



Prévention et dépistage de maladies infectieuses chez les populations migrantes, mission de la PASS : réflexion éthique sur l'autonomie et le consentement des patients

Sarah Baudu-Picquet

► To cite this version:

Sarah Baudu-Picquet. Prévention et dépistage de maladies infectieuses chez les populations migrantes, mission de la PASS : réflexion éthique sur l'autonomie et le consentement des patients. Santé publique et épidémiologie. 2019. dumas-03115442

HAL Id: dumas-03115442

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03115442>

Submitted on 19 Jan 2021

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
CAEN
NORMANDIE

Université de Caen Normandie
Année Universitaire 2018-2019

Mémoire de Master 1 de Santé Publique – Parcours « Ethique en Santé »



PREVENTION ET DEPISTAGE DE MALADIES INFECTIEUSES CHEZ LES POPULATIONS MIGRANTES, MISSION DE LA PASS :



REFLEXION ETHIQUE SUR L'AUTONOMIE ET LE CONSENTEMENT DES PATIENTS

Mémoire rédigé par Sarah Baudu-Picquet
Sous la tutelle du Docteur Marie-Anne Salaün
Soutenance le 9 septembre 2019 à 10h30

Avertissement :

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier le docteur Marie-Anne Salaun pour m'avoir permis de réaliser ce travail au sein de la PASS de la Miséricorde, pour ses conseils précieux et ses relectures.

Un immense merci également à David Leroy, infirmier depuis de longues années à la PASS, et Charlotte Lanoé, assistante sociale, pour leurs réponses à mes nombreuses questions, leurs explications et pour le partage de leurs expériences.

Je remercie également :

De façon général tout le personnel de la PASS et du CPMI, pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité.

Les différents acteurs partenaires de la PASS et du CLAT, travailleurs sociaux et bénévoles, qui ont accepté de répondre à mes questionnements et de discuter de leurs actions et de leurs engagements, en faisant évoluer régulièrement ma réflexion.

Les professeurs Grégoire Moutel et Guillaume Grandazzi pour les enseignements donnés dans le cadre de ce Master 1.

Les différentes personnes qui ont relus ce travail et qui m'ont accompagné durant la rédaction de ce mémoire.

Je remercie enfin le lecteur, de porter attention et intérêt à ces questionnements comme j'ai pu le faire.

Abréviations utilisées :

AME : Aide Médicale d'Etat

ARSN : Agence Régionale de Santé de Normandie

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asiles

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic du VIH des Hépatites virales B et C et des Infections Sexuellement transmissibles

CLAT : Centre de Lutte AntiTuberculeuse

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMU-c : Couverture Médicale Universelle complémentaire

CPMI : Centre de Prévention des Maladies Infectieuses

FHM : Fondation Hospitalière de la Miséricorde

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier/ière Diplômé/e d'Etat

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

SDF : Sans Domicile Fixe

TROD : Tests Rapide d'Orientation Diagnostic

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

I/ Introduction	4
II/ Mise en contexte	5
A/ La PASS de la Misericorde	5
B/ Situation des populations migrantes de Caen	7
C/ Organisation de la prevention et du depistage pour la tuberculose, le VIH et le VHC	8
1/ Recommandations nationales	8
2/ A la pass de la Misericorde	9
III/ Prévention et autonomie	11
A/ Ethique médicale et autonomie	11
B/ Santé publique et prévention	13
C/ Dilemme éthique entre l'autonomie et la santé publique	14
IV/ Discussion	15
A/ Une approche juridique	15
1/ Une information loyale, claire et appropriée	16
2/ Un consentement éclairé	17
B/ Une approche sociologique	18
1/ Une population en situation de précarité	19
2/ Une barriere linguistique	20
3/ Une barriere culturelle	22
C/ Une approche médicale	23
1/ Une relation de confiance à construire	23
2/ Une autonomie envers et contre tout ?	25
V/ Conclusion	26
Vi/ Bibliographie	27
VII / Annexes	30

I/ INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, l'Europe est une terre d'immigration pour de nombreuses populations recherchant de meilleures conditions de vie. En 2015, suite à la crise du Moyen-Orient, l'immigration a augmenté mais elle est aussi devenue plus visible, mettant en lumière une réelle crise de gestion et d'accueil de ces populations par les Etats Européens. Un des exemples les plus édifiants des enjeux de cette crise est la « Jungle » de Calais. Elle a été démantelée en octobre 2016, entraînant une redistribution de sa population, notamment en Normandie. Ainsi, la ville de Caen s'est vue dotée de CAO et de CADA et a vu sa population de « migrants », au sens large, augmenter. De là part ma réflexion.

Peu importe notre avis sur la façon dont est géré cette crise par les autorités, l'important est ici de nous concentrer sur le soin, sur la santé, et sur notre rôle de soignant qui se doit de soigner chaque être humain, comme nous le rappelle le Serment d'Hippocrate : *« Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. »*¹.

Ces populations migrantes nécessitent une prise en charge médico-sociale particulière, que leur situation soit régulière ou non : il faut en premier lieu qu'elles arrivent à bénéficier de la protection médicale, et qu'elles puissent avoir un accès au soin possible malgré la barrière de la langue. Elles relèvent donc de structures précises, associatives ou hôpitaux publics, par le biais des urgences et des PASS.

Elles sont aussi au cœur des questions de santé publique : elles arrivent de région endémique pour plusieurs maladies infectieuses transmissibles d'homme à homme. Il est donc primordial, pour ces patients mais aussi pour le reste de la population vivant sur le territoire français, qu'elles soient repérées et prises en charge. Le dépistage et la prévention des maladies infectieuses des populations migrantes peut être une des missions des PASS. Lors de ce stage, nous avons pu observer l'action de la PASS de la Fondation Hospitalière de la Miséricorde pour trois maladies : la tuberculose, l'atteinte par le VIH et celle par le VHC, en lien avec le CLAT14 et le CeGIDD du CPMI.

En croisant ces deux problématiques, nous nous rendons compte que le dépistage et la prévention de ces trois maladies infectieuses soulèvent des questionnements quelque peu différents du dépistage et de la prévention qui peut être fait en pratique courante.

Comment s'assurer de la compréhension et de l'acceptation de l'acte de dépistage malgré la barrière de la langue ? Peut-on garantir l'autonomie des patients qui sont en grande situation

de précarité sociale ? Comment donner confiance dans le soin institutionnel et ainsi assurer la mission de santé publique de dépistage pour des personnes en situation irrégulière ?

Au final, **la prévention et le dépistage des maladies infectieuses chez les populations migrantes sont des missions importantes des PASS, autant d'un point de vue de la santé individuelle que de la santé publique. Nous pouvons nous demander si ces missions se déroulent dans le respect de l'autonomie et du consentement de ces patients spécifiques.**

Nous verrons dans un premier temps le contexte dans lequel ce travail a été effectué, avec une présentation de la PASS de la Miséricorde, des populations migrantes de Caen qui y consultent et des programmes de dépistage qui y sont proposés. Ensuite, nous discuteront de la notion de consentement et d'autonomie dans le soin, et pour finir nous étudierons différentes approches, juridique, sociale et médicale, pour tenter d'apporter des réponses à cette question.

II/ MISE EN CONTEXTE

A/ LA PASS DE LA MISERICORDE

Les PASS ont été créés par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 ². Elles ont pour objectif de permettre un accès au soin et au système de santé aux personnes en situation de précarité, qui pour de nombreuses raisons ne sont pas ou ne peuvent pas être prises en charge par le système de soin de droit commun. Les PASS remplissent des missions de santé publique financé par les ARS, ici l'ARSN. Nous allons décrire le fonctionnement de la PASS de la Fondation Hospitalière de la Miséricorde pour illustrer au mieux leurs rôles.

La PASS de la Miséricorde est une des deux PASS de Caen, avec celle du CHU. Une équipe pluridisciplinaire y travaille, afin d'assurer un accueil et un suivi médico-social des patients : deux infirmiers, une assistante sociale, un médecin coordinateur mais également un dentiste et des médecins bénévoles qui interviennent respectivement 1 demi-journée et 2 demi-journées par semaine. Des permanences sont organisées toutes les matinées de la semaine, dans les locaux de la PASS, rue Gémare, les personnes y sont accueillies sans rendez-vous. Quel que soit la demande, un premier entretien infirmier est toujours organisé pour ouvrir le dossier et cerner la demande. Ensuite, un rendez-vous médical ou dentaire peut être fixé, ainsi qu'un autre avec l'assistante sociale pour ouvrir d'éventuels droits à la sécurité sociale.

Quasiment systématiquement, pour tout nouveau patient, des dépistages du VIH et du VHC via les TROD et de la tuberculose maladie via une radio pulmonaire sont proposés.

La porte d'entrée de la PASS est toujours poussée pour une raison médicale, qui ne peut être résolu dans le droit commun pour le patient. Le profil type du patient de la PASS est défini ainsi : « *C'est un patient en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder :*

- *en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;*
- *pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins. »* ³.

Les patients de la PASS de la Miséricorde sont en très grande majorité des migrants, ainsi que des SDF.

C'est donc avant tout un lieu de soin, où tout à la fois est possible : acte infirmier, prescription et délivrance de médicaments, consultation de médecine générale, suivi de pathologies chroniques, Mais c'est surtout un lieu où le soin est vecteur de lien social et permet une prise en charge de patients isolés socialement, en effet, le but est de rattacher in fine les patients qui le peuvent au droit commun, grâce à l'ouverture de droits à la sécurité sociale, à une mutuelle, à la prise de rendez-vous en médecine de ville ou chez des spécialistes. La majorité des patients ne sont donc que de passage à la PASS. Il demeure néanmoins des patients qui ne peuvent être pris en charge dans le système de soin classique, ce sont notamment le cas des personnes en situation irrégulière qui ne peuvent avoir de sécurité sociale facilement, ou des patients qui ne peuvent échanger avec un médecin (ni le français ni l'anglais n'est parlé), et qui restent patients de la PASS sur de plus long terme.

De par le public qu'elle accueille, la PASS travaille en partenariat avec la multitude d'acteurs sociaux actifs sur le Calvados, et plus particulièrement sur Caen : médecin du monde, le trait d'union, le collectif d'aide aux migrants de Ouistreham, la croix rouge, les centres d'accueil et d'hébergement, le centre de soin de la Boussole, ... En effet, le travail de suivi et de prise en charge des patients s'effectue en réseau. Par exemple, les travailleurs sociaux des différents centres d'accueil, ou les bénévoles de certaines structures, sont ainsi amenés à accompagner certains patients directement à la PASS, puis à servir d'intermédiaire entre le soignant et le patient (sauf pendant la consultation, où le patient est seul avec le soignant). Ils accompagnent aussi les patients dans le suivi de leurs rendez-vous, en leurs rappelant par exemple.

B/ SITUATION DES POPULATIONS MIGRANTES DE CAEN

Nous utilisons usuellement le terme de « migrant » pour définir une population de personnes au statut varié. Pourtant, en fonction de leurs statuts, les problématiques sont différentes. Le terme « migrant » renvoie à toute « *personne ayant vécu à l'étranger et résident désormais en France* »⁴. Ces personnes sont en migration, avec l'objectif de s'installer en France, ou simplement en transit. Pour beaucoup, le choix de l'exil n'en est pas vraiment un, et le retour au pays peu envisageable. C'est une perte des attaches, doublée d'un véritable périple, dangereux et traumatisant pour arriver dans une Europe sans aucun repère. Lorsque l'on sait la définition que l'OMS donne de la Santé qui « *est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »⁵, il devient évident que la situation de migration que vivent ces personnes ne leur confère pas une bonne santé. Leur donner un accès aux soins et à la santé est une priorité, et une évidence.

Parmi les patients bénéficiaires de la PASS, nous avons deux populations différentes : les demandeurs d'asiles et les sans-papiers. De par leurs situations régulières ou non, les problématiques de prises en charge ne sont pas les mêmes.

Les demandeurs d'asiles sont donc présents de façon régulière sur le territoire français. Ils ont déposé une demande d'asile auprès de la préfecture et ils obtiennent ce statut de demandeur d'asile le temps de l'analyse de leurs situations par l'OFPRA. Ce statut leur permet de bénéficier d'un logement dans des centres d'hébergement, d'une ATA, de la CMU et CMU-c. Ils ont donc une sécurité sociale qui leur est garantie tant qu'ils sont sous ce statut. Ainsi, ce sont des patients qui sont dans un circuit de prise en charge, ils sont aussi encadrés par les travailleurs sociaux dans les centres d'accueils et qui ont plutôt confiance dans les institutions qui sont là pour les aider. Nous savons où les trouver, qui contacter s'ils ne sont pas joignables et ils acceptent facilement de donner leurs identités et leurs contacts pour le suivi médical. Si leur demande auprès de l'OFPRA est acceptée, ils obtiennent le statut de réfugié. Ils ont toujours le droit à la CMU mais aussi désormais le droit au RSA et le droit de travailler. L'insertion dans la société devient alors possible, et ils sont orientés vers le droit commun pour la santé et relève moins de la PASS. Lorsque la demande est rejetée, ils sont déboutés du droit d'asile et se retrouvent en situation irrégulière, ils deviennent des sans-papiers. Néanmoins, la CMU est maintenue pendant 1 an à dater de la date de rejet de la demande d'asile.

Les sans-papiers, en revanche, sont présents illégalement sur le territoire. Ils le sont pour beaucoup de situations différentes. Ceux que nous voyons le plus à la PASS sont des déboutés de droit d'asile ou des migrants ne souhaitant pas demander l'asile en France, avec souvent l'objectif de passer en Angleterre via le port de Ouistreham. Concernant leurs protections

maladies, ils peuvent bénéficier de l'AME, mais, depuis 2004, pour cela ils doivent prouver leurs présences sur le territoire français depuis 3 mois. Dans les faits, très peu en bénéficient car rassembler des papiers pour prouver leurs 3 mois de présence leur est quasiment impossible ⁶. Ces patients-là sont plus difficiles à prendre en charge, puisqu'ils n'ont pas forcément d'hébergement et sont très mobiles. Ils sont également beaucoup plus réticents à donner leurs identités ou un moyen de les contacter, puisqu'ils sont dans la crainte constante d'être arrêtés et renvoyés dans leurs pays. Leurs suivis par la PASS est donc plus laborieux et nombreux sont perdus de vue.

C/ ORGANISATION DE LA PREVENTION ET DU DEPISTAGE POUR LA TUBERCULOSE, LE VIH ET LE VHC

1/ RECOMMANDATIONS NATIONALES

Pour la tuberculose, les recommandations nationales de dépistage sont issues du Programme national de lutte contre la tuberculose. Elles préconisent un dépistage actif systématique de la tuberculose-maladie par radio pulmonaire pour les migrants arrivés sur le territoire depuis moins de 2 ans, considéré comme une population à risque. Ce dépistage par radio pulmonaire est aussi proposé aux migrants dans le cadre d'une enquête autour d'un cas de tuberculose. Le dépistage systématique de l'infection tuberculeuse latente n'est, lui, proposé qu'aux enfants de moins de 15 ans venant de zones de fortes incidences ou dans le cadre d'une enquête autour d'un cas. Il est effectué par une intradermoréaction à la tuberculine ou par la détection d'interféron-gamma ⁷. Toutes ces actions sont menées en lien avec les CLAT qui existent dans chaque département et qui ont pour mission la lutte antituberculeuse.

Pour le VIH, les recommandations se basent sur le rapport 2017 de la HAS ⁸. Le dépistage de l'infection par le VIH est recommandé une fois par an pour les personnes originaires des pays à forte prévalence. Il peut être réalisé via un test Elisa, un test de confirmation ou un TROD ⁹. Les TROD de l'infection par le VIH sont particulièrement recommandés pour les personnes les plus exposées, notamment les personnes originaires d'une zone de forte prévalence ¹⁰.

Pour le VHC, les recommandations orientent vers un dépistage de l'infection par le VHC par un test Elisa de 3^{ème} génération pour les populations à risque. Mais il est également possible de réaliser des TROD de l'infection par le VHC pour des populations particulièrement éloignées du soin et vulnérables socialement, ce qui est le cas des migrants provenant d'une zone de forte endémie ¹¹.

Il est également conseillé de saisir toutes les opportunités de dépistage combiné des VIH, VHC et VHB 9.

2/ A LA PASS DE LA MISERICORDE

Dès qu'un nouveau patient originaire de zone endémique se présente à la PASS, après l'ouverture du dossier et la réponse à la demande de santé apportée, la première chose qui est faite est de fixer, avec l'accord du patient, un nouveau rendez-vous avec l'IDE pour un triple dépistage : TROD pour le VIH et le VHC et radio pulmonaire pour la tuberculose. Le rendez-vous est donné sur un début d'après-midi. Lorsque le patient arrive, l'IDE l'accompagne au cabinet d'imagerie de la FHM et lui explique ce qui va se passer, et il demande au patient de revenir ensuite dans les locaux de la PASS pour les TROD. J'ai eu l'occasion d'assister à plusieurs de ses dépistages. Avant la réalisation du TROD, l'acte est expliqué en détail, ainsi que les résultats et ce qu'ils signifient. Si le niveau d'anglais ou de français du patient ne permet pas la compréhension des explications de l'IDE, il y a quasiment systématiquement recours aux services de l'ISM-Interprétariat, un service d'interprétariat téléphonique professionnel disponible à la PASS de la Miséricorde.

Ainsi, l'IDE explique au patient qu'il va lui faire une petite piqûre au bout du doigt pour récolter une goutte de sang, cette goutte sera mise en contact avec plusieurs réactifs puis versée sur le papier buvard pour le VIH, ou versée directement sur le papier buvard pour le VHC. Le patient apprend ainsi que pour le TROD de l'infection par le VIH, la lecture du résultat est quasi immédiate, et que le test est considéré négatif si un seul point bleu apparaît. Si deux points bleus apparaissent, le test est positif. Pour le TROD de l'infection par le VHC, la lecture du résultat se fait au bout de quelques minutes, 15 minutes, avec un résultat négatif si présence d'un seul trait rouge, et résultat positif si présence de deux traits rouges. Avant la réalisation des TROD, il est expliqué au patient que si le résultat est positif, il va falloir faire une prise de sang pour le confirmer et voir un médecin pour le diagnostic et les suites à donner. Un médecin est toujours disponible dans les locaux partagés entre la PASS, le CPMI et le CLAT pour pouvoir être présent lors de TROD positifs. L'IDE tente aussi d'expliquer les limites et la faisabilité des tests, ce qui n'est pas toujours évident à faire. En effet, avec la barrière de la langue, toutes les informations ne sont pas toujours faciles à transmettre.

La PASS organise également des dépistages en dehors de ses murs, en partenariat avec le CLAT et le CPMI avec qui elle partage ses locaux. J'ai eu l'occasion de participer à l'un d'eux, un dépistage de tuberculose maladie par radio pulmonaire dans un squat de Caen. Cette action est organisée suite à la découverte de quelques cas groupés de personnes

infectées par la tuberculose ayant séjournés dans ce squat. Nous nous rendons donc sur place avec un camion équipé pour réaliser des radios pulmonaires. C'est un contexte très différent, en effet nous allons cette fois à la rencontre des patients, qui ne viennent pas forcément à la PASS car ils n'ont pas de demandes de santé particulière. L'enjeu tient surtout dans le fait que beaucoup d'habitants des squats sont des personnes en situation irrégulière, qui sont très vigilantes vis-à-vis des institutions et réticentes à donner leurs identités ou leurs contacts par peur des dénonciations. Ce dépistage est organisé sur une journée et demande de la préparation en amont. C'est une action qui est très importante, autant pour la santé individuelle des migrants mais aussi pour la santé publique puisqu'il s'agit d'une maladie infectieuse à transmission aérienne interhumaine, avec ici en l'occurrence déjà des cas découverts. Ce travail ne peut donc s'effectuer qu'avec la participation des partenaires de la PASS, et notamment des travailleurs sociaux qui interviennent dans ce squat. En effet, ils connaissent les personnes qui y logent et ont donc acquis leurs confiances : le message de prévention gagne énormément en impact.

Le premier travail de coordination va être effectué par le CLAT et la PASS (les deux structures ont un médecin coordinateur commun), il faut d'abord trouver une date où tout le monde est disponible. Puis il faut surtout prévenir les autorités sanitaires via l'ARSN, qui contactera la préfecture. En effet, le squat en question doit être démantelé bientôt. Or, nous ne pouvons-nous permettre de réaliser une action de dépistage si les patients potentiellement atteints vont disparaître dans la nature les semaines suivantes. Ensuite, des fiches explicatives sur la tuberculose-maladie et sur les premiers signes cliniques, traduites en 8 langues en plus du français (les langues les plus rencontrés dans la population migrante présente à Caen : allemand, anglais, albanais, romani, géorgien, arabe, russe et mongol, voir annexe 1), ont été transmises aux travailleurs sociaux accompagnées d'une feuille annonçant le dépistage, avec le jour et l'heure, afin qu'ils les disposent dans le squat pour en informer les éventuels bénéficiaires (voir annexe 2). Durant un mois, les travailleurs sociaux ont parlé du dépistage, de son déroulement et de son importance aux habitants du squat, ainsi que de certains squats alentours avec la possibilité de les faire venir le jour-J. Une réunion a été programmée une semaine avant, avec les différents acteurs impliqués. Un point a été fait sur la tuberculose, sur l'infection pulmonaire, les signes cliniques et la transmission. Nous avons ensuite discuté du déroulé de la journée, puis les travailleurs sociaux de Médecins du Monde et du Trait d'Union ont posé leurs questions, questions venant de migrants ou soulevant les problématiques rencontrées.

Le jour du dépistage, une partie du personnel de la PASS et du CPMI (pour la mission CLAT)s était mobilisée : deux IDE, une secrétaire médicale et une médecin coordinatrice. Les travailleurs sociaux étaient bien évidemment présents, ainsi que des bénévoles intervenants régulièrement sur le squat. Nous avons organisé un bureau pour l'enregistrement des patients

dans un local juste à côté de l'endroit où était le camion. Les personnes devaient d'abord se faire enregistrer, en donnant leurs identités et un numéro de téléphone, puis elles allaient dans le camion réaliser leurs radios pulmonaires, ce qui ne durait pas plus de 10 minutes. Dans une pièce à côté, l'IDE de la PASS et la médecin coordinatrice recevaient les patients en demande de soins ou les familles dont les enfants ne pouvaient effectuer la radio dans le camion (car trop petits) et dont un test d'interféron-gamma était nécessaire. Ils écoutaient leurs demandes et les orientaient vers les permanences de la PASS. Nous avons pu réaliser une soixantaine de radios ce jour-là, mais le délai de lecture des radios pulmonaires est d'environ 1 semaine. Nous devons donc attendre le retour de l'interprétation officielle des radios par les pneumologues de la radiographie mobile avant de contacter les patients ayant des anomalies radiographiques, en espérant qu'ils n'aient pas bougé du squat. Pendant la journée, les clichés numérisés étaient visibles dans le camion et regardés par le médecin du CLAT. Si de grosses anomalies avaient été détectées, ou un état clinique alarmant, une prise en charge immédiate aurait été envisagée. Cela aurait pu être un prélèvement de crachat pour un examen ou une orientation hospitalière.

III/ PREVENTION ET AUTONOMIE

Les semaines que j'ai passées au sein de la PASS de la Miséricorde et les situations que j'ai observées servent d'exemples et de point de départ à la réflexion éthique de ce travail. Il convient de rappeler les grandes notions théoriques sur lesquelles se basent cette réflexion.

A/ ETHIQUE MEDICALE ET AUTONOMIE

L'éthique médicale, loin de la volonté de définir des normes de bonnes et de mauvaises pratiques, propose un cheminement de réflexion pour interroger les conflits et dilemmes auxquels est confronté le monde de la santé. Le but n'est pas de trouver une solution à ces conflits mais plutôt de prendre du recul et d'interroger tous les tenants et aboutissants d'un problème, en croisant les disciplines et sans jamais perdre de vue la singularité du patient. Pour nous guider dans cette réflexion, Childress et Beauchamps nous proposent une approche par principe : le principisme ¹². Ils définissent ainsi quatre grands principes qui guident la réflexion d'éthique médicale, quatre grands principes qui se doivent d'être interrogés au maximum pour garantir l'acceptabilité d'une pratique médicale. Respect de l'autonomie, justice, bienfaisance et non-malfaisance ; voici ces quatre grands principes.

Le principe de justice se traduit par l'égal accès aux soins pour tous et la non-discrimination. Le principe de bienfaisance rappelle que tout acte médical a pour vocation de faire le bien, dans l'intérêt du patient, avec la meilleure connaissance possible et en évitant de faire le mal d'après le principe de non-malfaisance, le « *Primum no nocere* » hippocratique. Le principe d'autonomie souligne le respect fondamental du choix du patient pour sa propre santé. Les notions d'information et de consentement sont à la croisée de ces quatre principes, puisqu'une juste information transmet la bienfaisance du soignant et le consentement du patient son autonomie.

Nous allons principalement nous intéresser au principe d'autonomie, qui semble avoir un statut privilégié par rapport aux trois autres ¹³. Le respect de l'autonomie d'un patient est en réalité le respect du patient en tant que personne humaine, libre et capable de ses choix. Pendant longtemps, la médecine a fonctionné selon un modèle paternaliste. Le soignant, possédant la science et agissant toujours dans l'intérêt du patient, sait ce qui est bon pour ce dernier, et il le sait mieux que le patient lui-même. Fort heureusement, la fin du XX^{ème} voit un tournant opérer dans la prise en compte du choix des individus : l'autonomie du patient dans son parcours de soin, le libre choix de celui-ci face à ce qu'il souhaite faire ou ne pas faire pour sa santé s'établit dans les esprits et dans les textes. Ainsi, c'est dans la loi du 4 mars 2002 que cette autonomie se voit juridiquement reconnue ¹⁴ :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

L'autonomie du patient se traduit donc par l'obtention pour le professionnel de santé de son consentement à l'acte de soin. Deux ans plus tard, la loi du 6 août 2004 vient ré-infirmar cette obligation de consentement ¹⁵ :

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Aucun acte de soin ou de santé ne peut être accomplis sans le consentement éclairé du patient (sauf cas exceptionnels), et la délivrance de l'information qui permet ce choix éclairé est à la charge du soignant. Les actions de préventions, et plus spécifiquement le dépistage, n'échappent bien évidemment pas à ces lois.

B/ SANTE PUBLIQUE ET PREVENTION

La santé publique s'occupe de prendre en charge la santé globale d'une population, à travers tous ces aspects. Comme la définit l'OMS, la santé publique est « *la prise en charge collective de la santé d'une population dans son milieu de vie, qu'il s'agisse de soins, prévention, éducation ou hygiène sociale* »¹⁶.

Concernant la prévention, on en distingue habituellement 4 types différents en fonction du moment de la maladie sur lequel on agit ^{17, 18}. La prévention primaire agit sur les causes d'une maladie pour la prévenir, elle se joue donc avant l'apparition de la maladie. La prévention secondaire consiste à détecter la maladie déjà présente mais à un stade précoce, souvent silencieux, afin de limiter d'en la gravité. La prévention tertiaire a pour but de limiter les complications et séquelles d'une pathologie déjà présente. Et enfin, la prévention quaternaire vise à limiter l'obstination déraisonnable et à garantir des soins éthiques et justifiés lorsque la maladie est bien installée. Le dépistage fait partie de la prévention secondaire.

Voici deux extraits des recommandations du groupe d'experts du CNS et de l'ANRS pour la prise en charge médicale des personnes vivants avec le VIH, plus particulièrement pour la prévention et le dépistage, qui décrit ce qu'est la prévention pour le VIH et les hépatites virales ⁹ :

La pierre angulaire de toute politique de prévention reste le dépistage et la connaissance du statut vis-à-vis du VIH.

La prévention est définie ici comme l'ensemble des mesures pour lesquelles le bon niveau de preuve scientifique justifie de les appliquer pour aboutir à un effet maximum de réduction de la transmission du VIH à l'échelle des populations. Cette prévention est qualifiée de prévention diversifiée car elle associe des mesures structurelles à des interventions biomédicales et comportementales, sachant qu'aucune d'entre elles prise isolément ne peut aboutir à l'effet escompté et donc ne constitue la panacée. La prévention du VIH, des hépatites virales et des IST repose sur un socle d'outils, de stratégies et de ressources diversifiées dont les piliers sont les dépistages, l'utilisation des préservatifs et la prévention biomédicale (vaccinations, TPE, PrEP, TasP). La combinaison de ces interventions ainsi que l'augmentation de leur couverture au sein des populations clés sont essentielles pour infléchir la dynamique des contaminations.

Nous remarquons donc que la prévention est un travail multifactoriel et qu'il est primordiale que ses actions touchent les populations clés, dont la population migrante fait ici partie.

C/ DILEMME ETHIQUE ENTRE L'AUTONOMIE ET LA SANTE PUBLIQUE

Les actions de prévention et de dépistage relèvent à la fois de la santé publique et de la santé individuelle, ce qui entraîne de nombreuses tensions. En effet, il s'agit de garantir un nombre suffisant de participants aux projets de prévention pour qu'ils soient efficaces tout en respectant la volonté individuelle de chaque personne qui a le droit de choisir de participer ou non à ces projets. Prenons l'exemple d'un dépistage. Que se passe-t-il si trop peu de personnes acceptent de se faire dépister ? Et bien, l'action sera inutile et la majorité des cas dépistables ne le seront pas, avec toutes les conséquences médicales que cela aura. Pour qu'une action de prévention, tel qu'un dépistage, fonctionne, pour espérer détecter les quelques personnes malades, il faut un grand nombre de participants. « *Un des paradoxes de la prévention consiste dans le fait qu'elle est bénéfique pour tous et inutile pour la plupart.* »¹⁹

Comment dès lors, convaincre la population de participer à une action qui, d'une, leurs sera sûrement inutile, et de deux, peut leurs affecter le statut social de malade du jour au lendemain ? Car il s'agit bien de convaincre, et non d'obliger, afin de respecter la liberté de chacun. Mais l'autonomie doit-elle prévaloir en santé publique comme elle prévôt en médecine ou en recherche ? Pouvons-nous accepter que des actions de santé publique échouent parce que la majorité de la population n'y a pas consenti ? Et à contrario, jusqu'où l'intérêt collectif doit-il aller ? Est-il éthiquement acceptable de bafouer les libertés individuelles pour le bien de la communauté ?

Le cas des maladies infectieuses rend ces questions d'autant plus complexes qu'il y a un risque réel de contamination de la population par des personnes ayant refusé le dépistage ou le traitement. Un médecin est autant responsable en terme de santé publique qu'en terme de santé individuelle. Nous ne pouvons accepter l'idée de ne pas correctement protéger la population en laissant passer une personne contagieuse. Mais nous ne pouvons pas non plus nous résoudre à l'obliger à subir un acte médical, aussi peu contraignant soit-il qu'un dépistage. Que nous reste-t-il alors, pour résoudre ce dilemme ?

La clé vient peut-être dans l'idée de repenser l'autonomie à travers le prisme de la santé publique, comme l'explique cet article « *Ethique et santé publique : Quelle place pour l'autonomie ?* » qui recense quatre figures de l'autonomie en santé publique :²⁰

- L'*empowerment*, c'est-à-dire l'autonomisation de l'individu, donner les clés à chaque citoyen pour être plus autonome, plus confiant, plus proactif dans leurs vies quotidiennes afin de mieux savoir faire face.

- Le respect des droits des individus et la non-stigmatisation des communautés à risques, comme cela a pu être le cas avec la communauté homosexuelle et l'infection par le VIH.
- La responsabilisation des individus vis-à-vis de leur propre santé, notamment par le biais d'une bonne hygiène de vie avec toutes les campagnes de sensibilisation au risque du tabac, de l'alcool, de la sédentarité,
- La participation des citoyens à l'élaboration des politiques de santé publique, qui contrecarre l'effet paternaliste des politiques de santé publique définies seulement par les autorités.

Les actions de santé publique ne peuvent donc pas toujours donner la priorité à l'autonomie, mais elles ne doivent jamais la perdre de vue : « *Si la priorité doit, à certaines occasions, être accordée à la santé publique, il faut cependant chercher à le faire dans le respect des droits de la personne.* » ²¹. Nous en revenons aussi au « convaincre » : éduquer, donner les clés, mais aussi responsabiliser, permet à chaque citoyen de prendre librement les décisions concernant sa santé tout en ayant conscience des enjeux que cela peut entraîner pour le reste de la population.

Ainsi, les feuilles explicatives de la tuberculose et de ses signes sont un outil privilégié de sensibilisation et d'éducation pour les migrants vivant en squat (voir annexe 1). Elles sont mises en place par le CLAT et traduites en huit langues par l'ISM-interprétariat, donc traduites professionnellement. De plus, elles sont aussi une source d'information pour les intervenants partenaires qui peuvent ainsi participer à la mission d'information et de sensibilisation du public cible.

IV/ DISCUSSION

A/ UNE APPROCHE JURIDIQUE

Lorsqu'on se pose notre problématique d'un point de vue juridique, il apparaît que le soignant doit au patient une information loyale, claire et appropriée qui doit permettre le consentement ou le refus éclairé de ce dernier. Plus qu'un devoir, c'est une obligation pour le soignant de délivrer cette information et de fournir la preuve de cette délivrance.

1/ UNE INFORMATION LOYALE, CLAIRE ET APPROPRIÉE

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.

Cet extrait de l'article 35 du code de déontologie médicale, inscrit également dans le code de la santé publique, instaure l'obligation pour chaque médecin d'informer son patient sur sa santé et sur les soins proposés ²². Bien évidemment, cette obligation d'information « *incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.* » ²³ et non seulement aux médecins. Cette information est primordiale, puisqu'elle doit amener au consentement, ou au refus, de l'acte de soin par le patient. Il s'agit évidemment du respect de la personne, qui est en droit de savoir tout ce qui est relatif à sa propre santé, à son propre corps.

Le dépistage n'échappe pas à la règle. Mais que veut donc dire « *loyale, claire et appropriée* » ? Une information loyale signifie informer sans mensonge, de façon honnête. C'est respecter le patient sans rien lui cacher, mais tout en trouvant les mots pour ne pas brusquer. C'est, par exemple, expliquer qu'un TROD de l'infection au VIH ne va donner une indication fiable uniquement pour les risques d'infections datant de plus de trois mois. Une information claire est une information compréhensible par le patient. Il convient de s'adapter à celui-ci et à son niveau de compréhension. Le soignant doit se mettre dans une posture pédagogique et bannir son jargon médical, il doit répéter et répondre aux questions, expliquer, préciser. Enfin, une information appropriée se plie aux circonstances : celles de la maladie et celles du patient. L'explication d'un TROD n'a rien à voir avec l'explication d'une opération chirurgicale, tout comme l'explication à un enfant n'a rien à voir avec celle à un adulte. Avec beaucoup de patients de la PASS, ne parlant ni français ni anglais, délivrer une information claire et appropriée est un vrai défi. L'échange lors de l'entretien individuel autour du dépistage des trois infections se fait alors par le biais d'un interprétariat téléphonique. Parler des pratiques à risques ou oser poser des questions à un soignant n'est déjà pas chose facile, alors quand il faut faire cela à travers un inconnu au téléphone, c'est encore plus difficile. Rares sont les patients de la PASS à se montrer curieux et à poser des questions, et malgré les explications de l'IDE, aucune garantie ne peut être donnée sur les informations retransmises par l'interprète, bien que ce soit des professionnels.

Nous pouvons ainsi prendre l'exemple d'un patient, celui-ci francophone, venant pour la première fois à la PASS pour une demande médicale, et à qui le triple dépistage est proposé. Le jour du dépistage, après avoir effectué la radio pulmonaire et après les explications sur le déroulement des TROD, nous discutons un peu plus avec lui. Nous nous rendons compte qu'il comprend très bien le processus des TROD, qu'il connaît le nom des trois maladies (tuberculose,

VIH et hépatite C) mais qu'il ne sait pas vraiment ce que sont ces infections. Beaucoup de questions émergent alors : certes, l'information et le consentement pour l'acte de santé sont là ; mais l'information est-elle loyale ? Le consentement éclairé ? Le patient a compris et accepte que nous lui piquions le bout des doigts et réalisons un petit test, mais a-t-il compris les conséquences d'un test positif ? Sait-il réellement que nous pouvons, avec ces TROD et cette radio, lui découvrir une maladie chronique infectieuse, nécessitant une hospitalisation, un traitement à vie, parfois un isolement temporaire ? Nous avons ici le cas d'un patient parlant et comprenant assez bien le français, avec qui l'échange en direct était possible et agréable, il n'a pas osé poser de questions mais il a osé dire qu'il ne savait pas. Mais pour combien d'autres patients est-ce aussi le cas ? Combien d'autres personnes acceptent une radio et un prélèvement d'une goutte de sang sans comprendre le fait que cela peut les faire basculer de personne en pleine santé à patient atteint d'une maladie chronique, avec tout ce que cela entraîne ?

Nous avons également vu précédemment que la PASS a mis en place des feuilles explicatives sur la tuberculose en huit langues différentes. Sur ces feuilles, il y a une explication de la tuberculose maladie et des principaux signes, ainsi que la conduite à tenir autour d'une personne malade contagieuse. Ce sont donc de très bons outils d'informations mais aussi d'éducatifs et de sensibilisations. Ces feuilles ont été affichées dans les squats par les travailleurs sociaux avant l'action de dépistage organisée avec le camion. Pourtant, le jour du dépistage, nous ne sommes pas venus avec de nouveaux exemplaires de ces feuilles. Nous n'avons qu'un exemplaire de chaque langue, que nous avons laissé sur le bureau où les patients étaient enregistrés. Ils n'avaient que le temps de ce court entretien pour feuilleter ce document et certains auraient aimé l'emporter pour le lire ou relire plus tard, mais ce n'était pas possible. Malgré la distribution et l'utilisation bien en amont de ses fiches par les intervenants partenaires, cet outil d'information et de sensibilisation semble ici ne pas avoir été utilisé à son maximum, appuyant les questionnement ci-dessus.

2/ UN CONSENTEMENT ECLAIRE

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Cet article du code de déontologie médical et du code de la santé publique découle du principe d'autonomie de la personne, qui est libre de prendre ses propres décisions concernant sa propre santé ²⁴. C'est une liberté importante du patient qui va de pair avec le

droit à l'information de l'article 35 du code de déontologie (voir paragraphe précédent). En effet, le terme « éclairé » est relatif à une information de qualité, « loyale, claire et appropriée » qui permet au patient d'avoir les meilleurs outils pour prendre les décisions relatives à sa santé.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins ajoute que « Pour les patients ne maîtrisant pas le français, [...] il sera nécessaire de s'assurer de la bonne compréhension si besoin par l'intermédiaire de la personne de confiance, de la famille ou d'un de leurs proches. »²⁵. Le problème du consentement chez un patient non francophone est donc bien connu et ici soulevé. Comment s'assurer que le consentement est éclairé ? Il apparaît ici qu'il est nécessaire de faire appel à une personne extérieure, proche de patient, supposé maîtriser le français et la langue de ce dernier pour confirmer son consentement. A la PASS, cela est rarement possible. Aucun patient n'a de personne de confiance au sens strict du terme, dispositif déjà très rare chez des patients français et atteints de maladies chroniques, alors chez des patients si éloignés du système de santé français cela semble hautement improbable. La plupart des migrants sont seuls, sans famille ni proche. Quand ils sont accompagnés de famille ou de proches, si par chance ceux-ci parlent français, alors d'autres questions viennent : celles du secret médical. Il reste bien sur l'interprétariat téléphonique, qui reste la pierre angulaire de la compréhension et du consentement par le patient. Mais il demeure les mêmes questions que pour l'information de qualité : le patient a-t-il osé poser toutes ses questions malgré le téléphone ? Consent-il au dépistage en pleine connaissance des conséquences d'un résultat positif, en connaissance des maladies ? L'interprète a-t-il pu retranscrire les bonnes informations ?

Malgré toutes ces questions, nous avons l'exemple d'un patient qui, suite aux explications de l'IDE, refusa les TROD. Pourquoi ? Nous ne le savons pas vraiment, et ce n'est ici pas la question. Mais cela nous montre bien qu'avec les informations habituelles données, certains patients de la PASS peuvent avoir entre leurs mains les clés pour décider d'accepter ou non les TROD.

B/ UNE APPROCHE SOCIOLOGIQUE

D'un point de vue sociologique, notre problématique soulève beaucoup de questions. La population migrante est une population précaire, vulnérable, qui est dans une incertitude constante pour beaucoup de ses besoins fondamentaux. Quelle place peut occuper la santé dans tout ça ? C'est une population isolée, qui se retrouve confrontée à une langue et à une culture différente, avec sa propre vision de la santé et de la maladie.

1/ UNE POPULATION EN SITUATION DE PRECARITE

La population migrante qui consulte à la PASS est une population précaire. Qu'est-ce que la précarité ? En trouver une définition générale est difficile, mais on peut dire que c'est un terme qui « *peut s'appliquer à des populations particulières pour désigner, selon le cas, un degré de pauvreté, un risque de devenir pauvre, une instabilité socio-économique ; elle peut aussi renvoyer à une incertitude existentielle, qui touche toutes les couches de la population.* »²⁶. Ces patients sont dans une situation de précarité car tout est incertain, tout est temporaire. Ils sont logés dans des centres d'accueils quand cela est possible, ou grâce au Samu social, qu'il faut appeler chaque soir pour savoir si oui ou non ils vont dormir dans la rue. Ils souffrent beaucoup d'isolement. Les sans-papiers ne peuvent pas travailler, et les demandeurs d'asiles non plus. Ils sont donc dépendants des allocations pour avoir un peu d'argent, et des associations caritatives pour pouvoir manger. Les besoins primaires ne sont pas satisfaits, ce qui entraîne un stress permanent et une concentration constante sur ces besoins-là. Ils sont dans des situations de détresse sociale.

Nous pouvons facilement comprendre que la santé puisse alors ne pas être une priorité. Lorsqu'il y a une urgence, elle le devient. Mais dépister une maladie qui n'est même pas ressentie ? La Charte d'Ottawa de l'OMS relative à la promotion de la santé précise que :

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,*
- accéder à l'éducation,*
- se nourrir convenablement,*
- disposer d'un certain revenu,*
- bénéficier d'un éco-système stable,*
- compter sur un apport durable de ressources,*
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.*

Il est évident que très peu de ces critères sont remplis chez les patients migrants, rendant la notion de « bonne santé » compliqué à atteindre chez eux. Cela confirme donc qu'en l'absence de ces certitudes, la santé du patient passe au second plan. Pouvons-nous espérer que ce public sera réceptif aux messages de prévention ?

En plus d'être une population précaire, et à cause de cela, c'est une population vulnérable. Leur vulnérabilité vient aussi du risque que ces patients ont d'être infecté. Ils viennent pour la plupart de région de forte endémie et constituent donc un public à risque.

Mais ils le sont également par leurs conditions de vie. Les petits espaces où ils vivent tous ensemble en France favorisent la diffusion des maladies infectieuses. La violence et les conditions de leurs migrations sont autant d'autres facteurs de risques pour la tuberculose ou l'infection par le VIH ou le VHC. Population qui est vulnérable aussi par sa méconnaissance des maladies en question et des structures d'accueil et de dépistage anonyme et gratuit ²⁷.

Lors de la réunion de préparation du dépistage de la tuberculose sur le squat, les travailleurs sociaux soulignent leurs difficultés à sensibiliser les habitants du squat à l'importance du dépistage. La raison : le squat doit être démantelé pendant l'été, rendant ses habitants nerveux avec le risque de se retrouver à la rue, voir arrêter par les autorités. C'est une parfaite illustration de la complexité de sensibiliser cette population très précaire et vulnérable à un risque pourtant important de contamination par la tuberculose.

Un autre exemple : lors de cette journée de dépistage, une jeune enfant d'environ 4 ans est repérée. Elle semble faible, a des adénopathies et touse, sans signe de détresse vitale néanmoins. Au vue de la situation, de ces conditions de vie dans un squat où potentiellement sont passés des personnes infectées par la tuberculose, le médecin conseille à ses parents de l'emmener le jour même aux urgences. Un travailleur social se propose d'y emmener la famille sur le champ. Nous apprendrons plus tard que la petite fille sera peut-être emmenée aux urgences dans la soirée, mais qu'elle ne l'a pas été dans l'après-midi. En effet, pour cette famille, nous étions vendredi, jours de distribution du colis alimentaire de la Croix Rouge. Ils ont donc choisi d'emmener leur petite fille plus tard aux urgences pour pouvoir récupérer de quoi nourrir la famille pour une semaine entière. Nous ne pouvons pas nous interposer face à ces besoins fondamentaux. Il est évident qu'il faut que ces personnes puissent avoir de quoi manger. Peut-être devrions nous intervenir différemment, à un autre moment ? L'autonomie des personnes est forcément questionnée : comment imaginer qu'elles sont totalement autonomes dans leurs choix de santé alors qu'elles sont totalement soumises à des impératifs que nous pouvons quasiment qualifier de survies ? Devons-nous encore même parler d'autonomie ? Mais quelle serait donc la réponse, un retour à quelque chose qui se rapprocherait du paternalisme ?

N.B : au final, cette petite fille a consulté aux urgences pédiatriques le soir même. Elle était atteinte d'une pneumopathie communautaire, soignée désormais.

2/ UNE BARRIERE LINGUISTIQUE

Nous avons déjà abordé plusieurs fois le problème de la langue dans la relation soignant-soigné. Il est primordial de respecter le principe d'autonomie de la personne, donc que l'information donnée par le soignant soit comprise par le patient et que son consentement

soit explicite et éclairé. A la PASS, nous pouvons faire appel à un interprétariat téléphonique, ce qui est vraiment une chance. Mais cela inclut une troisième personne dans le colloque singulier entre le soignant et le patient, ce qui peut entraîner un biais de réponse de la part du patient. Il est évident que la relation de confiance est beaucoup plus complexe à établir quand on ne peut pas parler directement avec la personne. Nous avons déjà souligné que nous n'avons pas vraiment moyen de vérifier que ce que l'interprète traduit correspond à ce que nous avons voulu dire, et mis à part une traduction littérale, il y aura toujours un changement entre ce qui était dit au départ et ce qui a été traduit. Cela est valable pour les explications du soignant mais aussi pour les questions du patient.

Evidemment, l'interprétariat est indispensable pour un service recevant majoritairement des patients allophones puisqu'il rend l'échange et la relation de soin possible. Mais nous pouvons questionner ces limites. L'interprétariat téléphonique, par exemple, comme c'est le cas à la PASS de la Miséricorde peut interroger quant au secret médical. Pourtant, les interprètes professionnels de l'ISM-interprétariat sont soumis au secret professionnel, donc de fait au secret médical.

En revanche, d'autres problèmes se posent quand nous avons affaire à un interprète volontaire, issus du groupe auquel appartient le patient. Il peut s'agir simplement du mari qui traduit pour sa femme lors d'une consultation à la PASS, ou d'enfants traduisant pour les parents lors du dépistage en squat. Dans ces cas-là, la question du secret médical est un vrai problème. Parler de ces problèmes de santé qui peuvent être de l'ordre de l'intime, surtout dans le cas de pratiques à risques, peut être compliqué en présence d'un membre de sa famille ou d'un proche. Mais il y a un autre problème, celui du risque d'instrumentalisation de l'interprétariat bénévole. Ainsi, il y a une période où le personnel de la PASS s'est rendu compte que les interprètes qui les aidaient lors de consultations de patients échangeaient ces services contre de l'argent. L'effort de compréhension entre le patient et le soignant peut-il reposer de cette manière sur le patient ? Lorsqu'ils s'en sont rendu compte, ils ont décidé de ne plus faire appel à ces interprètes. Il a aussi été fait le choix d'éviter d'impliquer les enfants en tant qu'interprète. Mais pouvons-nous vraiment nous en passer ? Lors du dépistage en squat, plusieurs personnes parlant le français nous ont aidé pour communiquer avec d'autres personnes du squat. Elles l'ont fait volontairement, avec gentillesse. Mais elles peuvent aussi vite être dépassées, puisqu'elles deviennent indispensables et sont beaucoup demandées, et nous courons le risque qu'elles lèvent le secret médical au détriment du patient.

Avant l'interprétariat, quand les patients parlent un peu français ou un peu anglais, l'échange direct est possible, mais il peut ne pas être optimal. Un jour, deux jeunes migrants sont venus à la PASS pour des dépistages. Le premier se présente, l'entretien infirmier a lieu et nous lui expliquons en quoi consiste les trois dépistages, en décrivant en anglais la radio

pulmonaire. Le patient semble comprendre et prend le rendez-vous que nous lui donnons pour la radio et les TROD. Le second patient vient ensuite pour ce même entretien, en anglais également, et lorsque nous lui décrivons la radio pulmonaire, il réagit en nous expliquant qu'il en a déjà fait une il y a peu. Nous rappelons son ami et nous comprenons, après qu'ils en discutent entre eux, que lui aussi a déjà réalisé une radio pulmonaire lors d'un dépistage en squat organisé par le CLAT et la PASS quelques semaines auparavant. Il n'avait manifestement pas compris, soit au moment de réaliser la radio, soit au moment des explications de l'IDE, qu'il s'agissait du même examen. Ce patient a-t-il accepté l'acte médical sans en comprendre le sens ? Pourquoi ? Peut-être est-il gênant, fatiguant pour ces personnes de sans cesse redemander des explications, de toujours signifier l'incompréhension à leurs interlocuteurs ? Peut-être existe-t-il une forme de lassitude à ne pas comprendre, qui couplé à la confiance accordée au statut de soignant, pousse à un consentement peu éclairé ? Et dans ce dernier cas, est-ce si grave, puisqu'aucune malfaisance n'est faite, le patient accepte et tout est fait pour son bien ?

3/ UNE BARRIERE CULTURELLE

Les notions de santé et de maladie sont loin d'être universelles et sont socialement définies. Le consentement peut être remis en question par le patient pour des raisons culturelles qui ne sont pas toujours compréhensibles par le soignant, puisque issues d'une autre culture. Le Comité Consultatif National d'Ethique résume parfaitement cette nécessité de prise en compte de la différence culturelle dans la relation de soin ²⁸ :

Mais, la compréhension est aussi celle du contexte culturel ; comme indiqué plus haut, si la médecine peut avoir besoin d'une traduction littérale, par exemple pour l'identification des signes cliniques, elle a surtout besoin de médiateurs culturels pour comprendre les conditions dans lesquelles le corps et les soins sont pensés et ressentis par les patients.

Cela se ressent d'autant plus lorsque l'on parle de pratiques à risques puisque la question des pratiques sexuelles est abordée. En parler ouvertement, même avec un soignant, reste tabou pour beaucoup de communautés rencontrées à la PASS, pour qui par exemple les relations homosexuelles ou la sodomie sont relativement peu acceptées ²⁹. La culture du soignant rencontre celle du patient, et il faut savoir prendre cette dernière en compte pour que le message de prévention passe. Et il faut savoir la respecter, en évitant les préjugés, nombreux, des soignants sur certaines communautés.

Le respect de l'autonomie des individus fait partie de la préoccupation des autorités sanitaires qui, afin d'être efficaces, doivent aussi respecter les valeurs et « être acceptées » des populations auxquelles elles s'adressent. ³⁰

Il convient donc de s'adapter à son interlocuteur. Le guide du COMEDE explique que la perception du préservatif masculin peut varier dans les populations migrantes ³¹, mais le préservatif reste le meilleur moyen de lutte contre les infections sexuellement transmissibles tel que le VIH ou le VHC. Le soignant doit donc savoir faire preuve de pédagogie et prendre le temps d'expliquer pourquoi l'utilisation du préservatif est primordial et comment cela fonctionne.

C/ UNE APPROCHE MEDICALE

D'un point de vue médical, la relation soignant-soigné avec ces patients est complexe et nécessite un travail avec des partenaires pour obtenir l'adhésion et la confiance des migrants. L'éthique médicale et le principisme nous apporte aussi des pistes de réflexion pour questionner la suprématie du principe d'autonomie dans une approche globale médico-psycho-sociale.

1/ UNE RELATION DE CONFIANCE A CONSTRUIRE

La population migrante ne constitue pas une population de patients comme les autres. Nous avons déjà vu les problèmes linguistiques et culturelles qui mettaient à mal la bonne information et le consentement éclairé des patients. Mais la relation de confiance qu'il convient d'être établie entre un soignant et son patient n'est pas aussi facilement développé qu'avec un autre public. En effet, les migrants sont extrêmement méfiants vis-à-vis des institutions. Leur détresse sociale associée à l'expérience de l'exil en fait des patients sur le qui-vive, fatigués, et plusieurs rendez-vous sont nécessaires pour certaines situations afin de permettre au patient de se sentir en confiance avec l'équipe médicale et d'adhérer à son parcours de soin. Lorsqu'il s'agit de personne en situation irrégulière, s'ajoute à tout cela la crainte d'être arrêté et renvoyé dans le pays de départ.

A la PASS, la première chose que l'on demande lors du tout premier rendez-vous, à l'ouverture du dossier patient, c'est l'identité du patient et un papier qui l'atteste, ainsi qu'un numéro de téléphone. Pour les demandeurs d'asiles, ils nous fournissent très souvent leurs

récépissés de demandes d'asiles de la préfecture. Cela ne leur pose aucun problème, ils sont déjà déclarés auprès des autorités. Mais pour les sans-papiers, c'est beaucoup plus complexe. Ils ont la crainte que nous utilisions leurs identités pour les dénoncer aux autorités. Il faut alors faire preuve de patience et d'écoute pour expliquer in fine que ces documents sont uniquement là pour nous permettre de rattacher les informations médicales à un nom, quel qu'il soit, pour assurer le suivi et pour pouvoir les contacter au besoin. Que ces informations sont soumises au secret professionnel, qu'elles restent confidentielles, en interne à la PASS et qu'il 'y a aucun lien avec les autorités policières.

Hors des locaux, lors de dépistage en squat où la majorité de la population est en situation irrégulière, il est essentiel de travailler avec les travailleurs sociaux pour gagner la confiance des habitants. Les intervenants et bénévoles qui interviennent sur le squat connaissent ces habitants et sont connus d'eux : ils ont déjà leur confiance. Plusieurs études le confirment, l'intervention de ces associations travaillant avec les migrants est indispensable pour sensibiliser aux actions de dépistage et faciliter l'action et le contact avec les équipes médicales ^{32, 33}.

Lors du dépistage de la tuberculose en squat pendant lequel j'étais présente, les travailleurs sociaux ont travaillé avec les habitants pendant un mois pour discuter avec eux de cette action et les sensibiliser à son importance. Ce travail en amont a donné des résultats : nous n'avons pas eu de difficulté à obtenir les papiers d'identités et le numéro de téléphone de la soixantaine de patients dépistés ce jour-là. Ils nous faisaient donc confiance, ils avaient compris, grâce au travail des intervenants à leur contact, que nous étions là pour leur santé et uniquement pour ça et que nous n'avions rien à voir avec les autorités. La relation de confiance établie entre le soignant et son patient, en particulier les plus vulnérables, ne repose donc pas que sur eux, mais nécessite l'intervention de partenaires extérieures. Pourtant, ces travailleurs sociaux ne sont pas des professionnels de santé, et peuvent se retrouver dans l'incapacité de répondre aux interrogations des migrants. C'est un point qui a été soulevé par certains d'entre eux lors de la réunion de préparation de l'action de dépistage. L'équipe médicale s'efforce donc de former sur le tas ces partenaires. Le consentement à l'acte de dépistage par radiographie est donc grandement permis par ces travailleurs sociaux. Peut-on considérer que c'est un consentement éclairé ? L'information donnée est-elle complète ? Nous ne pouvons remettre en question le travail de ces partenaires essentiels de la PASS et du CLAT ni leur nécessité et leurs aide précieuse, mais nous pouvons nous questionner sur ce qui amène les personnes à accepter la radio pulmonaire. Il est pourtant clair que l'information « *loyale, claire et appropriée* » doit être donnée par un professionnel de santé, et le consentement recueilli par celui-ci. Hors ici, l'acte est bien sûr expliqué au moment de l'enregistrement du patient, mais il l'est grandement aussi avant par les intervenants sur le squat. Donnent-ils les bonnes informations aux personnes ? Les migrants n'acceptent-ils pas le

dépistage par sympathie et confiance envers les travailleurs sociaux plutôt qu'en aillant vraiment compris de ce dont il s'agissait ? Mais, même si cela est vrai, est-ce réellement un problème ? Pouvons-nous nous passer de leur travail ? Avons-nous les moyens de mobiliser du personnel soignant pour sensibiliser et gagner la confiance des habitants d'un squat pendant plusieurs mois ?

2/ UNE AUTONOMIE ENVERS ET CONTRE TOUT ?

Le soignant, comme nous l'avons souligné précédemment, a un devoir de protection de la santé collective autant que de la santé individuelle. Pour parvenir à convaincre une population d'adhérer à une action de prévention tout en respectant les libertés individuelles, nous avons vu que l'une des solutions semblait être l'éducation de ladite population. Mais pour notre population migrante de la PASS, face à laquelle nous sommes confrontés à une double barrière linguistique et culturelle, l'éducation représente un temps et des moyens qui ne sont pas forcément disponibles. Pourtant, il faut les dépister, pour le bien de la communauté mais aussi pour leurs propres biens. Or, jusqu'où peut aller le bien ? Jusqu'à franchir les barrières de l'autonomie des patients ?

Certains philosophes tels que Emmanuel Levinas ³⁴ ou Hans Jonas ³⁵ font primer les principes de bienfaisance et de responsabilité sur les autres. Pour eux, le plus important est le devoir de protection envers les plus fragiles, une responsabilité pleine du soignant vis-à-vis des plus vulnérables. Nous pouvons penser qu'il est de notre devoir de protéger cette population migrante très vulnérable, au nom de notre responsabilité médicale, et que le principe d'autonomie peut, parfois, ne plus occuper la première place. Pour autant, il ne faut pas la perdre de vue. Le paternalisme n'est pas très loin. Vouloir à tout prix protéger les plus faibles ne doit pas faire oublier qu'ils sont des êtres humains et qu'ils ont droit à la liberté de choix. Nous sommes ici face à un dilemme entre le principe de bienfaisance et celui d'autonomie.

Il est ainsi des situations où les quatre grands principes de l'éthique entrent en conflit. Ici, le principe de bienfaisance et de justice avec la protection des populations vulnérables et le principe de non-malfaisance avec la limitation du risque infectieux s'opposent au principe d'autonomie du patient. Dans ces situations, des auteurs, dont James Childress, ont proposé cinq conditions qui peuvent justifier la violation d'un principe éthique au nom d'un autre : la nécessité, l'efficacité, la proportionnalité, le moindre mal et la justification publique ³⁶. Analysons ces cinq conditions pour notre situation. Dépister les maladies infectieuses chez les migrants, populations à risque, est nécessaire pour lutter contre la propagation de ces maladies et pour guérir les patients. C'est un dépistage qui est efficace, qui a déjà fait ses

preuves pour les trois pathologies. L'action de dépistage est proportionnelle et à moindre mal, ce sont de petits actes médicaux (prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt et radio pulmonaire) qui ne sont rien comparés aux maladies. Enfin, la justification publique est aussi là évidente puisque l'on parle de maladies infectieuses qui se transmettent rapidement dans une population et dont il faut à tout prix éviter la propagation. Il semblerait donc que nous soyons dans une situation où le principe de non-malfaisance peut prévaloir sur celui d'autonomie. Il ne faut néanmoins pas la négliger totalement et chercher au maximum à toujours l'atteindre. Mais il apparaît que pour le bien collectif comme individuel, il peut être acceptable de dépister ces populations à risque pour ces maladies grave sans un consentement parfaitement éclairé, qui, au vus des discussions précédentes, semble de toute façon bien souvent compromis.

V/ CONCLUSION

Au final, il semble se dégager l'idée que l'autonomie, et le consentement du patient qui en découle, ne soit pas toujours optimal. De nombreuses raisons expliquent cela. Les migrants patients de la PASS sont vulnérables, isolés et dans une détresse sociale qui ne laisse pas toujours la priorité à la santé. En effet : leurs priorités ne sont pas les nôtres. La différence culturelle et linguistique avec le soignant rend la relation de soin particulière et la délivrance de l'information complexe.

Pourtant, le personnel du CLAT et de la PASS met tout en œuvre pour informer les patients au maximum et respecter leurs choix. Ce travail est mené en interprofessionnalité, avec beaucoup de patience et d'écoute, afin d'avoir une approche globale médico-psycho-sociale et de donner confiance en l'institution médicale.

Alors, si le consentement du patient pour l'acte de soin n'est pas toujours parfaitement éclairé, l'acte est toujours réalisé avec bienfaisance dans l'intérêt du patient et de la population. Les patients comprennent globalement le soin proposé, mais aussi et surtout que tout cela est fait pour leur propre bien.

VI/ BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Serment d'Hippocrate revu par l'Ordre des Médecins (2012), site du Conseil National de l'Ordre des Médecins : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate#sommaire-id-0>
- ² Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, article 76, JORF n°175 du 31 juillet 1998
- ³ Circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins n° DGOS/R4/2013/246 du 16 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- ⁴ Guide du Comede « Migrants/étrangers en situation précaire, Soins et accompagnement, guide pratique pour les professionnels » (2015), p.9
- ⁵ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948
- ⁶ CHA O., « L'accès aux soins des migrants, dans sans-papiers et des personnes précaires : pour un droit universel aux soins » (2011), Les Etudes Hospitalières, p.74
- ⁷ INPES, « Dépistage et diagnostic précoce : la tuberculose » (2009)
- ⁸ HAS, « Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France » (2017)
- ⁹ CNS et ANRS, sous la direction de MORLAT P. « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupes d'experts : Prévention et dépistage » (2018) p.36
- ¹⁰ Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif, annexe 1
- ¹¹ HAS, « Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C » (2014)
- ¹² BEAUCHAMP T.L. et CHILDRESS J.F. « Principles of Biomedical Ethics » (1979), Oxford University Press cité par MARZANO M., « L'éthique appliqué » (2010), Que sais-je n°3823, Edition PUF
- ¹³ MARZANO M., « L'éthique appliqué » (2010), Que sais-je n°3823, Edition PUF
- ¹⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article 11, JORF du 5 mars 2002
- ¹⁵ Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, article 9, JORF du 7 août 2004
- ¹⁶ OMS, Résolution WHA51.12. Promotion de la Santé, cité par INCa, coordonné par MOUTEL G., « Ethique et dépistage organisé du cancer colorectal » (2016), p.3

¹⁷ INCa, coordonné par MOUËTEL G., « *Ethique et dépistage organisé du cancer colorectal* » (2016), p.5-6

¹⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, p.9

¹⁹ G. ROSE, « *Strategy of Prevention : Lessons from Cardiovascular Disease* » cité par P. PERETTI-WATEL et J-P. MOATTI, « *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives* » (2009), édition du Seuil, p.66

²⁰ GRAVEL S., DOUCET H., BATTAGLINI A., LAUDY D., BOUTHILLIER M.-E., BOUCHERON L., FOURNIER M., « *Ethique et santé publique : Quelle place pour l'autonomie ?* », *Ethique publique* [En ligne], vol.12, n°1 | 2010, mis en ligne le 10 mai 2011
<https://journals.openedition.org/ethiquepublique/176#ftn1> , paragraphe 14

²¹ GRAVEL S., DOUCET H., BATTAGLINI A., LAUDY D., BOUTHILLIER M.-E., BOUCHERON L., FOURNIER M., « *Ethique et santé publique : Quelle place pour l'autonomie ?* », *Ethique publique* [En ligne], vol.12, n°1 | 2010, mis en ligne le 10 mai 2011
<https://journals.openedition.org/ethiquepublique/176#ftn1> , paragraphe 17

²² Article 35 du code de déontologie médicale (2017) et article R.4127-35 du code de la santé publique

²³ Article L.1111-2 du code de la santé publique

²⁴ Article 36 du code de déontologie médicale (2017) et article R.4127-36 du code de la santé publique

²⁵ Commentaires de l'article 36 du code de déontologie médicale par le Conseil national de l'Ordre des médecins, site du Conseil national de l'Ordre des médecins : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-36-consentement-patient>

²⁶ BRESSON M., « *Sociologie de la précarité* », 2^{ème} édition (2010), éditions Armand Colin, p.6

²⁷ SAHAJIAN F., VOIRIN N., VANHEMS P., FABRY J., « *Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C* » et LYDIE N., BELTZER N., FENIES K., HALFEN S., LERT F., LE VU S., « *Les populations africaines d'Île- de- France face au VIH/Sida : connaissances, attitudes, croyances et comportements.* » cité par PAUTI MD., TOMASINO A., MARI C., MATHIEU C., KARTNER A., IDRISU C., BENET A., et al. « *Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecin du Monde en France.* Bull Epidémiol Hebd. 2016 ;(13-14) :230-6.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/13-14/2016_13-14_2.html

²⁸ Avis n°127 du CCNE « *Santé des migrants et exigence éthique* », avis rendu public le 16 octobre 2017, p.21

²⁹ Guide du Comede « *Migrants/étrangers en situation précaire, Soins et accompagnement, guide pratique pour les professionnels* » (2015), p.422

³⁰ GRAVEL S., DOUCET H., BATTAGLINI A., LAUDY D., BOUTHILLIER M.-E., BOUCHERON L., FOURNIER M., « *Ethique et santé publique : Quelle place pour l'autonomie ?* », *Ethique publique* [En ligne], vol.12, n°1 | 2010, mis en ligne le 10 mai 2011
<https://journals.openedition.org/ethiquepublique/176#ftn1> , paragraphe 17

³¹ Guide du Comede « *Migrants/étrangers en situation précaire, Soins et accompagnement, guide pratique pour les professionnels* » (2015), p.425

³² ROMBY A., FLEURY F., REVAULT P., « *Migrants en situation de vulnérabilité et tuberculose, suivi et dépistage autour des cas. Enquête au centre de santé du Comede, France, 2009-2011.* », Bull Epidemiol Hebd. 2013 ;(28-29) :348-53

³³ CHAUD P., HAEGHEBAERT S., LEDUC G., MERLINB., JANSSENS M., DENOUAL A., et al., « *Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillis à Calais et Grande-Synthe, novembre 2015-octobre 2016.* », Bull Epidemiol Hebd. 2017 ;(19-20) :374-81. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/207/19-20/2017_19-20_1.html

³⁴ E. LEVINAS, P. NEMO, « *Dialogues, Ethique et Infini* » cité par G. MOUTEL « *Fondements et construction de la démarche éthique dans les pratiques de soins* », SOiNS n°801, Elsevier Masson SAS, 2015, p. 31

³⁵ H. JONAS, « *Le principe responsabilité* », cité par G. MOUTEL « *Fondements et construction de la démarche éthique dans les pratiques de soins* », SOiNS n°801, Elsevier Masson SAS, 2015, p. 31

³⁶ J.F. CHILDRESS, R.R. FADEN, R.D. GAARE, L.O. GOSTIN, J. KAHN, R.J. BONNIE, N.E. KASS, A.C. MASTROIANNI, J.D. MORENO, P. NIEBURG, « *Public Health Ethics : Mapping the Terrain* » cité par P. PERETTI-WATEL et J-P. MOATTI, « *Le principe de prévention : Le culte de la santé et ses dérives* » (2009), édition du Seuil, p.85

Annexe 1 : « Information pour le public à risque infectieux » sur la Tuberculose, document réalisé par le CPMI et traduit en 8 langues : allemand, anglais, albanais, romani, géorgien, arabe, russe et mongol

TUBERCULOSE



Information pour le public à risque infectieux 2019 (FRANCAIS)

La tuberculose est une maladie contagieuse qui se transmet par l'air que l'on respire autour d'un malade quand il est malade de la tuberculose des poumons. On la soigne avec des antibiotiques .

Les signes de la maladie sont :

la toux
la fièvre
les sueurs la nuit
l'amaigrissement
la fatigue



Autour d'une personne malade contagieuse :

Il est possible que vous connaissiez quelqu'un qui a la tuberculose, ou que vous veniez d'une région ou d'un pays où il y avait des malades tuberculeux.

Dans ce cas , si une personne présente ces signes il faut qu'elle se dirige vers son médecin ou l'hôpital pour consulter sans attendre .

Pour tous ceux qui ont été en contact avec un malade on recommande une radiographie des poumons . Et pour les enfants qui sont plus fragiles il faut les faire examiner .
On peut proposer de faire des tests aussi pour rechercher l'infection.

A Caen , n'hésitez pas à vous présenter au service de la PASS à la Clinique de la Miséricorde si l'accès aux soins est difficile pour vous , pour prévoir cette radiographie gratuite, c'est une photo des poumons .

Le service est situé au 49 rue Gémare à CAEN ,
le matin c'est sans rendez-vous du Lundi au Vendredi.



ceci est une information du Centre de Lutte Anti Tuberculeuse du Calvados CPMI CAEN
tel 02 31 38 51 58 49 rue Gémare CAEN
qui travaille en lien avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé à la Clinique de la Miséricorde à CAEN et avec les autres PASS du département .

*si quelqu'un à besoin de soins en urgence
il faut faire le numéro 15 sur le téléphone
pour demander du secours*

Annexe 2: Affiche annonçant le dépistage par radio pulmonaire de la tuberculose maladie réalisé par le CLAT4



**Centre of Anti Tuberculous Fight
of Caen (CLAT14)**
le centre de lutte antituberculeuse de CAEN

organizes a



**FREE SCREENING BY
LUNG RADIO**

dépistage gratuit radio par camion

At/à :

- **Friday the 21 th of June 2019 from 9h am to 17h30 pm**
vendredi 21Jun 2019 de 9h à 17h30

No appointment
sans rdv

