que les résultats soient significatifs, ils semblent y avoir des différences concernant les conditions de logement des migrants consultant dans les PASS.

Hébergement chez un proche: Il semble qu'il y ait plus de migrants hébergés chez un proche en Île-de-France et plus de patients vivant dans des squats en périphérie.

En région francilienne, le pourcentage d'étrangers en séjour régulier ou ayant acquis la nationalité française est plus élevé qu'en périphérie. Nous pouvons donc suggérer que ces derniers accueillent leur connaissance ou leur famille.

En périphérie à l'opposé, le manque d'entourage et l'isolement favorise l'hébergement en squat des migrants.

Hébergement en squat, sans domicile fixe: La population vit en squat ou sans domicile fixe dans presque 25% des cas soulignant le manque d'adéquation entre hébergements proposés et l'afflux massif de migrants. Les consultants de MdM en 2016⁽⁶⁾ sont 31% à vivre en bidonville, en squat ou dans la rue.

Logement personnel: Ainsi seulement 7% des patients bénéficient d'un logement personnel. Ce pourcentage s'élève à 8% dans le rapport de MdM 2016. Nous le mettons en lien, bien évidemment, aux différents facteurs de précarité (séjours irréguliers, logements, revenus, non autorisation de travail...).

3.3.4.2 Situation d'emploi, source de revenus

Emploi: Presque 90% des patients ne sont pas autorisés à travailler.

Le nombre de migrants employés est plus important dans les PASS franciliennes à hauteur de 30% contre 17% dans les PASS périphériques

On retrouve aussi beaucoup plus d'emplois non déclarés dans les PASS franciliennes (79% des emplois).

Il s'agit d'un argument supplémentaire appuyant que les hommes seuls soient plus nombreux en Île-de-France pour le travail notamment non déclarés, leurs titres de séjour précaires ne leur permettant pas de travailler légalement.

Etudiants: En 2017, la France accueille 343400 étudiants selon Campus France. Mais en réalité nous présumons que très peu d'étudiants sont en situation irrégulière. D'ailleurs dans notre étude, seulement 13 étudiants ont consulté. Ce faible chiffre s'explique également par leur jeune âge et à priori leur bonne santé, et probablement par un milieu social plus aisé.

3.3.4.3 Couverture sociale

Près de trois quart des patients n'ont pas de couverture sociale ou leur demande est en cours et près d'un tiers n'ont aucune couverture sur l'ensemble du territoire.

Population non couverte ou demande en cours: L'importance du nombre de patients sans couverture sociale provient de deux causes principales. La première est la relégation au second plan de leur santé pour prioriser leurs besoins primaires (alimentations, logements..), ainsi ils consultent moins que leurs besoins sanitaires ne le voudraient. La seconde est la méconnaissance des dispositifs pouvant les faire accéder au droit commun.

Cela met en exergue la mission des PASS. Elles permettent aux migrants d'accéder aux soins en l'absence de droit ouvert et d'accéder aux droits communs en réalisant les demandes nécessaires pour accéder à une couverture sociale.

Il apparaît qu'il y a davantage de demande en cours en périphérie. Nous pouvons l'expliquer en partie par le nombre de primo-arrivants plus significatif dans ce territoire.

Population couverte: La population couverte étant peu nombreuse, la significativité des résultats en faveur d'un nombre plus élevé de migrants couverts en Île-de-France peut difficilement être interprétée, mais le nombre d'AME plus notable peut tout de même être mis en rapport avec le nombre plus important de séjours irréguliers dans cette région.

On entrevoit une plus grande part de migrants bénéficiant de la PUMA dans les PASS en périphérie soit par ce qu'il y a plus de patients sous PUMA dans cette région (en rapport avec le nombre de demandeurs d'asile), soit parce que plus de patients PUMA franciliens peuvent avoir accès un praticien de médecine générale en libéral ou dans un autre centre de soins.

Parmi les migrants en séjour irrégulier depuis plus de trois mois sur le territoire, 67% des franciliens possédaient une couverture sociale ou une demande en cours versus 50% des

patients périphériques. C'est beaucoup plus que les 15% de migrants reçus dans les CASO⁽⁶⁾ en situation similaire. Il est probable que les migrants en séjour irrégulier faisant appel à des soins médicaux en centre hospitalier, nécessitent des soins plus urgents diminuant le renoncement aux soins.

3.3.5 Le renoncement aux soins et le repérage

Le profil migratoire et socio-épidémiologique des patients montre que les facteurs de vulnérabilité des migrants sont multiples. Ils peuvent être isolés, non francophones, vivre dans des hébergements de fortune, sans revenu, sans couverture sociale, avoir subi des violences dans leur pays, dans leur parcours migratoire, et également comme nous le verrons ci dessous, avoir des maladies chroniques ou aiguës liées à leur mode de vie, encourir ou faire encourir des risques sanitaires.

Avant d'effectuer une prise en charge souvent complexe et pluridisciplinaire des migrants, il faut réussir à les «recruter». Il est donc nécessaire d'aller à leur rencontre pour les informer sur leurs droits, afin de limiter les nombreux renoncements aux soins.

Les taux de renoncements aux soins sont plus impressionnants dans les PASS périphériques (42%).

Accéder aux patients migrants représentent une réelle difficulté tant pour les PASS que pour les ONG.

En périphérie, les structures de soins hospitalières sont en règle générale éloignées des centres villes, rendant leur accès difficile faute de transport, ce qui favorisent le renoncement.

Les primo-arrivants, plus nombreux en périphérie, ont peur de se faire arrêter et méconnaissent leur droit et le parcours de soin, ce qui éclairent une autre source de renoncement.

Le repérage des migrants sur leur lieu de vie est donc primordial afin de leur faire parvenir des informations quant à leurs droits et l'accès aux soins. Les maraudes représentent un excellent moyen pour aller à la rencontre des populations précaires migrantes.

Dans les CASO en 2016⁽⁶⁾ seulement 12% des étrangers reçus déclarent renoncer aux soins, tout en considérant que ce pourcentage regroupe aussi les migrants en séjour régulier et les français précaires.

La volonté de rendre l'accès au PASS efficient, montre toute la pertinence de la démarche qualité proposée par la DHOS pour évaluer les PASS⁽¹²⁾. Il faut repérer les migrants et rendre plus visible les PASS afin de limiter ces renoncements. Une bonne solution serait de tisser des liens avec les différentes associations les prenant en charge dans le but d'assouvir leurs besoins primaires (les épiceries sociales, restos du coeur..).

3.3.6 La traduction et l'accueil

La diversité des origines se traduit par la nécessité de recours à un interprète pour plus d'un patient sur quatre dans notre étude. Nous n'avons pas pu calculer l'effectivité de la mise en place d'une traduction. Cependant le rapport de Médecin du Monde objective que pour trois quart des patients nécessitant un interprète la traduction a bien pu être assurée, mais le plus souvent par une personne accompagnante (44%).

L'accueil des migrants nécessite pourtant des conditions favorables pour que la constitution des dossiers et que la prise en charge des personnes soient optimales. L'interprétariat professionnel (ISM) est un outil pertinent qui s'adapte aux flux migratoires en adaptant sa gamme de traduction. Il permet de surcroît la conservation du secret médical.

Pour exemple, à la PASS du CH de Pau, afin de faciliter l'interprétariat, il existe un annuaire des professionnels de l'établissement parlant des langues étrangères. Les migrants hébergés dans les CADA sont souvent accompagnés d'un interprète, au moins lors de la première consultation (ce n'est pas le cas pour les hébergés des PRAHDA).

Cependant, il n'y a pas d'interprète physique faute de budget hospitalier dédié et l'utilisation de l'ISM est ponctuelle (service payant). Il est surtout utilisé pour les langues comme le Dari, le Pashto et le Tigrina.

Dans ce travail, la nécessité de traduction est significativement plus importante dans les PASS périphériques, 41% versus 26,5% dans les PASS franciliennes ($p < 0,05$).

Le nombre des migrants depuis moins de trois mois en France est également plus considérable dans la population consultant des PASS, en périphérie. Nous supposons donc que les migrants arrivés récemment et allophones n'ont pas eu le temps d'apprendre la langue française à cause d'une durée de pratique trop courte.

La comparaison selon le mode d'interprétariat n'a pas été réalisée car les réponses étaient libres et trop dispersées entraînant un biais méthodologique.

Cependant, l'interprétariat professionnel par téléphone semble être plus utilisé en périphérie.

3.3.7 Le profil sanitaire

3.3.7.1 Refus de soins

Environ 10% des migrants consultant déclarent avoir subi un refus de soins de la part d'un spécialiste. Dans les données réceptionnées pour cette étude, les motifs de refus ne figuraient pas. Les items étant déjà considérables dans cette thèse, je ne les ai pas récupérés. Loin d'être anodine, ce sont ces valeurs qui ont poussé au décret du 21 juillet 2016 issu de la loi de modernisation de notre santé. Il charge chaque conseil départemental des ordres des professionnels de santé d'évaluer les pratiques de refus de soins et de proposer des solutions pour y mettre fin.

3.3.7.2 Principaux motifs de consultation

Pathologies digestives, infectieuses et musculo-squelettique: Les principaux motifs de consultations sont par ordre décroissant les pathologies digestives, infectieuses et musculo-squelettiques. Ces résultats sont similaires à ceux des CASO⁽⁶⁾. La prédominance des pathologies infectieuses et des IST dans la population migrante est un réel problème de santé publique et souligne l'intérêt de réaliser des dépistages systématiques et précoces (VIH, Hépatite B -C, syphilis).

Pathologies psychiatriques: Nous remarquons cependant que les pathologies psychiatriques sont sous-représentées dans les PASS franciliennes⁽⁶⁾. Le réseau de PASS psychiatriques est plus élaboré en Île-de-France (avec plus de 12 équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)⁽¹⁴⁾ en Île-de-France contre 4 à 8 par département à taux de précarité élevé) laissant conjecturer que les patients psychiatriques n'ont pas consulté les PASS «somatiques», entraînant un biais de recrutement.

Pathologie liée à la grossesse: Le pourcentage de pathologie liée à la grossesse est plus élevé dans les PASS périphériques ce qui est en accord avec le nombre de famille plus important.

Pathologies tumorales: Nous caractérisons également que les migrants consultent plus souvent dans les PASS pour des pathologies cancéreuses que dans les CASO de MdM⁽⁶⁾. En effet, entre 1,4 et 1,8% des motifs de consultations des PASS sont représentés par les pathologies tumorales et hématologiques et 1% dans les CASO.

Nous avons la volonté de l'exposer dans cette thèse malgré les petits effectifs, car il n'est pas rare que des migrants viennent en France pour bénéficier de soins souvent en fin de vie ou à des stades de cancer très avancés. Ainsi grâce à une demande d'asile effectuée rapidement ils peuvent bénéficier de la PUMA même s'ils savent que la demande ne sera jamais acceptée. Ils pourront donc être hospitalisés et accompagnés pour essayer d'avoir une fin de vie qui soit digne.

La différence trouvée entre le nombre de consultants des PASS et celui de MdM pour le motif oncologique s'explique donc par le fait que Médecin du Monde accueille des patients afin de leur faire bénéficier de consultation de médecine générale. Ainsi dès que la prise en charge nécessite des investigations plus poussées ou un suivi spécifique, les patients sont dirigés vers les PASS où ils pourront bénéficier d'un plateau technique et auront accès aux spécialistes.

3.3.7.3 Orientation des patients

Plus de 70% des patients bénéficieront d'une nouvelle consultation, soit à la PASS pour des raisons médicales ou sociales (plus de 50% des patients réorientés) soit vers un spécialiste (30%).

Ces résultats démontrent que les besoins des migrants sont variés. Ils nécessitent autant des soins primaires que spécialisés, qu'une prise en charge psycho-sociale.

3.3.7.4 Traitements prescrits et délivrance

Des traitements sont prescrits dans la plupart des consultations des PASS. Cependant, plus de traitements sont délivrés par les PASS périphériques, nous pourrions corréliser cette différence au nombre plus faible de patients bénéficiant d'une couverture sociale en périphérie.

Cela appuie encore davantage la légitimité des PASS et de leur travail puisqu'elles permettent aux migrants d'accéder aux traitements les plus fréquemment rencontrés sans avance de frais.

Le gouvernement à travers l'OFII propose une consultation médicale obligatoire pour tous les primo-arrivants⁽³³⁾ sur le territoire dans l'intention d'y séjourner pour plus de trois mois dans un délai de quatre mois après leur arrivée.

CONCLUSION

Dans cette étude comparative des populations consultant au sein des PASS franciliennes et périphériques, nous relevons des similitudes mais aussi des différences dans le profil socio-démographique des migrants en séjour précaire.

Les primo arrivants, les demandeurs d'asile et les migrants en séjour irrégulier sont jeunes et en bonne santé provenant majoritairement d'Afrique Subsaharienne. La plupart d'entre eux sont sur le territoire depuis moins d'un an, et ne peuvent pas travailler sur le sol français.

Dans les PASS franciliennes, les hommes seuls, en séjour irrégulier sont plus nombreux et ont plus d'emplois non déclarés.

Dans les PASS périphériques, il existe au contraire plus de primo-arrivants et de demandeurs d'asile, d'origine européenne, présents depuis moins de trois mois sur le territoire. Le besoin de traduction est statistiquement bien plus élevé avec un renoncement aux soins également plus fréquent.

Ce travail pointe les multiples facteurs de vulnérabilité des migrants précaires ainsi que leurs besoins en soins primaires, spécialisés et de soutien psycho-social. Les renoncements aux soins sont cependant trop importants. Aller à leur rencontre devient alors une évidence et une nécessité pour les informer de leurs droits et pour les accueillir dans une structure à la fois facile d'accès et offrant une prise en charge pluridisciplinaire.

Le travail des PASS est adapté aux besoins variés des migrants en fédérant plusieurs pôles de compétence en leur centre (social, administratif, sanitaire et parfois juridique). Mais leur emplacement souvent périphérique peut en limiter l'accès et favoriser le renoncement aux soins. Un travail sur la traduction semble également nécessaire mais peut se limiter par une dotation hospitalière insuffisante.

Au vu des disparités territoriales dans les caractéristiques des migrants, une évaluation constante des PASS paraît indispensable pour que soit homogénéisé leur accès au droit commun sur le territoire en documentant la file active et leur prise en charge.

Il faut donc poursuivre l'accompagnement du travail des PASS au travers de la démarche qualité proposée par la DHOS. Cependant, cette démarche devrait être affinée au cas par cas

en fonction des caractéristiques locales des migrants et des PASS pour améliorer la prise en charge.

L'importance et la difficulté du travail des personnels médicaux et para médicaux des PASS et des acteurs sociaux doit être mis en avant. Ils doivent sans cesse faire évoluer leur pratique en fonction des conflits politiques et perturbations climatiques, en fonction des nouvelles lois et dispositifs sur la migration et l'asile qui ne cessent de se multiplier au niveau national, européen et international. Ils doivent également développer leurs réseaux via de nouveaux partenariats.

Grâce à leur investissement personnel et professionnel, nous pouvons espérer que la rudesse des conditions de vie des personnes étrangères est améliorée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. 05092017. BEH19-20:396-405.
2. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi - Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. [cité 18 juin 2019]; Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000014/index.shtml>
3. Maurier C. Description de la population diabétique en situation de précarité consultant à la PASS du CHU de Toulouse : évaluation des complications du diabète.
4. Khan S. Prise en charge des patients migrants atteints de cancer en situation de précarité: Etude qualitative réalisée à la PASS Verlaine de l'hôpital Saint-Louis à Paris [Internet]. [cité 18 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=khan+sylvie+these&oq=khan+sylvie+these&aqs=chrome..69i57.4783j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
5. Francllet A. Enquête de satisfaction auprès des usagers de la PASS de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2017.
6. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2016. Médecin du Monde; 2016 p7 p25 p 27 p36 p40 p41 p63.
7. Rapport d'observation et d'activité 2017: La santé des exilés. COMEDE;
8. Prise en charge médico-psycho-sociale - Migrants/étrangers en situation précaire. 2005;p12.

9. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
10. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
11. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
12. Podeur A. Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS Recommandations et indicateurs. 2008 mai.
13. 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) [Internet]. Sect. Ministère des affaires sociales et de la santé juin 18, 2013. [cité 18 juin 2019] Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37144>
14. DGOS. Précarité : accès aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 18 juin 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>
15. Carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire - Article L712-3-2. Code de la santé publique juin 22, 2000.
16. Rapport d'activité 2016. Samu social de Paris; 2017 nov.
17. Brutel C. La localisation géographique des immigrés Une forte concentration dans l'aire urbaine de Paris. avr 2016;(1591).
18. Précaires : annuaire des PASS et outils d'accompagnement [Internet]. [cité 18 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/precaires-annuaire-des-pass-et-outils-daccompagnement>

19. Pouyanne I. Bilan d'activité 2016 de la PASS du CH PAU centré sur les migrants et évolutions des pratiques à envisager. DIU santé des migrants; 2017 avr; Université Bordeaux Segalen faculté de médecine.
20. Département des Affaires économiques et sociales (DAES). International Migration Report, Division de la population. United Nations;
21. McAuliffe M (OIM), Ruhs M (Université d'Oxford). État de la migration dans le monde 2018. Organisation Internationale des Migrants; p31.
22. Crambezy L, Lassailly-Jacob V. Les migrations forcées. Association Française pour le Développement de la Géographie. 2005. p35-41. (Géographes associés).
23. Statistiques sur la migration et la population migrante. [cité 18 juin 2019] Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/fr#Population_migrante:_pr.C3.A8s_de_22.C2.A0millions_de_ressortissants_de_pays_tiers_vivent_dans_l.E2.80.99Union
24. Rapport d'activité de l'OFII 2015 - Les chiffres [Internet]. Office Français de l'Immigration et de l'Intégration; 2016 juillet . [cité 18 juin 2019] Disponible sur: http://www.ofii.fr/IMG/pdf/4_-_OFII_RA_2015_Les_chiffres.pdf
25. Règlement (UE) no 604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013. L180:31-59.
26. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel de la République Française. 10 févr 1987;
27. Etat des lieux national des campements illicites, grands squats et bidonvilles. Ministère du logement et de l'habitat durable; 2016 nov. (dihal Pôle « campements illicites et résorption des bidonvilles »). Report No.: 8ème édition.

28. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. | Legifrance [Internet]. [cité 18 juin 2019] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158>
29. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. Code de santé publique. [cité 18 juin 2019] Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1k-dQpG8mUyKLGv22GcOO4wnZMwOiHtGH/view?usp=sharing_eil&ts=5d1bdfd0&usp=embed_facebook
30. La CIMADE. Cartographie de la demande d'asile en 2016 [Internet]. La Cimade. 2017 [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/cartographie-de-la-demande-dasile-en-2016/>
31. R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018. Disponible sur: <https://www.R-project.org/>
32. Gouëset C. Pourquoi les Albanais quittent leur pays en masse et cherchent asile en France. L'Express [Internet]. 8 janv 2018 [cité 14 juill 2019]; Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/monde/europe/pourquoi-les-albanais-quittent-leur-pays-en-masse-et-cherchent-asile-en-france_1974304.html
33. Instruction no DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

ANNEXE

Annexe 1:

L'ACCÈS AUX SOINS	L'ACCÈS AUX DROITS	INFOS PRATIQUES
 <p>Logement précaire, recherche d'emploi, isolement social... Des difficultés peuvent avoir des répercussions sur votre état de santé physique et psychologique.</p> <p>Le dispositif de Permanence d'Accès aux Soins de Santé vous propose un accompagnement médical par une équipe soignante spécialisée qui vous accueillera et qui fera un point sur votre santé. Ils vous dispenseront, si besoin, les soins immédiats les plus appropriés et vous permettront d'accéder aux traitements.</p>	<p>Vous rencontrez des difficultés pour faire valoir vos droits à l'accès aux soins ?</p> <p>Le dispositif PASS vous propose les services d'un assistant social qui vous accompagnera dans toutes les démarches administratives liées à votre santé (reconnaissance CMU, CMU C, AME). Il pourra vous orienter vers les services et associations adaptés à vos besoins, la PASS travaillant en étroite collaboration avec les différents services médicaux et sociaux de l'agglomération paloise.</p> 	 <p>Quelle que soit votre situation au regard de votre inscription auprès de l'Assurance Maladie, de votre couverture par une mutuelle ou de vos ressources, l'équipe de la PASS se tient à votre disposition.</p> <p>Permanence : du lundi au vendredi, 9h - 17h. Consultations médicales : - lundi de 9h à 12h et de 14h à 17h - jeudi et vendredi de 9h à 12h</p> <p>La PASS du Centre Hospitalier de Pau s'inscrit dans une démarche territoriale (Communauté Hospitalière de Territoire). Des Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont également proposées : au Centre Hospitalier d'Oloron : 05 59 88 30 28 au Centre Hospitalier d'Orthez : 05 59 69 70 22</p>
<p>www.ch-pau.fr</p>		<p>Centre Hospitalier de PAU Région Occitanie Région Nouvelle-Aquitaine</p> <p>Ref CH de Pau : 785 240</p>

Annexe 2:

NOTICE D'INFORMATION PATIENT MAJEUR

Etude PASS-BEH

Madame, Monsieur,

Nous sommes actuellement en train de réaliser une étude dont l'objectif est de décrire le parcours des patients qui consultent dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et ainsi d'améliorer à terme leur prise en charge dans ces structures.

Afin de répondre aux objectifs de cette étude, nous vous vous proposons à l'occasion de votre passage à la PASS durant la semaine du 10 au 14 octobre 2016, de répondre à un questionnaire qui portera sur votre parcours, vos problèmes de santé, vos conditions de vie etc.

Cette étude se déroulera en même temps dans les PASS de plusieurs villes en France.

Un questionnaire permettant de décrire votre parcours et votre état de santé va être rempli par le médecin grâce à votre dossier et aux réponses que vous lui donnerez. L'équipe paramédicale (infirmières, aides-soignantes, assistantes sociales) pourra également remplir avec vous une partie du questionnaire.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer.

Le fait de participer à cette étude ne modifiera en rien votre prise en charge médicale et vous êtes tout à fait libre de refuser. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout

moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge médicale ultérieure.

Sur le questionnaire contenant les données recueillies vous concernant ne seront indiqués que vos initiales et un numéro de code. Ces données ne seront utilisées que pour cette recherche. Elles seront anonymisées et saisies dans un fichier informatique pour permettre leur analyse par l'équipe de recherche dans le cadre de cette étude.

Le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente étude sera réalisé en application des articles 54 et suivants de la loi « Informatique et Libertés ».

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Dr Claire GEORGES (PASS de l'hôpital Saint-Louis à Paris Tel : 01 42 49 91 30)

Fait à.....le.....

Annexe 3:

CRF QUESTIONNAIRE étude collectif PASS septembre 2016

Abréviations utilisées: NR= non renseigné - L'équipe PASS n'a pas l'information

NSP = Le patient ne sait pas

NVPR = Le patient ne veut pas répondre

Date de Consultation	_ _ / _ _ / _ _	
Nom de la PASS	(texte libre)	
Nom du Médecin	(texte libre)	
N° patient	Centre _ _ _ _ Patient _ _ _ _	N° patient consécutif
Date de Naissance	Mois _ _ Année _ _	
Sexe	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	
Langue parlée par le patient	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) : (texte libre)	
Nécessité de traduction	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si Oui, par qui ? (texte libre)	
Accord du patient obtenu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Absence de participation non liée au refus du patient	Oui <input type="checkbox"/> Raison : (texte libre)	

→ Si refus du patient ou non participation pour un autre motif : ARRÊT DU QUESTIONNAIRE ICI

1^{ÈRE} PARTIE

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nationalité	Française <input type="checkbox"/> Autre : (texte libre)	
Date d'arrivée en France	Mois _ _ Année _ _ _ _ NR <input type="checkbox"/>	Si nationalité autre
Date de départ du pays de résidence	Mois _ _ Année _ _ _ _ NR <input type="checkbox"/>	Si nationalité autre
Parcours migratoire	(texte libre) NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Noms des pays traversés
Niveau maximum d'éducation	Non scolarisé <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>	

ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL

Situation familiale	Célibat <input type="checkbox"/> Seul mais conjoint au pays <input type="checkbox"/> Vie en couple <input type="checkbox"/> Divorce/séparation <input type="checkbox"/> Veuvage <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
Nombre d'enfants	_ _ NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	En France et au pays
Type de logement	Logement personnel <input type="checkbox"/> partagé à plusieurs <input type="checkbox"/> Hébergement chez un proche <input type="checkbox"/> Habitation mobile (caravane, voiture) <input type="checkbox"/> Hôtel (chambre payée) <input type="checkbox"/> Hôtel social <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/> Appartement thérapeutique <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement d'urgence ou hôtel du 115 <input type="checkbox"/> Squat <input type="checkbox"/> Vie dans la rue <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
Entourage	Famille/proches <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	

SÉJOUR EN FRANCE

Titre de séjour	Sans droit au séjour <input type="checkbox"/> Visa en cours de validité <input type="checkbox"/> Autorisation Provisoire de Séjour <input type="checkbox"/> Récépissé de Demande d'Asile <input type="checkbox"/> Récépissé autre <input type="checkbox"/> : (texte libre) Titre de séjour européen <input type="checkbox"/> Carte de résident <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si nationalité autre
Intention de résider en France	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Si nationalité autre

Centre |_|_|_|_| Patient |_|_|_|_|

1

étude Collectif PASS septembre 2016

ACCÈS AUX SOINS

Couverture de base	Sécurité sociale : Standard <input type="checkbox"/> Étudiante <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> PUMA (CMU) <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Demande en cours <input type="checkbox"/> Aucune couverture <input type="checkbox"/> * NSP <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
Couverture complémentaire	Mutuelle ou assurance privée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si Oui, ACS : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> CMUc <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
ALD/100%	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
* Si aucune couverture en France	Prise en charge en PASS <input type="checkbox"/> Carte européenne <input type="checkbox"/> Sécurité sociale dans un autre pays <input type="checkbox"/> Assurance voyage si visa tourisme <input type="checkbox"/>	

SITUATION PROFESSIONNELLE ET REVENUS

Situation professionnelle	Emploi déclaré <input type="checkbox"/> Emploi non déclaré <input type="checkbox"/> Chômeur/sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant, formation non rémunérée <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Personne au foyer <input type="checkbox"/> Inactif autre <input type="checkbox"/> Statut administratif n'autorisant pas le travail <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
Dernier emploi exercé	(texte libre) aucun <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	Actuel ou non
Principale source de revenus du foyer	Salaire/travail <input type="checkbox"/> indemnités de chômage <input type="checkbox"/> RSA, RMI ou API (allocation parent isolé) <input type="checkbox"/> AAH (allocation adulte handicapé) <input type="checkbox"/> Autres allocations (CAF, bourses, etc) <input type="checkbox"/> Retraite, minimum vieillesse <input type="checkbox"/> Ressources non déclarées (« au noir », aide de proches, mendicité, etc) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> : (texte libre) Aucun revenu <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	<u>Une seule réponse possible</u>

ENQUETE ALIMENTAIRE SUR LES 12 DERNIERS MOIS

Réduction des apports alimentaires journaliers pour raison financière	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Si oui : durée = moins de 6 mois <input type="checkbox"/> plus de 6 mois <input type="checkbox"/> recours à l'aide alimentaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/>	
--	---	--

RENONCEMENT AUX SOINS OU REFUS DE SOINS

Renoncement ou difficultés aux soins au cours des 12 derniers mois	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels : (texte libre)	
Situation(s) de refus de soins rencontrée(s)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> NVPR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Circonstances : (texte libre)	Ex : Méconnaissance, difficultés administratives, absence de droit, accessibilité

Annexe 4 :

RÉCÉPISSÉ

Madame LENGLINE Virginie
5 JARDINS DE SAN MICHELE
33700 MÉRIGNAC

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2212247 v 0

du 12 mars 2019

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Nom : Madame LENGLINE	N SIREN ou SIRET :
Virginie	
Service :	Code NAF ou APE :
Adresse : 5 JARDINS DE SAN MICHELE	Tél. : 0666589799
	Fax. :
Code postal : 33700	

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 12 mars 2019
Par délégation de la commission

Marie-Laure DENIS
Présidente

RESUME

Profil socio-épidémiologique et sanitaire des migrants en séjour précaire consultant des PASS françaises en 2016: comparaison des territoires franciliens et périphériques.

Introduction: En 2015, l'Europe subit une crise migratoire. En France, 40% des migrants se répartissent dans la capitale, et 60% dans les grands pôles urbains des régions frontalières. Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), dispositifs hospitaliers, offrent un accueil médico-social aux personnes en situation de précarité dont les migrants en séjour précaire (primo-arrivants, demandeurs d'asile, sans-papiers).

Objectif: Nous recherchons une différence de caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des migrants en séjour précaire entre les PASS franciliennes et périphériques.

Matériels et méthode: Cette étude retrospective multicentrique comparative se base sur l'étude du collectif national des PASS qui s'est déroulée du 10 au 20 octobre 2016. Les migrants en séjour précaire consultant dans les PASS ont été inclus. La comparaison des données a été réalisée selon le test de Fisher.

Résultats: 590 patients ont été inclus, 287 dans 10 PASS franciliennes et 303 dans 19 PASS périphériques. Les sujets sont jeunes, célibataires et sont en France depuis moins d'un an. Ils proviennent d'Afrique Subsaharienne, et vivent à plusieurs. Deux tiers n'ont aucune couverture sociale. Ils consultent pour des pathologies digestives, infectieuses et musculo-squelettiques. Dans les pass franciliennes, le ratio homme/femme est plus important, 2,4/1 (1,3/1 en périphérie). Les travailleurs y sont plus nombreux ainsi que les emplois non déclarés 30% d'emplois dont 78% non déclarés. Dans les PASS périphériques, il y a 1,27 fois plus de migrants présents depuis moins d'un an, 41% des consultations ont nécessité une traduction.

Conclusion: Ces résultats mettent en exergue les multiples facteurs de vulnérabilité des demandeurs d'asile et sans papiers et soulignent le travail nécessaire des PASS. Les différences de caractéristiques des migrants suggèrent une adaptation locale du réseau des PASS avec leurs différents acteurs sociaux pour améliorer l'efficacité des prises en charge.

DISCIPLINE Médecine générale

MOTS-CLES : Migrants, séjour précaire, PASS

UNIVERSITE DE BORDEAUX

146, rue Léo Saignat

33076 Bordeaux

ABSTRACT

Socio-epidemiological and health profile of migrants in precarious stay consultant of the French PASS in 2016: comparison of the Ile-de-France and peripheral territories.

Introduction: In 2015, Europe is facing a migration crisis. In France, 40% of migrants are spread throughout the capital, and 60% in the major urban centres of the border regions. PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), hospital facilities, offer medical and social services to people in precarious situations, including migrants in precarious residence (newcomers, asylum seekers, undocumented migrants).

Objective: We are looking for a difference in the socio-demographic and health characteristics of migrants in precarious residence between Ile-de-France and peripheral PASS.

Materials and method: This comparative multicentre retrospective study is based on the study of the national PASS collective which took place from 10 to 20 October 2016. Migrants in precarious stay consultant in PASS have been included. The comparison of the data was carried out according to the Fisher test.

Results: 590 patients were included, 287 in 10 Ile-de-France PASS and 303 in 19 peripheral PASS. The subjects are young, single and have been in France for less than a year. They come from Sub-Saharan Africa, and live in groups. Two thirds have no social security coverage. They consult for digestive, infectious and musculoskeletal diseases. In Ile-de-France passes, the male/female ratio is higher, 2. 4/1 (1. 3/1 in the outskirts). There are more workers and 30% more undeclared jobs, 78% of them undeclared. In the peripheral PASS, there are 1. 27 times more migrants present for less than a year, 41% of the consultations required a translation.

Conclusion: These results highlight the multiple vulnerabilities of asylum seekers and undocumented migrants and highlight the necessary work of PASS. The differences in migrants' characteristics suggest that the PASS network should be adapted locally with their different social actors to improve the efficiency of care.

DEPARTMENT : family practice, general practice

KEYWORDS : Migrants, precarious stay, PASS

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

