



HAL
open science

État de santé des demandeurs d'asile pris en charge en Guyane française en 2017-2018

Vincent Hassanaly

► **To cite this version:**

Vincent Hassanaly. État de santé des demandeurs d'asile pris en charge en Guyane française en 2017-2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03122086

HAL Id: dumas-03122086

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03122086>

Submitted on 26 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.

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2019

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2019ANTI0420

État de santé des demandeurs d'asile pris en charge en Guyane française en 2017 et 2018

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

Des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 28 octobre 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

HASSANALY Vincent

Examineurs de la thèse :

Monsieur Mathieu NACHER

Professeur,

Président

Monsieur Pierre COUPPIE

Professeur,

Juge

Monsieur Félix DJOSSOU

Professeur,

Juge

Madame Florence HUBER

Docteur,

Juge

Monsieur Timothée BONIFAY

Docteur,

Directeur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 0696 19 44 99

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
 Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 21 01
 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 28

SAINTE-ROSE Christian

Neurochirurgie Pédiatrique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 0696 73 27 27

André CABIE

Maladies Infectieuses
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie Hygiène hospitalière

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 12 80

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 96 55 24 24

Annie LANNUZEL

Neurologie
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 93 50 24

Michel CARLES

Anesthésie-Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 0690 39 56 28

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 38 05 20

VENISSAC Nicolas

**Chirurgie Thoracique
Et cardiovasculaire**
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 03 86 87

DJOSSOU Félix

**Maladies Infectieuses
Et tropicales**
CH de CAYENNE
Tél : 0694 20 84 20

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 06 94 97 80 48

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME

Epidémiologie Economie de la Santé
CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 13 00

TABUE TEGUO Maturin

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
Du vieillissement**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0690 30 85 04

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck

Médecine Générale

Tél : 0596 56 13 23

CARRERE Philippe

Médecine Générale

Tél : 0690 99 99 11

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte	Endocrinologie CHU DE GUADELOUPE Tel : 05 90
CHAUMONT Hugo	Neurologie CHU de GUADELOUPE Tel : 06 90
BUTORI Pauline	ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 05 90 89 14 55
BONIFAY Timothée	Médecin Générale CHU de Cayenne Croix rouge Tel : 06 90 99 99 11
DURTETTE Charlotte	Médecine Interne CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 22 55
RENARD Guillaume	Chirurgie Orthopédique CHU de MARTINIQUE Tel : 06 96 26 27 33
CHEVALLIER Ludivine	Chirurgie Générale et VIS CH de CAYENNE Tel : 06 70 86 88 91
SYLVESTRE Emmanuelle	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE Tel : 06 20 60 31 36
POUY Sébastien	Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel : 06 66 44 56 15
HUYGHUES DES ETAGES Gunther	ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 0590
HENNO Florent	Anesthésiologie/Réanimation CHU de GUADELOUPE Tel : 06 37 85 15 28
PASQUIER Jérémie	Maladies Infectieuses maladies Tropicales CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 93 46 16
MONFORT Astrid	Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72
PERROT Emmanuel	Urologie CHU de GUADELOUPE

JEREMIE Jean-Marc	Tel : 05 90 Psychiatrie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
TRAMIER Ambre	Gynécologie Obstétrique CHU de GUADELOUPE Tel : 0590 89 19 89
SAINTE-ROSE Vincent	Parasitologie CH de Cayenne Tel : 05 90
ROLLE Amélie	Anesthésie-Réanimation CHU de GUADELOUPE Tel : 05 90
CARPIN Jamila	Médecine Générale Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane Tel : 0690 72 12 04
PLACIDE Axiane	Médecine Générale CHU de MARTINIQUE Tel : 0690 30 75 19
NIEMETZKY Florence	Médecine Générale CH de CAYENNE Tel : 0694 16 15 31
BLAIZOT Romain	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 0694 08 74 46
PARSEMAIN Aurélie	ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 0694 08 74 46
DUDOUIT Sylvain	Chirurgie Orthopédique CHU de GUADELOUPE Tel : 0596

Remerciements

À monsieur le Professeur NACHER,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je vous témoigne également toute ma gratitude pour nous avoir accompagné dans l'apprentissage des statistiques avec STATA.

À monsieur le Professeur COUPPIE,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, merci également pour vos cours et conseils en dermatologie qui furent nombreux lors de mes années d'internat passées en Guyane.

À monsieur le Professeur DJOSSOU,

Merci d'avoir si rapidement accepté de juger mon travail, soyez assuré de ma profonde gratitude.

À monsieur le Docteur BONIFAY,

Merci pour m'avoir offert la chance de réaliser une thèse sur un sujet aussi passionnant. Ce travail est avant tout le tien. Merci pour ton aide, ta disponibilité et ton enthousiasme communicatif qui m'ont permis d'avancer dans ce projet mais aussi de découvrir ce sujet captivant qu'est la prise en charge médicale des migrants et des demandeurs d'asile.

À madame le Docteur HUBER,

Merci pour m'avoir donné l'opportunité de faire ce travail à la Croix Rouge. Merci pour tes relectures et tes conseils. Et merci pour m'avoir permis d'appréhender une autre approche de la médecine à travers mes stages en hôpital de jour, à la prison et à la Croix Rouge qui m'ont permis de comprendre un peu mieux la prise en charge des personnes les plus vulnérables et qui auront influence certaine sur ma pratique future de la médecine.

J'aimerais également remercier toutes les personnes qui ont contribué à cette thèse et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir :

- L'ensemble du personnel de la Croix Rouge française de Cayenne pour m'avoir reçu chaleureusement durant mon stage et qui ont effectué un travail de recueil de données sans lequel rien n'aurait été possible.
- Le Docteur AGAPIT pour sa gentillesse, sa disponibilité et son aide dans l'analyse et le recueil des résultats biologiques.
- Monsieur GOURILLON, responsable informatique et logistique de la Croix Rouge à Cayenne, pour sa gentillesse, sa patience et son aide dans mes déboires informatiques.
- Le docteur TRAVERS pour son aide précieuse concernant la tuberculose.

Enfin j'aimerais remercier mes proches qui m'ont aidé et soutenu pendant toutes ces années difficiles qu'ont été les études de médecine :

- Ma famille pour son soutien :

À mes parents, mes plus fidèles relecteurs sans qui ma thèse ressemblerait à un SMS de collégien, qui m'ont soutenu durant toutes mes années de fac et m'ont fourni en haagen dazs salutaires durant mes premières années de médecine. Les valeurs que vous m'avez transmises ne sont pas pour rien dans le choix de ce sujet.

À mes frères qui m'ont rendu un peu plus bête : merci ! heureux les imbéciles ! À Silvère et Cécile qui me permettent d'être toujours bête en Guyane et au nouvel arrivant dans la famille Thomas qui devra bientôt apprendre à gérer l'humour familial.

À mon oncle et à ma tante et mes cousins, thank you for everything ! Pour votre aide et votre bonne humeur.

À ma grand-mère et à mon grand père parti trop tôt, grâce à qui cette famille de communiste bariolé existe.

Et à toute ma famille de Madagascar que j'espère revoir un jour

- Mes amis de Guyane, de Clermont et d'ailleurs : Nono, les quatre fantastiques et Grégoire qui m'ont permis de tenir durant toutes les années d'externat. Tous mes anciens colocs qu'il serait trop long de citer ici mais avec qui j'ai découvert la Guyane et la Guadeloupe, et tous les autres potes que je n'ai pas la place de mettre ici mais que je n'oublie pas.

Et surtout à mon amour, ma dulciné qui m'a aimé et supporté durant ces années et ce travail. Sans qui cette thèse serait probablement encore au stade larvaire. Merci pour ton aide dans l'utilisation de STATA, Word et Zotero. Si mon ordinateur est encore vivant c'est un peu grâce à toi ... Et surtout merci de m'accompagner dans mes joies et mes peines, ça y est on a fini, le monde est à nous !

Résumé

État de santé des demandeurs d'asile pris en charge en Guyane Française en 2017 – 2018

Mots clés : Santé, migrants, demandeurs d'asile, Guyane, dépistage

Introduction

En Guyane française, entre 2014 et 2017, le nombre de demandeurs d'asile (DA) a été multiplié par plus de cinq, représentant 85% des demandes d'asile faites en outre-mer. La plupart des DA étaient originaire d'Haïti (88.9%). Cette vague migratoire a amené la Croix-Rouge française à proposer, à partir de mars 2017, une prise en charge dédiée à la santé des DA, en lien avec la préfecture et l'OFII, proposée systématiquement aux DA dès leur enregistrement. Cette prise en charge comprenait une consultation paramédicale d'accueil avec prise de constantes et bilan biologique de dépistage, suivie d'une consultation médicale avec remise des résultats, rattrapage vaccinal, dépistage de la tuberculose, traitement ou orientation vers d'autres services pour assurer une poursuite des soins. L'objectif de cette étude était de décrire les infections chroniques, les IST et certaines pathologies non infectieuses rencontrées chez les DA en Guyane Française.

Matériel et Méthode

Les prévalences ont été établies par une étude observationnelle transversale, monocentrique, incluant rétrospectivement toutes les personnes ayant consulté à la consultation dédiée aux DA, entre le 1^{er} juillet 2017 et le 31 décembre 2018, suite à une demande d'asile.

Résultats

Au total, 2135 personnes ont été incluses soit 42% (n=5088) des DA enregistrées sur la période d'étude. Ils provenaient principalement d'Haïti (76.7%, n=1589), de République Dominicaine (10.6%, n=220) et de Syrie (4.6%, n=97). La médiane d'âge était de 30 ans [IQR 25-37] pour un sexe ratio H/F de 1/1,1. Les prévalences étaient de 1.7% (n=32) pour le VIH, atteignant 2.0% dans la population originaire de Haïti (29/1420), 5.3% (n=99) pour la chlamydiae, 0.8% (n=15) pour la syphilis, 0.5% (n=9) pour l'hépatite C et 0.7% (n=13) pour le gonocoque. La prévalence d'hépatite B chronique (Ag Hbs positif) était de 2.6% (n=49), d'hépatite B guérie de 24.5% (n=460). La proportion de personnes vaccinées contre le VHB était de 4.9% (n=91). Deux cas de tuberculose-maladie ont été identifiés à distance de la consultation initiale. Concernant les NCD, la prévalence de l'obésité était de 17.6% (n=346), celle de l'anémie était de 16.8 % (n=309) avec une nette prédominance féminine (OR=8.04, p=0.000). 10.6% (n=219) des demandeurs d'asile présentaient une tension artérielle élevée et 0.7 % (n=9), une glycémie élevée.

Conclusion

Cette étude, qui s'intéresse à l'état de santé d'une population peu étudiée en Guyane, démontre l'importance de la consultation d'accueil pour les demandeurs d'asile. Les prévalences d'hépatite B évolutive et d'infection par le VIH étaient élevées, avec peu de protection vaccinale anti-VHB parmi les demandeurs d'asile. En outre, notre étude corrobore les recommandations de dépistage de la tuberculose. Par ailleurs, cette étude souligne la part importante des pathologies non infectieuses dans les problématiques de santé des demandeurs d'asile.

L'accès au dépistage et aux soins semble essentiel pour les demandeurs d'asile, comme pour tous les primo-arrivants, afin de les intégrer précocement dans un parcours de soins en évitant les cas secondaires.

Récemment, une modification des procédures est entrée en vigueur en Guyane, et semble associée à une forte diminution des demandes d'asile. Dans ce contexte, il paraît encore plus justifié d'élargir cette consultation de dépistage et d'orientation à tous les primo-arrivants, qu'ils soient ou non demandeurs d'asile.

Abstract

Asylum Seekers' Health Status in French Guyana in 2017 – 2018

Key words : Health, migrants, Asylum seekers, Guyana, screening

Introduction

In French Guyana, between 2014 and 2017, the number of asylum seekers (AS) has increased by five times, amounting to 85% (n=5176) of all of the AS in all French overseas territories. Most of them were from Haiti (88.9%). Those migrants have led the French Red Cross to offer a medical consultation dedicated to the AS (CODA), in association with the FIIO and the prefecture since March 2017, systematically proposed to the AS when they arrive. The consultation includes a check-up by a nurse and a blood test and a medical consultation with screening for tuberculosis, diagnosis, vaccination, treatment proposal and the referral to other medical departments. The main aim of this study was to describe some chronic infections and non-communicable diseases and sexual related infections among the asylum seekers in French Guyana.

Methods

The prevalence has been established by a transversal, retrospective, monocentric study that includes all the AS that have consulted at CODA between the beginning of July 2017 and the end of December 2018.

Results

Overall, 2135 persons have been included representing 42 % (n=5088) of all the AS during the study. They mostly came from Haiti (76.7%, n=1589), Dominican Republic (10.6%, n=220) and from Syria (4.6%, n=97). The median age was 30 years old [IQR 25 – 37] and sexual ratio M/F was 1/1,1. The prevalence was 1.7 % (n=32) for the HIV, and even 2.0 % in the population from Haiti (29/1420), 5.3 % (n=99) for chlamydia, 0.8 % (n=15) for the syphilis, 0.5 % (n=9) for HBV and 0.7 % (n=13) for the gonococcus. The prevalence of chronic HBV (Ag HbS +) was 26 % (n=49), cured HBV: 24. % (n=460). Only 4.9 % of the AS was initially vaccinated against HBV (n=91). Two cases of tuberculosis has been identified. About the NCD, the prevalence of obesity was 17.6% (n=346), anemia : 16.8 % (n=309) with a significantly higher prevalence for women (OR=8.04, p=0.00). 10.6% (n=219) of the AS had a high blood pressure and 0.7% (n=9), a high glucose rate.

Conclusion

This study points out the necessity of dealing with and taking care of this hardly studied group of people. The prevalence of HBV and HIV were high with a little vaccination rate against HBV. This study also highlights the importance of the tuberculosis screening among newly arrived migrants. Finally this study emphasizes the importance of NCD among AS.

The access to health care seems essential not only for AS, but for every newly arrived migrants in order to ensure an early integration into the health care system in order to avoid complications and the spread of infectious diseases.

Recently, a modification of the law has made the acquisition of refugee status difficult and the reduction of AS' rights has led to a substantial decrease in the number of AS in French Guyana. It seems important, in this context to propose this consultation for screening and orientation to all of the newly arrived migrants whether they are AS or not.

Table des matières

Remerciements	8
Résumé	11
Abstract	12
Table des matières	13
Table des abréviations	15
Table des tableaux	16
Table des figures	17
Première partie : Migrations haïtiennes en Guyane et dans le monde	18
I- Brève présentation de la Guyane	18
II- Histoire des migrations en Guyane	19
1- La Guyane, terre d'immigration :	19
2- Principales migrations du XX ^{ème} siècle : Brésil, Surinam, Haïti	20
III- Migrations haïtiennes en Guyane et dans le monde	24
1- Migrations haïtiennes dans le monde	24
2- Migrants haïtiens en Guyane française	32
Deuxième partie : État de santé des demandeurs d'asile en Guyane	34
Introduction :	34
Méthode	40
1- Type d'étude	40
2- Population de l'étude et critères d'inclusion	40
3- Recueil des données	40
4- Définition des variables	41
5- Méthode statistique	43
6- Éthique	43
Résultats	44
I- Données démographiques :	44
1- Description de la population	44
2- Origine géographique et parcours migratoire	47
3- Maîtrise de la langue française	52
II- Données médicales	53
1- Pathologies infectieuses	53

2-	Pathologies non infectieuses	62
3-	Principaux motifs de consultations	66
	Discussion	68
1-	Données démographiques	68
2-	Données médicales.....	70
3-	Points forts et limites de l'étude.....	91
	Conclusion.....	92
	Bibliographie.....	94
	Annexe	102
	Annexe 1 : Définitions	102
	Annexe 2 : Déplacés 2017.....	104
	Annexe 3 : Procédure de demande d'asile en Guyane en 2017	105
	Annexe 4 : interprétation des sérologies VHB et VHC	106
	- Interprétation sérologies VHB :.....	106
	- Interprétation sérologies VHC :.....	106
	Annexe 5 : Haïti : Principales villes et densité de population.....	107
	Annexe 6 : Prévalence de l'hyperéosinophilie.....	108
	Annexe 7 : Prévalence de l'Anémie	109
	Annexe 8 : Zones d'endémie des strongyloïdes et des schistosomiasés	110
	SERMENT D'HIPPOCRATE	111

Table des abréviations

CMP : Centre Médico Psychologique

CLAT : Centre de Lutte Contre la Tuberculose

CODA : Consultation Dédiée aux Demandeurs d'Asile

CSG : Centre Spatial Guyanais

DA : Demandeurs d'Asile

DTP+/-C : Diphtérie Tétanos Poliomyélite +/- Coqueluche

ECDC : Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies

Hb : taux d'hémoglobine

HdJ : Hôpital de Jour

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HTA : Hypertension Artérielle

IDR : IntraDermo-Réaction

IGRA : Interferon Gamma Release Assays

IIQ : Intervalle InterQuartile

IMC : Indice de Masse Corporelle

IQR : InterQuartile Range

IOM : International Organization for Migration

ITL : Infection Tuberculose Latente

NCD : Non Communicable Diseases

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'intégration

ONU : Organisation des Nations Unies

OFPRA : Offices Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile

PNE : Polynucléaires Éosinophiles

PNN : Polynucléaires neutrophiles

PTSD : Syndrome de Stress Post Traumatique

TA : Tension Artérielle

TAS : Tension Artérielle Systolique

TAD : Tension Artérielle Diastolique

UNHCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

VGM : Volume Globulaire Moyen

VPP : Valeur Prédicative Positive

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.....	44
Tableau 2 : Caractéristiques de la population selon le pays de départ.....	45
Tableau 3 : Pays de départ.....	47
Tableau 4 : Histoire migratoire en fonction du pays d'origine	48
Tableau 5 : Principales villes de départ en Haïti	50
Tableau 6 : Prévalence des pathologies infectieuses.....	53
Tableau 7: Prévalence des IST	54
Tableau 8 : Prévalence de l'infection par le VHB, de l'immunité anti VHB.....	55
Tableau 9 : Interprétation des sérologies VHC	56
Tableau 10 : Prévalence du VIH, de la Syphilis et du VHC	57
Tableau 11 : prévalence de la chlamydia et du gonocoque.....	58
Tableau 12 : Analyse bivariée, VIH.....	59
Tableau 13 : Analyse bivariée, VHB évolutive.....	59
Tableau 14 : Analyse bivariée, Chlamydia	60
Tableau 15 : Analyse bivariée, Hyperéosinophilie	61
Tableau 16 : Vaccinations	61
Tableau 17 : Anémie, analyse bivariée	62
Tableau 18 : Prévalence des chiffres tensionnels élevés et de l'obésité.....	64
Tableau 19 : Analyse bivariée, HTA.....	65
Tableau 20: Analyse bivariée, Obésité.....	65
Tableau 21 : Principaux motifs de consultations	66
Tableau 22 : Principales causes de prurit	66
Tableau 23 : Tableau récapitulatif de comparaison avec des études antérieures réalisées sur la santé des demandeurs d'asile en Europe et en Amérique	70
Tableau 24 : Comparaison des prévalences obtenues dans l'étude avec celles de la France et de la Guyane.....	71
Tableau 25 : Comparaison des prévalences entre les DA de l'étude venant de Haïti et la prévalence en Haïti.....	71
Tableau 26 : Principaux motifs de consultation, comparaison avec la littérature.....	90

Table des figures

Figure 1 : Immigration en Guyane française depuis le XVIII ^{ème} siècle	22
Figure 2 : Nationalités des personnes étrangères en Guyane en 2010, INSEE	23
Figure 3 : Volume de réfugiés haïtiens dans le monde	25
Figure 4 : Routes migratoires de Haïti au Brésil	28
Figure 5 : Les haïtiens dans le monde en 2005	31
Figure 6 : Délais de consultation (médiane) en fonction du mois de consultation	45
Figure 7 : Nombre de consultants selon le mois de consultation	46
Figure 8 : Départements de départ des demandeurs d'asile	49
Figure 9 : Principale route de migration haïtienne	51
Figure 10 : Niveau de français en fonction de la région d'origine	52
Figure 11 : Utilisation de préservatif	54
Figure 12 : répartition des IMC	63
Figure 13 : Orientation des patients	67

Première partie : Migrations haïtiennes en Guyane et dans le monde

I- Brève présentation de la Guyane

La Guyane est située au nord-est de l'Amérique du sud, limitée à l'est par l'Océan Atlantique, au sud par le fleuve Oyapock qui marque la frontière avec le Brésil et à l'ouest par le fleuve Maroni, frontière avec le Surinam. Il s'agit d'un département Français depuis 1946 et d'une région monodépartementale depuis 1983 (1). Elle présente une superficie de 86 504 km² ce qui en fait le plus grand département français avec une superficie égale à 8 fois celle de la Gironde, le deuxième département français en superficie (2).

Cependant, malgré son étendue, la Guyane est recouverte à plus de 90 % par la forêt amazonienne et ne comptait en 2015 selon l'INSEE que 259 865 habitants avec une densité de population de 3 habitants par km² en faisant ainsi le département français le moins peuplé. La forêt rend difficilement pénétrable le territoire et 90 % de la population se concentre sur le littoral, principalement dans les agglomérations de Cayenne et de Saint Laurent.

Sa position géographique en Amérique latine et son PIB nettement supérieur à ceux des pays limitrophe (PIB / hab en Guyane en 2016 : 15813 euros (contre 44032 en France); PIB / hab du Guyana en 2015 : 4090 USD; PIB / hab du Brésil en 2016 : 8795 USD ; PIB/ hab du Surinam 5700 USD en 2016, PIB / hab de Haïti en 2017 : 765 USD) (3) en fait un territoire attractif pour les migrants en provenance de ces pays.

Ainsi la pression migratoire est importante dans ce département et les personnes de nationalités étrangères représentaient 35.5 % de la population totale en 2010, auquel s'ajoute entre 30 000 et 60 000 personnes en situation irrégulière selon le ministère de l'intérieur. Cette forte

immigration constitue une particularité de la Guyane qui s'est construite par vagues migratoires successives pour conduire à la société guyanaise actuelle (1).

II- Histoire des migrations en Guyane

1- La Guyane, terre d'immigration :

La colonisation des terres intérieures de l'Amérique du Sud a d'abord suivi les axes fluviaux, l'empire espagnol passant d'abord par l'Orénoque avant de longer la cordillère des Andes et la côte pacifique tandis que le Portugal après avoir exploré la côte atlantique de l'actuel Brésil poursuivait sa colonisation vers l'ouest par les fleuves, en particulier l'Amazone. Entre Amazone et Orénoque s'est donc constitué un espace libre dans lequel se sont glissés les nouvelles puissances politiques européennes qu'étaient la France, l'Angleterre et la Hollande à la fin du XVI^{ème} siècle

Entre le XVII^{ème} et le XVIII^{ème} siècle, l'immigration vers la Guyane fut mobilisée par la France dans une optique politique de conquête et d'occupation du territoire en concurrence avec le Portugal et la Hollande puis économique à partir du XVIII^{ème} siècle, la France voulant faire de la Guyane un centre de soutien pour l'économie sucrière antillaise et un pivot dans les colonies Américaines. C'est dans ce but que la métropole organise une politique de peuplement planifié pour un territoire jusqu'alors très peu peuplé (7635 habitants au milieu du XVIII^{ème} siècle sans tenir compte de la population amérindienne). Entre 1763 et 1764, 9 000 individus furent envoyés en Guyane dans ce qui prendra le nom « d'Expédition de Kourou ». Seuls 966 colons survécurent en janvier 1765, marquant l'échec de la tentative et donnant par la même à la Guyane la réputation « d'enfer vert ».

La déportation de 19 000 esclaves africains entre 1765 et 1831 puis celles de 72 000 bagnards entre 1852 et 1932 permirent de légitimer l'occupation coloniale de la frange littorale guyanaise

mais n'eut qu'un faible impact final sur la population guyanaise avec encore une fois une forte mortalité.

Les premières migrations spontanées vers la Guyane sont représentées par la ruée aurifère entre 1855 et 1930 avec l'installation de chercheurs d'or venant principalement des Antilles (Guadeloupe, Martinique, Dominique, Sainte Lucie) qui permit une occupation de l'intérieur du territoire, des concessions étant accordées à ces migrants par le second empire pour favoriser l'occupation de l'ouest Guyanais. Par ailleurs une immigration organisée de main d'œuvre sous contrat dans les placers aurifères entraîna l'arrivée d'Indiens, de Chinois, de Javanais. L'ensemble de ces migrations n'eut qu'un faible impact sur le peuplement de la Guyane, Cette dernière ne comptant en 1954 que 28 000 habitants. Ce n'est que dans la seconde partie du XX^{ème} siècle que la population Guyanaise connut une réelle croissance à la fois par une immigration organisée et spontanée (4,5).

2- Principales migrations du XX^{ème} siècle : Brésil, Surinam, Haïti

La France organise dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle plusieurs plans visant à peupler la Guyane qui prendront la forme de la création du centre spatial Guyanais en 1965, dans les suites de la perte de l'Algérie française, drainant une main d'œuvre issue des pays sud-américains (Bolivie, Brésil, Colombie, Haïti, Surinam) puis la forme du « plan vert » en 1975 visant à développer l'agriculture guyanaise et qui aboutira entre autre à l'implantation de 2 communautés de réfugiés hmong du Laos à Cacao et à Javouhey.

Les principaux mouvements migratoires de la seconde moitié du XX^{ème} siècle sont cependant représentés par une migration spontanée issue de 3 pays : Le Brésil, le Surinam et Haïti :

- La migration brésilienne est principalement une migration économique, constituée à partir des années 60 d'une main d'œuvre venant des états frontaliers de l'Amapa et du Para, attirée par les grands travaux Guyanais d'abord puis par l'activité aurifère.
- La migration surinamaïse est principalement une migration politique, constituée par des Noirs marrons et des Amérindiens chassés de leur pays par la guerre civile de 1986 à 1992.
- La migration haïtienne est décrite comme une migration à la fois économique et politique et a connu un début dans le milieu des années 1960 (6).

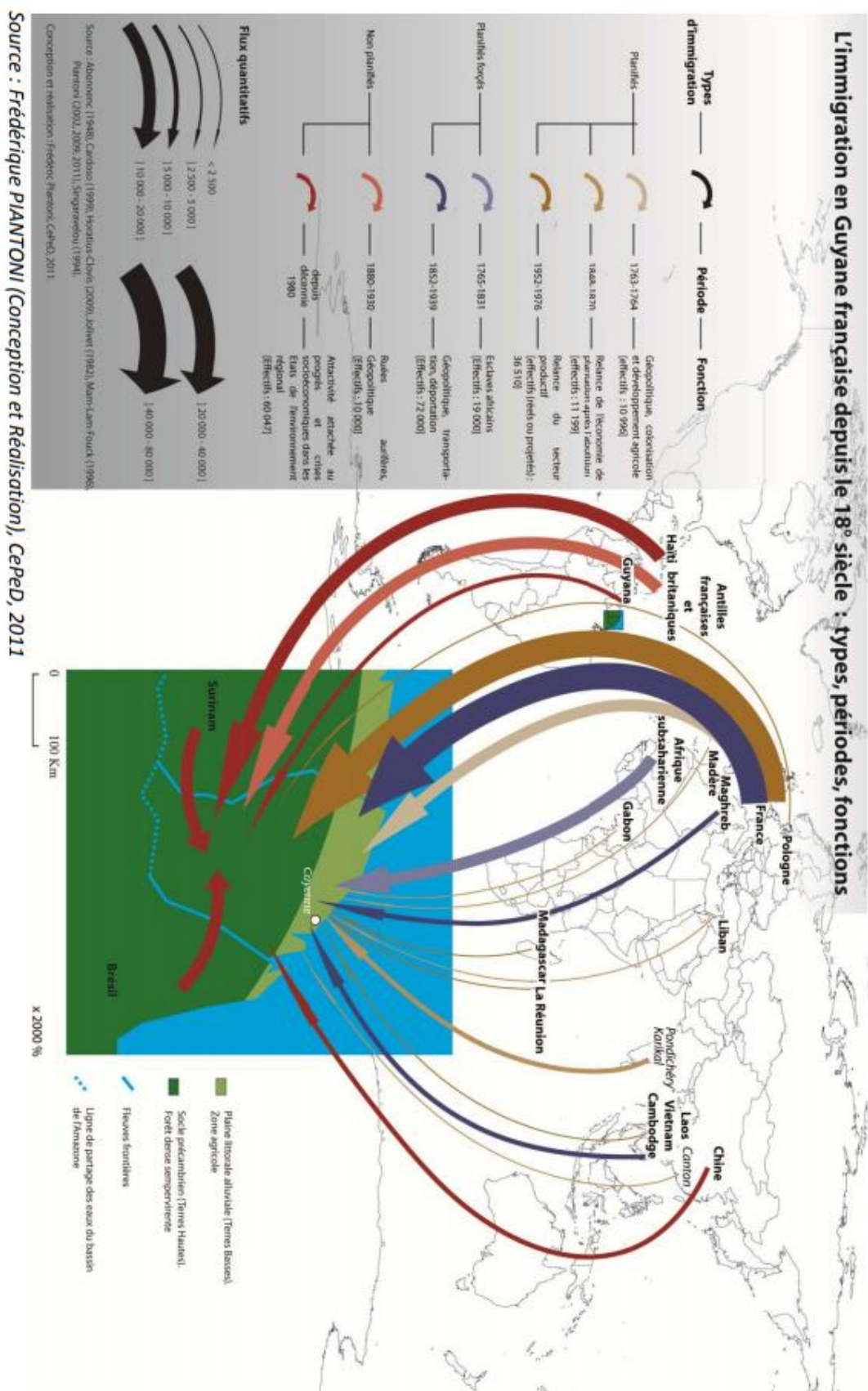


Figure 1 : Immigration en Guyane française depuis le XVIII^{ème} siècle (6)

Ces migrations expliquent la répartition de l'origine des populations étrangères en Guyane en 2010 décrit dans la figure 2 :

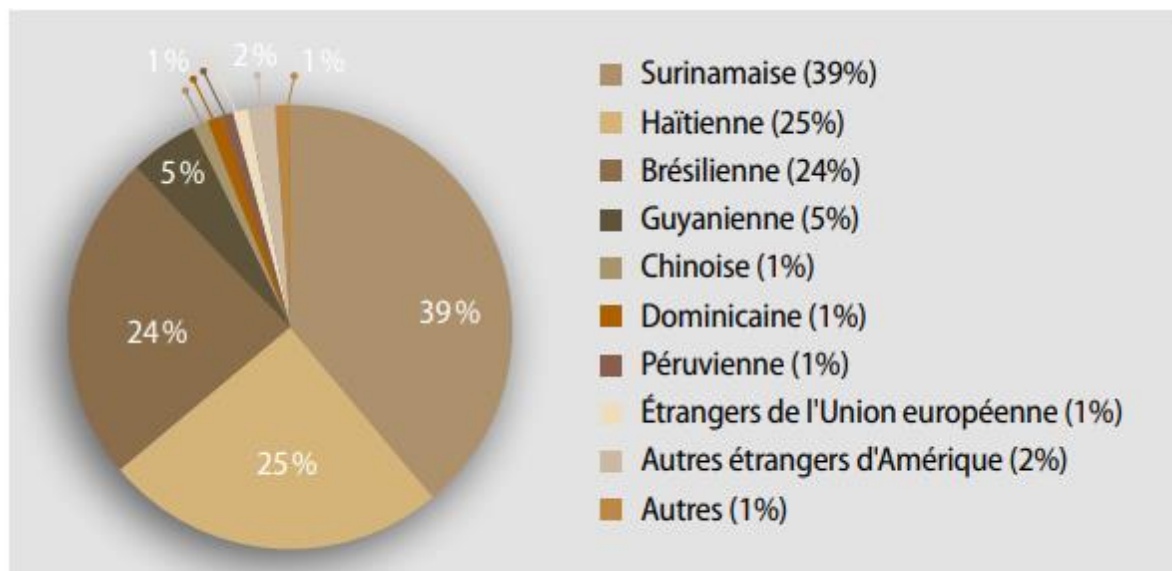


Figure 2 : Nationalités des personnes étrangères en Guyane en 2010, INSEE (1)

Depuis 2010, une nouvelle forme de migration a connu une augmentation importante : les demandes d'asile avec 5 176 premières demandes d'asile enregistrées en Guyane en 2017, principalement par des personnes originaires de Haïti.

III- Migrations haïtiennes en Guyane et dans le monde

1- Migrations haïtiennes dans le monde

Le phénomène d'émigration existe depuis longtemps en Haïti, incité par des facteurs à la fois économiques, politiques et environnementaux, engendrant un accroissement de la diaspora, composée en 2015 de 1.2 millions de personnes pour 10.7 millions d'habitants à Haïti soit 11% de la population. L'argent envoyé au pays contribue grandement à l'économie du pays, représentant 25 % du PIB (environ 2 milliards de dollars US en 2015) (7).

Le poids de cette diaspora dans l'économie du pays est tel que le terme de « dixième département » a un temps été utilisé pour désigner l'ensemble des ressortissants haïtiens à l'étranger, le gouvernement de Aristide créant même un ministère des haïtiens vivant à l'étranger (8).

Vagues migratoires :

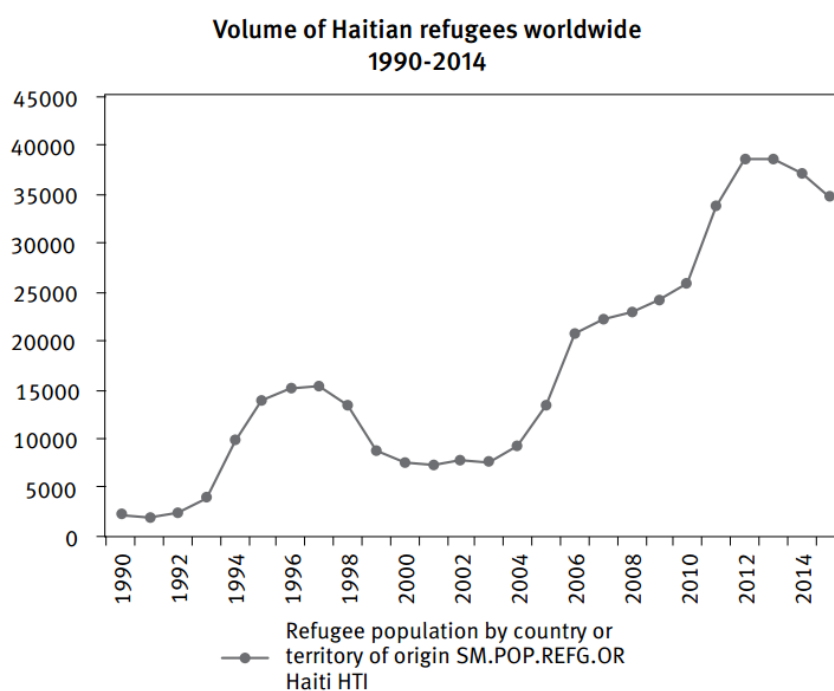
Georges Anglade (géographe haïtien) établit deux grandes vagues migratoires haïtiennes au XX^{ème} siècle :

- La première entre 1915 et 1934 principalement en direction de Cuba et de la République Dominicaine dans un contexte d'occupation américaine de l'île.
- La seconde, entre 1957 et 1986, liée à la fuite des opposants à la dictature des Duvaliers, principalement vers les États-Unis et le Canada, et dans une moindre mesure vers les Caraïbes, l'Amérique Latine et l'Europe.

A ces deux vagues peut s'ajouter une troisième depuis le début des années 1990 d'abord liée à des causes politiques et économiques en rapport avec le renversement du gouvernement de Aristide par une dictature militaire en 1991. Ce coup d'état fut suivi d'une répression importante à l'encontre des opposants au régime et de la mise en place d'un embargo économique imposé par l'ONU sous la pression des États-Unis responsable d'une détérioration des conditions de

vie et de la fuite d'un grand nombre de Haïtiens vers la République Dominicaine et les États Unis.

Par la suite, des catastrophes écologiques à répétition (1 ouragan en 2004, 4 ouragans en 2008) vont encore accroître la vulnérabilité haïtienne. Le tremblement de terre du 12 janvier 2010, responsable de 280 000 morts et de millions de sans-abris contraint la population à fuir, augmentant encore le nombre d'émigrés en particulier en direction des pays d'Amérique du Sud (Figure 3).



Source: UNHCR.

Figure 3 : Volume de réfugiés haïtiens dans le monde (9)

Pays d'accueil :

Les principaux pays d'accueil sont historiquement les États-Unis, le Canada, la République Dominicaine et la France. Entre 700 000 et 1 000 000 de haïtiens vivraient actuellement aux États-Unis. Il s'agit d'une destination privilégiée du fait de l'inscription de Haïti dans la sphère d'influence des États-Unis depuis l'occupation américaine de l'île entre 1915 et 1934. Des liens étroits économiques, diplomatiques et culturels existent entre les deux pays et expliquent en

particulier l'importance des migrations en direction des États-Unis durant la dictature des Duvalier à partir de 1965.

Le Canada a ouvert ses portes à une immigration qualifiée non européenne à partir de 1967 et ainsi apporté une nouvelle opportunité pour la classe moyenne éduquée haïtienne. 130 000 Haïtiens vivaient actuellement au Québec.

La France et les Antilles, du fait des liens historiques hérités de l'époque coloniale, représentent également une destination privilégiée pour les migrations haïtiennes. 40 000 vivaient en métropole et 28 000 dans les Antilles française.

La République Dominicaine, du fait de son emplacement frontalier accueille actuellement 500 000 à 700 000 personnes originaires de Haïti.

Les pays de prédilection de la migration haïtienne varient en fonction des changements des politiques migratoires des pays d'accueil, des offres d'emplois et du contexte économique ainsi que la redéfinition du statut des migrants haïtiens dans ces pays. L'apparition de politiques migratoires de moins en moins favorables dans les pays d'accueil historiques a ainsi entraîné l'émergence de nouvelles destinations après le tremblement de terre de 2010 en particulier en Amérique du sud (9).

Le Brésil depuis 2010, s'est en particulier imposé comme un nouveau pays d'accueil, pour plusieurs raisons. D'abord économique : le Brésil, sixième puissance économique mondiale, en pleine croissance économique en 2010 avait besoin de main d'œuvre pour des politiques de grands travaux dans la période qui a suivi le tremblement de terre (préparation des jeux olympiques, de la coupe du monde...). Politique ensuite, le Brésil ayant la présidence de la MINUSTAH, mission de l'ONU pour la stabilisation de Haïti depuis 2004. 45 % des forces militaires de la mission sont pourvues par le Brésil renforçant ainsi les liens diplomatiques entre les deux pays et créant des opportunités pour les entreprises Brésiliennes de s'implanter en

Haïti. Le trajet vers le Brésil est complexe et associe voies aérienne, fluviale, pédestre avec l'implication de réseaux de trafiquants, passant d'abord par la République Dominicaine et le Panama puis par l'Équateur, ce dernier pays ayant introduit en 2008 une dispense de visa pour les personnes originaires de Haïti. La migration se poursuit ensuite par le Pérou puis le nord-ouest du Brésil. Les principales destinations au Brésil sont la région de Manaus et de Sao Paulo (Figure 4). Entre 2012 et 2016, 48 000 migrants haïtiens ont bénéficié d'un visa humanitaire au Brésil et 50 000 d'une régularisation et d'un statut de résident permanent.

Le Pérou, l'Équateur et la Colombie sont des pays de transit depuis 2010, l'Équateur a ainsi enregistré l'entrée de 14 000 personnes originaire de Haïti en 2013, la Colombie a identifié 20366 haïtiens en situation irrégulière en 2016 tandis que le Pérou a enregistré le passage de 3 000 Haïtiens « touristes » entre 2010 et 2012 avant de durcir ses conditions d'entrée sur le territoire en requérant un visa. Ces mesures ont aggravé la vulnérabilité des migrants en les exposant aux réseaux de trafiquants (9).

Depuis 2015, le Brésil connaît une des plus importantes crises économiques de son histoire avec une montée du chômage associée à une augmentation des actes racistes à l'encontre des migrants expliquant une diminution des migrations vers ce pays. Avec le durcissement récent des politiques des états d'Amérique du Sud envers les migrants Haïtien, de nouvelles routes migratoires se sont créées, rendues plus dangereuse et plus chères par l'illégalité, en particulier depuis l'Amérique latine jusqu'aux États-Unis (12 000 migrants haïtiens sont ainsi arrivés à la frontière entre les États-Unis et le Mexique en 2012) (10).



Figure 4 : Routes migratoires de Haïti au Brésil (11)

Migrants économiques ou réfugiés ?

Dans l'histoire des migrations haïtiennes la limite entre migration économique ou politique a souvent été floue, variant en fonction de la situation en Haïti et des modifications des politiques migratoires dans les pays d'installation.

L'intégration des causes multiples à la vulnérabilité haïtienne, à la fois politique, économique et écologique a conduit à deux reprises dans l'histoire à la création de statuts hybrides : « the Cuban Haitian entrant statut » créé en 1980 aux États-Unis pour faire face à l'afflux massif de « boat people » et le statut de migrants humanitaires créé en 2012 au Brésil pour répondre à l'arrivée importante de haïtiens dans les suites du tremblement de terre de 2010.

Les causes de la migration sont en effets complexes et multidimensionnelles, à la fois économique, politique et écologique.

Dans les zones rurales, la pression démographique et l'érosion des sols ont aggravé les conditions de vie des paysans. La culture sur brûlis, les cyclones à répétitions et l'accaparement des terres par une minorité de l'élite haïtienne ont entraîné une diminution de la surface disponible pour l'agriculture vivrière et un exode rural en particulier vers la région de Port au Prince. Dans ces zones urbaines, l'importance du chômage et une économie peu diversifiée imposent des stratégies de survie « au jour le jour » dans le secteur informel.

A cette instabilité économique s'ajoute une instabilité politique et sécuritaire, avec une succession de coups d'état depuis la moitié du vingtième siècle et une emprise des réseaux de narcotrafiquants sur le secteur politique haïtien. Les régions urbaines sont par ailleurs soumises aux contrôles de gangs instrumentalisés par les acteurs politiques soumettant la population au racket, aux intimidations...

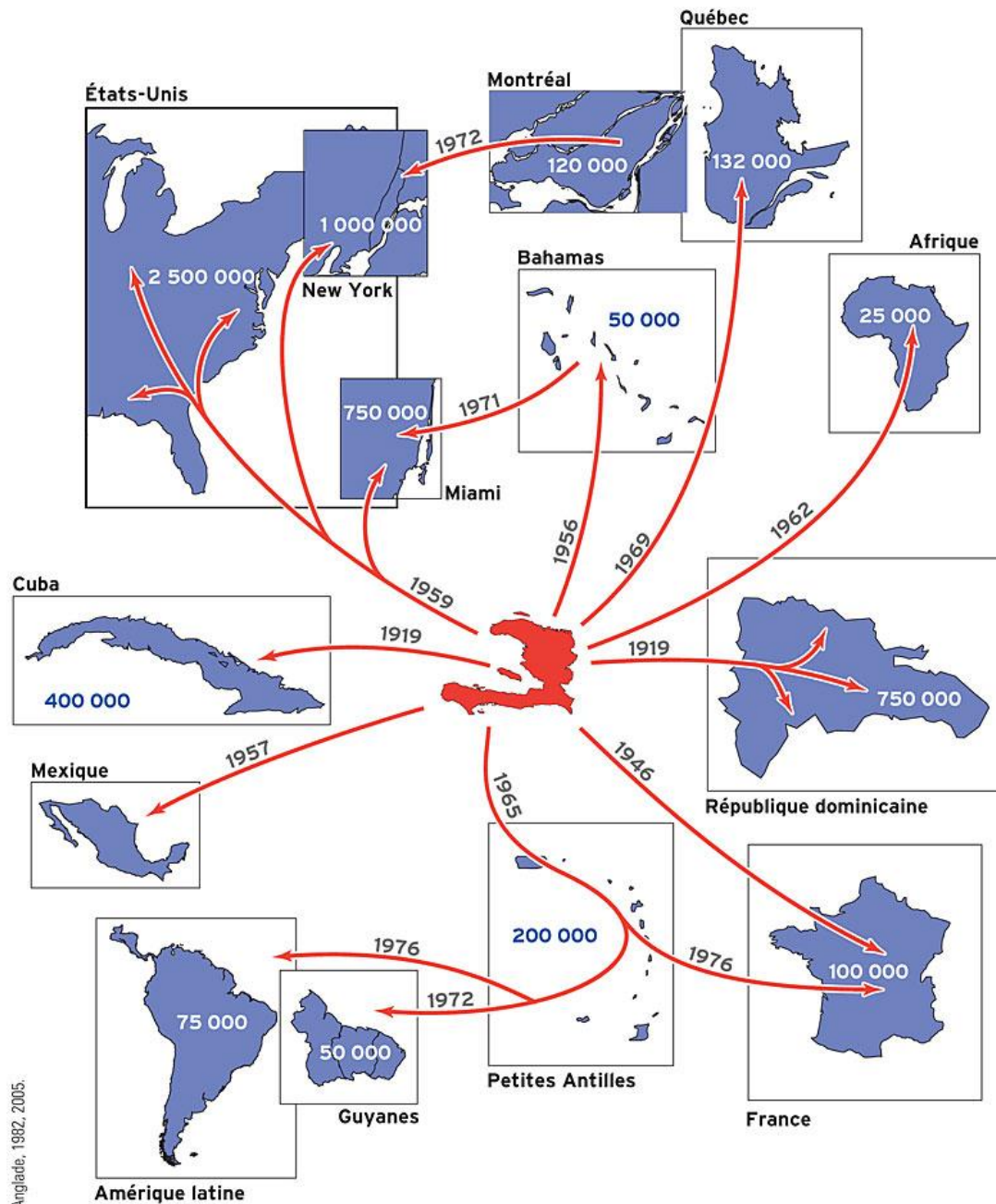
Haïti est enfin exposé à une instabilité écologique, l'île ayant subi des cyclones à répétition entre 2000 et 2008 avant le séisme dévastateur de 2010 qui a contraint une grande partie de la population à l'exil.

Pour faire face à ces migrations accrues les pays d'accueil ont adapté leurs conditions d'entrée pour les haïtiens soit en créant de nouveaux statuts soit en facilitant la régularisation de ces derniers. Ainsi les États-Unis ont créé en janvier 2010 le « temporary protected statut » en réponse à l'arrivée massive de réfugiés suite au tremblement de terre permettant aux migrants haïtiens de rester aux états unis pour une durée de 18 mois, renouvelable. Cette mesure a été supprimée en 2017 par Donald Trump et les migrants présents sur le territoire bénéficiant de cette loi avaient jusqu'au 22 juillet 2019 pour quitter le pays ou réclamer un autre statut migratoire.

L'accord d'un statut de réfugié au ressortissants haïtiens au Canada a connu une augmentation après 2010 avec 2 900 statuts de réfugié accordés en 2010 et 8 400 en 2014. Le tremblement de terre n'a eu en revanche que peu d'effet sur l'accord du statut de réfugié aux haïtiens en France avec seulement 4.5 % des demandes d'asile acceptées dans les cinq années suivant le désastre le plus souvent au titre de protection subsidiaire. Au Brésil, depuis 2012, dans un contexte de croissance économique et de besoins accru en main d'œuvre, 48 000 visas humanitaires ont été accordés à des migrants haïtiens leur permettant de rester cinq ans sur le territoire. L'Équateur avait déjà introduit une dispense de visa en 2008 pour plusieurs pays de la Caraïbe dont Haïti. Suite au tremblement de terre la régularisation des ressortissants haïtiens a été facilité. Le Chili a lui favorisé l'immigration économique en facilitant l'accès à des contrats de travail aux migrants haïtiens (10).

Il est donc difficile de définir strictement le statut des migrants haïtiens, les raisons de la migration étant multiples et les statuts de ces derniers variant selon les pays d'accueil et leurs politiques migratoires.

Les Haïtiens dans le monde



© Georges Anglade, 1982, 2005.

Les deux grandes vagues migratoires du XX^e siècle, 1915-1935, 1965-1985, ont créé la diaspora qui, au Tricentenaire, 2005-2104, fait partie du nouvel espace haïtien.

Figure 5 : Les haïtiens dans le monde en 2005 (12)

2- Migrants haïtiens en Guyane française

Le début de la migration haïtienne en Guyane peut être daté à 1963, lorsqu'un propriétaire terrien français anciennement établi dans le département des Nippes près de Aquin dans le sud de Haïti, du nom de Lucien Ganot, émigre en Guyane dans l'espoir de développer une exploitation agricole. Cette dernière fait rapidement faillite mais les ouvriers agricoles originaires de Haïti arrivés avec lui pour son projet (environ 50 personnes) constituent les premières mailles dans la formation d'un réseau de migration haïtiano-guyanais en faisant venir par la suite leurs familles et leurs amis.

C'est à partir du début des années 1970 que les arrivées deviennent significatives en lien avec une augmentation de besoins en main d'œuvre en Guyane (CSG, plan vert) et à un durcissement des politiques migratoires des États-Unis. Environ 300 ouvriers arrivent ainsi de la région d'Aquin à la fin des années 60 pour les travaux du CSG, 480 en 1974 avec le plan vert. En 1978, on recense 1 600 arrivées et 1 800 en 1979. La nécessité d'un visa à partir de 1980 fait momentanément baisser les arrivées (8).

Les flux migratoires en direction de la Guyane augmentent ensuite au gré des périodes d'instabilité politique dans le pays. En 1997, la Guyane compte 30 000 haïtiens dont 8000 en situation régulière (6). L'INSEE recensait 15880 haïtiens en situation régulière en Guyane en 2009. Nous assistons depuis la fin des années 2010 à un nouveau pic migratoire en particulier suite au tremblement de terre de 2010 et une inflation importante du nombre de demandes d'asile. Il est difficile aujourd'hui d'avoir une estimation précise du nombre de personnes originaires de Haïti vivant en Guyane du fait d'une part importante de migrants en situation irrégulière échappant aux recensements de l'INSEE. Le dernier recensement INSEE en 2015 estimait que la communauté haïtienne représentait 9.3 % de la population guyanaise.

Les migrations haïtiennes en Guyane ont donc d'abord été favorisées par l'état français dans un contexte de besoins en main d'œuvre, d'occupation et d'exploitation du territoire. Elles ont été par la suite spontanées, favorisées par les réseaux familiaux et amicaux. Face à une situation économique, politique et écologique de plus en plus complexe dans leur pays d'origine et la fermeture des frontières dans les autres pays d'accueil, de nombreux Haïtiens cherchent maintenant refuge en Guyane. Cependant les conditions de leurs migrations ne permettent pas de leur accorder le statut de réfugié défini par la loi française et par les conventions de l'ONU.

Certains obtiennent parfois une protection au titre de « protection subsidiaire » pour avoir subi des menaces ou des actes de violence en raison de leur orientation sexuelle ou de leur appartenance à un parti politique ou une association ou pour avoir subi des violences de la part de gangs. L'état français ne semble cependant pas avoir intégré le caractère multidimensionnel de la vulnérabilité des migrants haïtiens et très peu obtiennent une protection. Les déboutés demeurent cependant sur le territoire renforçant les chiffres des migrants en situation irrégulière.

Deuxième partie : État de santé des demandeurs d’asile en Guyane

Introduction :

Depuis 20 ans, le nombre de personnes déplacées à travers le monde a presque doublé, passant de 37.3 millions en 1996 à 68.5 millions en 2017. Ce nombre comprend 25.4 millions de réfugiés, 40 millions de déplacés internes et 3.1 millions de demandeurs d’asile (voir définitions annexe 1). La plupart de ces personnes fuient des pays en guerre tels que la Syrie, le Soudan, l’Afghanistan et prennent refuge le plus souvent dans des pays limitrophes tels que la Turquie, l’Ouganda ou le Pakistan. Le nombre de ces personnes déplacées a surtout connu une augmentation dans les suites des printemps arabes et de la guerre en Syrie (13).

Les destinations ont également été modifiées dans la suite de ces conflits et si les pays du sud sont restés les principaux pays d’accueil, on a également assisté à une augmentation des migrations vers les pays occidentaux (Annexe 2). Ainsi, en 2017, plus de 700 000 demandes d’asile ont été enregistrées en Europe principalement en Allemagne et en France (14). Dans ce dernier pays 100 755 premières demandes d’asile ont été enregistrées en France par l’OFPRA en 2017. Parmi les principaux pays d’origine des demandeurs, on retrouve des pays en guerre tels que la Syrie, le Soudan ou l’Afghanistan mais aussi des pays ne connaissant actuellement pas de conflits armés tels que l’Albanie qui est le premier pays de d’origine avec 7 633 premières demandes d’asiles en 2017 ou Haïti avec 4 939 demandes, presque exclusivement en Guyane.

Ces dernières années, la Guyane a également connu une augmentation importante du nombre de demandeurs d’asile avec 280 premières demandes en 2005, 2 511 en 2015 et 5 176 en 2017 avant de connaître un infléchissement en 2018 avec 2383 demandes. La très grande majorité de

ces demandes provient de personnes originaires de Haïti (88.9%), de république Dominicaine (6.5%) et de Syrie (1.1%) (15).

L'intégration de ces populations grandissantes de demandeurs d'asile engendre de nombreux défis pour les pays d'accueil, défis économiques, sociaux mais aussi en termes de santé publique (16).

La santé des migrants représente en effet un enjeu majeur pour les pays hôtes puisqu'elle est nécessaire à leur bien-être et à leur participation à la société d'accueil mais aussi à la prévention d'un éventuel impact négatif sur la santé publique (17). Historiquement, les pays d'accueils ont surtout pris en charge la santé des migrants en effectuant des contrôles aux frontières, en se focalisant principalement sur les pathologies infectieuses contagieuses afin de protéger les populations locales par une politique de quarantaine (18). Avec l'augmentation du nombre de migrants et la multiplication des moyens d'arrivée cette approche est devenue difficile actuellement. Par ailleurs il est à présent admis que les migrants ne représenteraient généralement pas une menace pour la santé publique des pays d'accueil (19).

Au contraire un grand nombre d'études ont montré l'existence d'un « effet migrant en bonne santé » selon lequel les migrants, à leur arrivée seraient en moyenne en meilleure santé que la population autochtone (20–25), avec un état de santé qui se rapprocherait ensuite de celui de la population locale. Cela pourrait être expliqué par plusieurs facteurs : le premier et le plus communément admis serait que les candidats à la migration présenteraient un meilleur état de santé à leur départ , ensuite, les migrants seraient originaires de pays avec des habitudes de vie plus saines, par ailleurs la sélection réalisée par les pays d'accueil favoriserait les personnes en bonne santé (20). Cette théorie n'empêche pas les migrants d'être plus susceptibles à certaines pathologies en particulier certaines pathologies infectieuses.

Par ailleurs cet effet ne saurait être généralisé à tous les types de migrants et certaines catégories telles que les réfugiés, les demandeurs d'asile ou les personnes en situation irrégulière présentent un moins bon état de santé que la population hôte (19) Cette différence entre les catégories d'immigrés peut s'expliquer par les circonstances et les conditions migratoires.

En effet toutes les phases de la migration peuvent avoir une influence sur la santé des migrants, à la fois sur les pathologies infectieuses et sur les pathologies chroniques, incluant les conditions de départ, de voyage, et d'arrivée ainsi que les conditions de vie dans le pays hôte. L'ensemble de ces facteurs explique que les réfugiés sont particulièrement vulnérables. Ils viennent le plus souvent de pays pauvres avec une destruction du système de santé incluant les programmes de vaccination, une destruction des infrastructures de santé publique telles que l'eau potable, ensuite leur voyage se déroule souvent dans des conditions défavorables associant dénutrition, mauvaises conditions d'hygiène, promiscuité et mauvais accès à la santé.

A leur arrivée dans le pays hôte, les demandeurs d'asile et les réfugiés peuvent être accueillis dans des centres d'hébergement ou des camps de réfugiés où les conditions de surpopulation favorisent aussi les pathologies infectieuses (26). Ils expérimentent également un certain nombre de barrières pour accéder à des soins dans les pays d'accueil :

- Des barrières socioéconomiques, avec des difficultés d'accès à des soins gratuits,
- Une peur de subir une discrimination par le système de soin (19)

Une fois pris en charge, les migrants doivent faire face à d'autres obstacles pour bénéficier de soins et de traitement efficaces telles que les barrières culturelles et linguistiques qui freinent la communication avec les praticiens (4). Ces difficultés de communication rendent impérative pour le clinicien de savoir quels problèmes de santé sont fréquents, quels examens doivent être envisagés dans la prise en charge de ces patients et quelles sont les maladies spécifiques à telle ou telle population (27).

Même si quelques articles ont été publiés ces dernières années sur la santé des migrants et des réfugiés il est encore difficile de comprendre tous les aspects de leurs santés et comment celle-ci doit être gérée par les pays hôtes (20). La majorité de ces publications porte sur les pathologies transmissibles et le screening des populations de migrants se concentre sur les pathologies infectieuses avec des différences de prévalences entre populations migrantes et hôtes telles que la tuberculose ou la syphilis (18). Un grand nombre d'étude a en effet montré un impact négatif des migrations sur l'épidémiologie de certaines maladies infectieuses dans les pays hôtes telles que la tuberculose, les IST, les strongyloïdoses, le VIH, le VHB ou le VHC (18,28). Un dépistage précoce chez les migrants permet de diagnostiquer et de prendre en charge rapidement ces pathologies contagieuses pour lesquelles un retard de prise en charge peut avoir des conséquences importantes.

Plus récemment, l'augmentation importante des demandeurs d'asile et des réfugiés a stimulé un intérêt pour d'autres aspects de la santé des migrants tels que les pathologies chroniques non transmissibles préexistantes, les habitudes de vie des migrants, la mortalité... (18) En effet si du fait du risque supposé pour la santé publique des pays d'accueil les études s'étaient focalisées sur les pathologies infectieuses, les problèmes de santé les plus fréquents des demandeurs d'asiles et des réfugiés nouveaux arrivants sont les pathologies non contagieuses telles que hypothermies, blessures, pathologies gastro intestinales, ou cardiaques, diabète, HTA selon l'OMS. L'exposition des migrants aux risques associés à la migration (drogue, violence, problème nutritionnel) augmente leur vulnérabilité aux pathologies non contagieuses (NCD) d'autant plus qu'il existe une interruption des soins due à la fois à l'effondrement ou l'absence de système de santé dans le pays d'origine mais aussi à la rupture d'éventuels traitements de fond durant la migration, ce qui peut entraîner une décompensation aiguë de pathologies chroniques pouvant engendrer un risque vital

L'OMS préconise donc d'identifier les migrants avec des pathologies chroniques pour assurer la continuité des soins et la prise en charge des complications aiguës. Elle recommande également que les centres de soins de premier recours pour les migrants aient des protocoles clairs d'orientation des patients vers des centres de prise en charge secondaire et disposent de traitements de base pour les NCD comme des antalgiques par exemple.

Si l'OMS ne recommande pas la réalisation d'un screening obligatoire pour les migrants, il recommande qu'un bilan de santé leur soit proposé, s'ils le souhaitent, qui concerne à la fois les pathologies infectieuses et les pathologies chroniques (29).

Des recommandations de l'ECDC ont aussi été éditées en novembre 2018 qui préconisent également de proposer un screening pour les migrants en particulier pour le VHB, le VHC, le VIH, la tuberculose et la tuberculose latente, la strongyloïdose, et la schistosomiase qui sont particulièrement présentes chez les migrants dans les pays européens (19).

L'épidémiologie des pathologies infectieuses et chroniques chez les migrants dépend en partie de leur fréquence dans leurs pays d'origine et la multiplication des études réalisées en Europe et en France ces dernières années permet d'avoir un aperçu des principales problématiques rencontrées par les migrants dans ces pays. En Guyane française, malgré un poids important des migrants et des demandeurs d'asile dans la population, peu d'études ont été réalisées.

Ces dernières concernent principalement l'infection par le VIH (30,31) et montrent qu'une grande partie des personnes suivies à Cayenne pour un VIH sont des migrants (80 % dont 50% venant de Haïti) avec un diagnostic plus tardif dans cette population.

Une étude plus récente montre qu'un grand nombre de cas de VIH diagnostiqués chez les migrants en Guyane seraient contractés en post migration (32). D'autres études ont été réalisées sur l'accès aux soins (33) et sur l'état de santé des migrants en situation irrégulière (34). Il

s'agissait cependant d'une étude sur un état de santé subjectif, auto évaluée par les patients et ne permettant pas d'obtenir de prévalences.

Plus récemment une thèse a été réalisée sur l'état de santé et l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires de Syrie en Guyane française (35) montrant de nombreuses barrières à l'accès aux soins notamment des difficultés de communication avec les soignants, des difficultés socio-économiques et un faible recours au médecin de ville. Il n'existe cependant pas à notre connaissance d'étude épidémiologique réalisée à ce jour sur les pathologies infectieuses et non infectieuses chez les demandeurs d'asile ou les migrants en Guyane.

Dans ce contexte d'augmentation importante du nombre de demandes d'asile, la Croix Rouge française a ouvert une consultation dédiée aux demandeurs d'asile (CODA) en mars 2017, en lien avec l'OFII et la préfecture. Elle était proposée systématiquement aux demandeurs d'asile dès leur enregistrement et elle comprenait une consultation infirmière avec une prise des constantes et un bilan biologique et une consultation médicale permettant la mise à jour des vaccins, la réalisation de diagnostics, l'administration de médicaments gratuits et l'orientation des patients, quand cela était nécessaire, vers des structures adaptées. (Procédure demande d'asile en Guyane voir annexe 3)

L'objectif principal de notre étude était d'identifier la prévalence de plusieurs pathologies infectieuses en particulier des infections sexuellement transmissibles chez les demandeurs d'asiles en Guyane française ayant consulté à la CODA ainsi que de pathologies chroniques et non contagieuses. L'objectif secondaire était de mettre en évidence des facteurs de risque pour ces pathologies afin d'en améliorer la détection et la prévention chez les demandeurs d'asile en Guyane française.

Méthode

1- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, rétrospective et monocentrique portant sur l'état de santé des demandeurs d'asiles ayant consulté à la CODA entre le 3 juillet 2017 et le 31 décembre 2018. Du fait du manque de données disponibles à l'ouverture de la CODA (entre mars et juin 2017) le recueil a été débuté à partir de juillet.

2- Population de l'étude et critères d'inclusion

Du 3 juillet au 31 décembre 2018, nous avons réalisé une relecture des dossiers médicaux électroniques disponibles sur le logiciel MAIDIS utilisé par la Croix Rouge pour les consultations. L'ensemble des patients ayant consulté durant cette période ont été inclus dans l'étude.

3- Recueil des données

Les données médicales ont été récupérées à partir des données de la première consultation médicale et infirmière tandis que les données concernant l'état civil (âge, sexe, ...), la date d'arrivée sur le territoire et le pays de départ ont été recherchées dans tous les comptes rendus de consultation disponibles. Le niveau de maîtrise de la langue française était évalué de façon subjective lors de la consultation infirmier en 2018. Les données concernant la tuberculose ont été recherchées sur les mêmes consultations mais aussi sur les consultations de la CLAT gérée également par la croix rouge.

Concernant les pathologies infectieuses nous avons collecté les données suivantes : résultats des sérologies VIH, VHB (Ag HBS, Ac anti HbS, Ac anti HbC), VHC, syphilis, PCR chlamydia

et gonocoque. La présence de signes cliniques en faveur d'une tuberculose maladie et la prescription d'une radio pulmonaire était également notées. Les cas de tuberculose chez les demandeurs d'asile ont également été recherchés à l'aide des données du centre de lutte contre la tuberculose gérée par la croix rouge.

Concernant les pathologies non infectieuses ont été collectées les données cliniques suivantes : tension artérielle systolique (TAS) et tension artérielle diastolique (TAD), la taille, le poids et l'IMC, l'existence d'une grossesse en cours, les glycémies capillaires ainsi que le taux d'hémoglobine, le VGM et le taux d'éosinophile.

De plus les principales plaintes des patients ont été collectées et classées selon l'appareil concerné. Il a également été notifié si les patients présentaient des antécédents ou s'ils s'étaient vu prescrire un traitement et s'ils avaient été adressés vers une structure de soins autre que la croix rouge.

4- Définition des variables

Concernant les données relatives aux pathologies non contagieuses :

Les valeurs seuils pour déterminer la présence d'une anémie ont été établies à partir des seuils recommandés par l'OMS (36) en fonction des sexes avec un seuil d'Hb fixé à 13 g/dL chez les hommes de 15 ans ou plus, à 12g/dL pour les femmes de 15 ans ou plus et à 11 g/dL chez les femmes enceintes. Du fait du faible nombre de données chez les mineurs nous ne les avons pas inclus dans les chiffres concernant l'anémie. Une Anémie était considérée comme microcytaire en cas de $VGM < 80$ et macrocytaire en cas de $VGM \geq 100$.

Le diagnostic du diabète selon la HAS est posé devant deux glycémies à jeun supérieures à 1.26 g/L ou une glycémie supérieure à 2 g/L à tout moment en présence de symptômes de diabète (37). Nous ne disposons cependant que d'une glycémie capillaire mesurée sans notion de jeûne

rendant difficile l'établissement d'un diagnostic. Nous ne parlerons donc que de chiffres glycémiques élevés pour des chiffres supérieurs à 2 g/dL.

Une HTA est définie par la HAS comme une tension artérielle supérieure ou égale à 140 mmHg / 90 mmHg mesurée en consultation, persistant dans le temps (38). Nous ne disposons que d'une prise de tension. Nous ne pouvons donc pas faire le diagnostic d'HTA mais parlerons de chiffres tensionnels élevés lorsque les TAS sont supérieures ou égales à 140 mmHg ou lorsque les TAD sont supérieures ou égales à 90 mmHg lors de la consultation infirmier.

Du fait du faible nombre de données chez les mineurs nous ne les avons pas inclus dans les prévalences de l'HTA, du diabète et de l'anémie et les chiffres obtenus sont donc ceux dans la population âgée de 18 ans ou plus.

Une obésité était diagnostiquée lorsque les patients présentaient un IMC supérieur ou égal à 30 conformément à la définition de l'OMS (39).

Une hyperéosinophilie était retenue lorsque le taux d'éosinophile était supérieur à 500 PNE / mm³ conformément à la définition de la société nationale française de médecine interne et aux normes du laboratoire d'analyse (40).

Les grossesses étaient confirmées par un test urinaire positif, réalisé en cas de déclaration de retard dans les menstruations.

Concernant les données relatives aux pathologies infectieuses :

Nous avons interprété les sérologies de l'hépatite B à l'aide des recommandations HAS (41) (Annexe 2).

La présence d'Ag HbS permettait donc de diagnostiquer une hépatite B évolutive tandis que la présence d'un Ac anti HbC isolé était considéré comme une infection ancienne guérie puisque nous ne disposions pas des PCR (42).

Concernant la syphilis, étaient considérées comme positives les sérologies avec TPHA + et VDRL + conformément aux recommandations de la HAS (43).

Une sérologie VHC positive ne suffit pas à confirmer une infection active par le virus, une sérologie de contrôle est nécessaire afin de définir un contact avec l'hépatite C et une PCR doit ensuite être réalisée pour confirmer une infection active (44). Malheureusement, du fait du caractère rétrospectif de l'étude, il a été difficile d'obtenir toutes ces informations pour les personnes avec une sérologie VHC positive. Nous avons donc considéré comme infection par VHC active les personnes présentant une sérologie positive ou douteuse contrôlée par une sérologie positive et présentant une PCR positive ainsi que les sérologies positives ou douteuses non contrôlées tandis que les PCR négatives synonymes d'infections guéries n'ont pas été intégrées dans les résultats positifs (Annexe 2).

Concernant les données démographiques, les pays de départ étaient classés selon la division géographique des nations unies (45) et regroupés en régions lorsque les personnes venant de ces pays étaient en effectif réduit.

5- Méthode statistique

Une analyse descriptive a été effectuée en utilisant les moyennes, écart-types et proportions standards. Une analyse bivariée a ensuite été réalisée en utilisant un test du Chi-2 ou un test exact de Fisher pour les variables dichotomiques. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel Stata 12.0 (Stata Corporation, College Station, USA).

6- Éthique

Une demande d'autorisation a été réalisée auprès de la CNIL. Cependant l'étude entrant dans la définition de « recherche interne » il nous a été signifié qu'aucune formalité de demande d'autorisation n'était nécessaire pour sa réalisation.

Résultats

I- Données démographiques :

1- Description de la population

Un total de 2 135 demandeurs d'asile a été inclus sur la période d'étude soit 42 % des personnes ayant demandé l'asile en Guyane durant cette période. En effet d'après l'OFPPA, 5 088 personnes ont été enregistrés entre le 3 juillet 2017 et le 31 décembre 2018.

Données socio-démographiques

La médiane d'âge de la population était de 30 ans [IQR 25 – 37] avec 24 personnes (1.1 %) de 60 ans ou plus. Au total 70 enfants (3.2 %) ont consulté sur cette période (Tableau 1).

Le sexe ratio H/F était équilibré à 1/1.13 mais variait en fonction du pays d'origine. Les personnes originaires de République Dominicaine étaient à 71.3 % de sexe féminin (Tableau 2). Au total, 349 personnes soit 16.4 % de la population a déclaré des antécédents médicaux.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

		N (nombre de données*)	%	IC 95 %
Pays/région de départ	Haïti	1589 (2071)	76.7	[74.84 – 78.53]
	République Dominicaine	220 (2071)	10.6	[9.32 – 12.03]
	Syrie	97 (2071)	4.7	[3.81 – 5.68]
	Afrique	81 (2071)	3.9	[3.11 – 4.83]
	Amérique	73 (2071)	3.5	[2.77 – 4.41]
	Autres	11 (2071)	0.5	[0.26 – 0.94]
Sexe	Hommes	1001 (2135)	46.9	[44.75 – 49.02]
Age en années	Médiane [IIQ1 – IIQ3]		30 [25 – 37]	
	Moins de 18 ans	70 (2135)	3.3	[2.56 – 4.12]

* les données manquantes n'ont pas été prises en compte

Tableau 2 : Caractéristiques de la population selon le pays de départ

	Haïti			République Dominicaine			Syrie			Autres		
	N (nd)	%	IC 95%	N (nd)	%	IC 95%	N (nd)	%	IC	N (nd)	%	IC 95%
Sexe homme	742 (1589)	46.7	[44.21 - 49.18]	63 (220)	28.6	[22.76 - 35.09]	59 (97)	60.8	[50.38 - 70.58]	109 (165)	66.0	[58.29 - 73.23]
Age médian [IIQ1 - IIQ3] (nd)	31 [25 - 37] (1589)			30 [24 - 38] (220)			27 [22 - 40] (97)			33 [28 - 39] (165)		

(nd) : Nombre de données disponibles

Durée de présence sur le territoire avant de consulter :

La durée médiane de présence sur le territoire avant la consultation à la CODA était de 15 jours (IQR [6-82]). Nous pouvons cependant remarquer une évolution importante de cette durée selon le mois de consultation (figure 6).

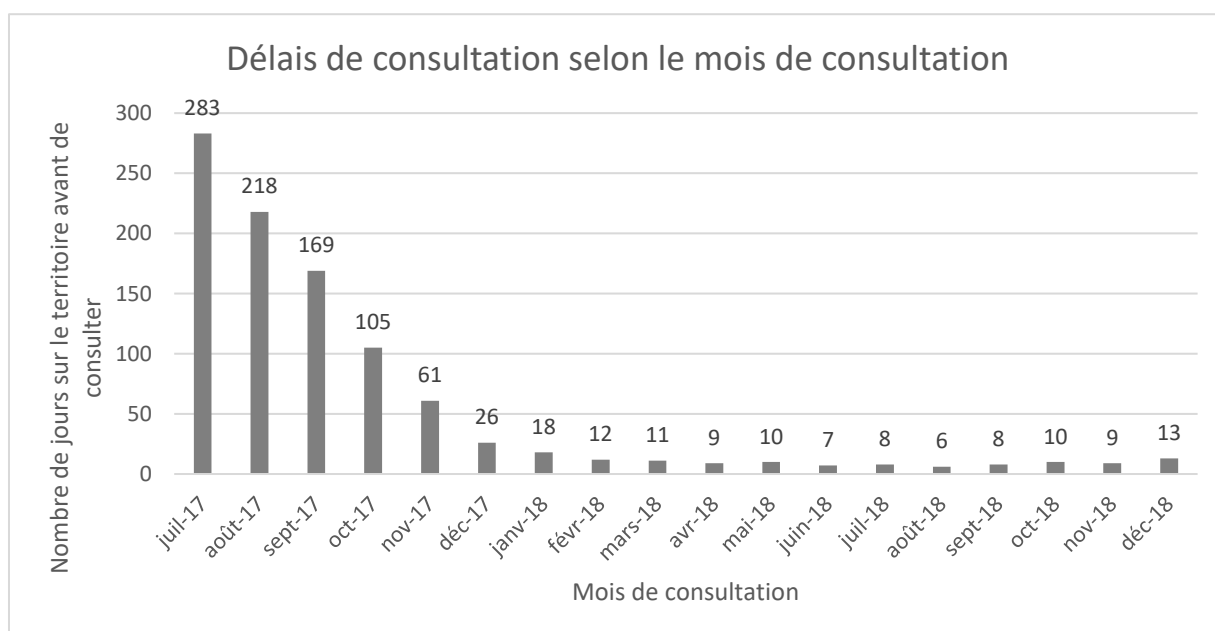


Figure 6 : Délais de consultation (médiane) en fonction du mois de consultation

Nombre de consultants selon le mois de consultation

Nous avons pu constater une diminution du nombre de consultant entre 2017 et 2018 tandis que le pourcentage des DA consultants augmentait jusqu'en août 2018 avant de décroître (Figure 7).

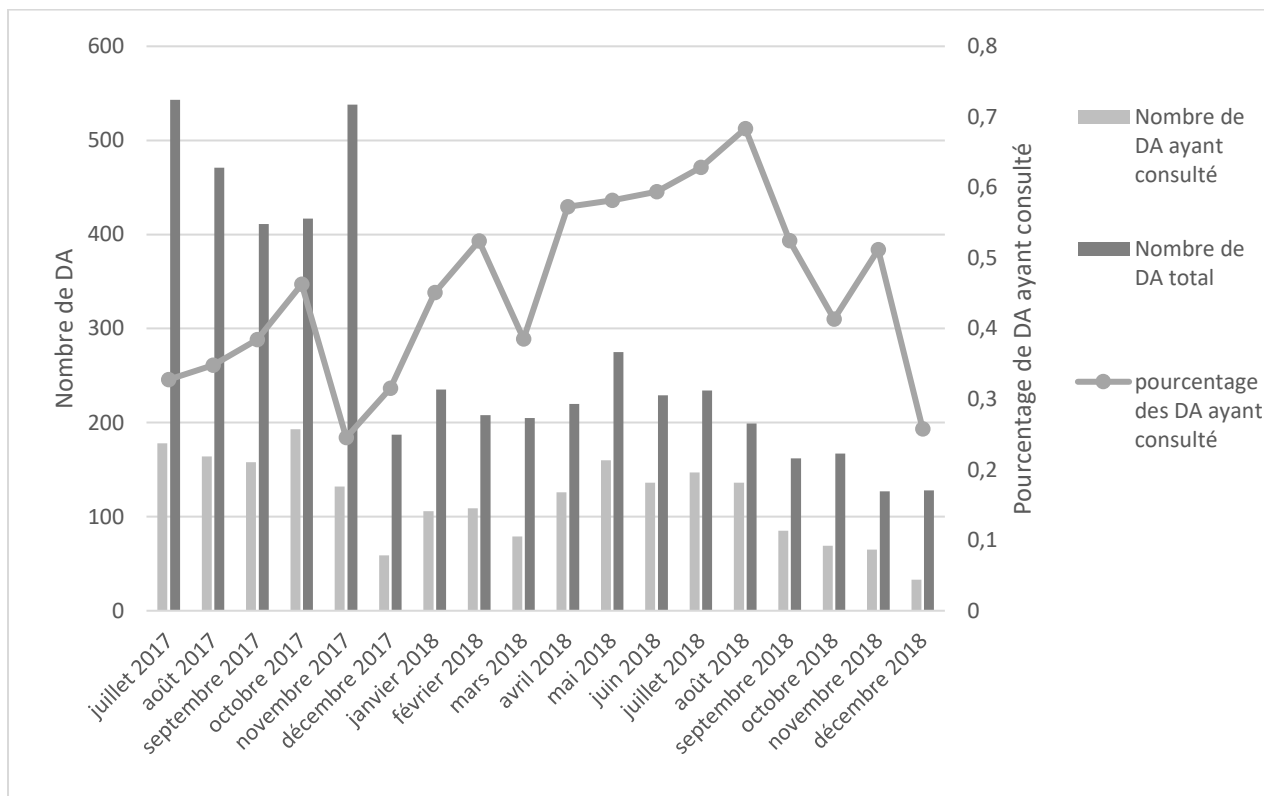


Figure 7 : Nombre de consultants selon le mois de consultation

2- Origine géographique et parcours migratoire

Origine géographique

Le pays de départ de 97.0 % des demandeurs d'asile était connu et incluait 37 pays différents.

Les pays les plus représentés étaient Haïti, la République Dominicaine et la Syrie (Tableau 3).

Tableau 3 : Pays de départ

Pays de départ	Nombre (%) N=2135
Pas de données	64 (3.0)
Haïti	1589 (74.4)
République dominicaine	220 (10.3)
Syrie	97 (4.5)
Afrique	81 (3.7)
- Guinée Bissau	- 26 (1.2)
- Autres	- 55 (2.5)
Amérique du sud, centrale et Caraïbes	73 (3.4)
- Pérou	- 29 (1.3)
- Cuba	- 20 (0.9)
- Autres	- 24 (1.1)
Asie	10 (0.4)
Europe	1 (0.0)

Histoire migratoire

La durée du voyage entre le pays d'origine et la Guyane a pu être obtenue pour 1 099 personnes pour lesquelles nous disposons de la date de départ du pays d'origine et la date d'arrivée en Guyane soit 51.5 % des participants. La durée médiane de voyage était de 7 jours [IQR 3 – 45] et allait de moins de 1 jours à 8209 jours (22 ans) avec cependant une grande disparité selon les pays d'origines (Tableau 4).

Tableau 4 : Histoire migratoire en fonction du pays d'origine

	Total	Haïti	République Dominicaine	Syrie	Autres
Durée voyage en jour [Q1 - Q3] (n)	7 [3 – 45] (1099)	7 [4 – 36] (823)	3 [1 – 6] (134)	1383 [9 – 2196] (44)	28 [9 – 197] (98)
Durée de présence sur le territoire avant la consultation en jours [Q1 - Q3] (n)	15 [6 – 80] (1730)	18 [7 – 96] (1200)	12 [5 – 43] (168)	6 [5 – 12] (52)	10 [6 – 43] (119)

Q1 : 1^{er} quartile ; Q3 : 3^{ème} quartile ; n : nombres de données disponibles

Histoire migratoire des personnes venant de Haïti

Régions de départ

Nous disposons de la ville de départ de 579 personnes venant de Haïti (36.4 %). La très grande majorité des demandeurs d'asile haïtiens venaient des départements du sud (207 personnes sur 579 personnes pour lesquelles nous disposions des villes d'origine, soit (35.8 %) et de l'ouest (210 personnes soit 36.3 %) (figure 8).

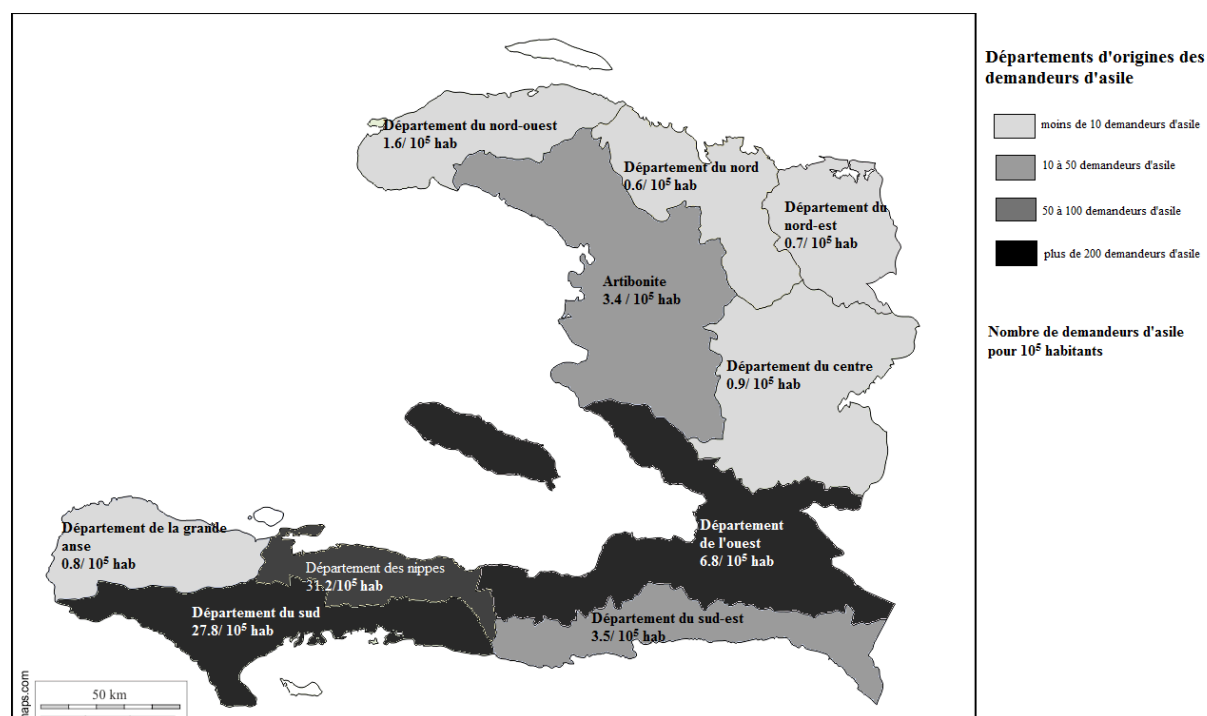


Figure 8 : Départements de départ des demandeurs d'asile

Les principales villes d'origine étaient Aquin situé dans le département du sud avec 25.6 % des demandeurs d'asiles haïtiens originaires de cette ville, Port au Prince, 11.7 % et Miragoane, 9,0 % (Tableau 5).

Tableau 5 : Principales villes de départ en Haïti

Villes d'origine	Nombre (%) N = 579
Anse à Veau	22 (3.8)
Aquin	148 (25.6)
Carrefour	12 (2.1)
Croix des Bouquets	19 (3.3)
Delmas	16 (2.8)
Gressier	14 (2.5)
Leogane	28 (4.8)
Miragoane	52 (9.0)
Port au Prince	68 (11.7)
Saint Louis du Sud	39 (6.7)
Autres	161 (27.8)

Voyage

Nous disposons de la durée de migration pour 823 personnes venant de Haïti soit 51.8 %. La durée médiane de voyage était de 7 jours avec une durée maximale de 2 003 jours (5 ans et 6 mois).

Nous n'avons pas systématiquement noté les pays traversés durant la migration, mais l'entretien individuel avec certains patients en 2018 permettait de retrouver régulièrement un trajet passant par la République Dominicaine, puis le Panama, le Guyana, le Surinam pour arriver ensuite en Guyane Française (Figure 9).

Les prix pour le voyage allaient de 2 200 dollars à 4 000 euros chez les personnes interrogées.

Une fois sur le territoire, les personnes originaires de Haïti consultaient plus tardivement que les autres demandeurs d'asiles avec une durée médiane de présence sur le territoire avant de consulter à la CODA de 18 jours avec une différence entre l'année 2017 et 2018 puisque la durée médiane avant consultation en 2017 était de 146 jours et de 10 jours en 2018.

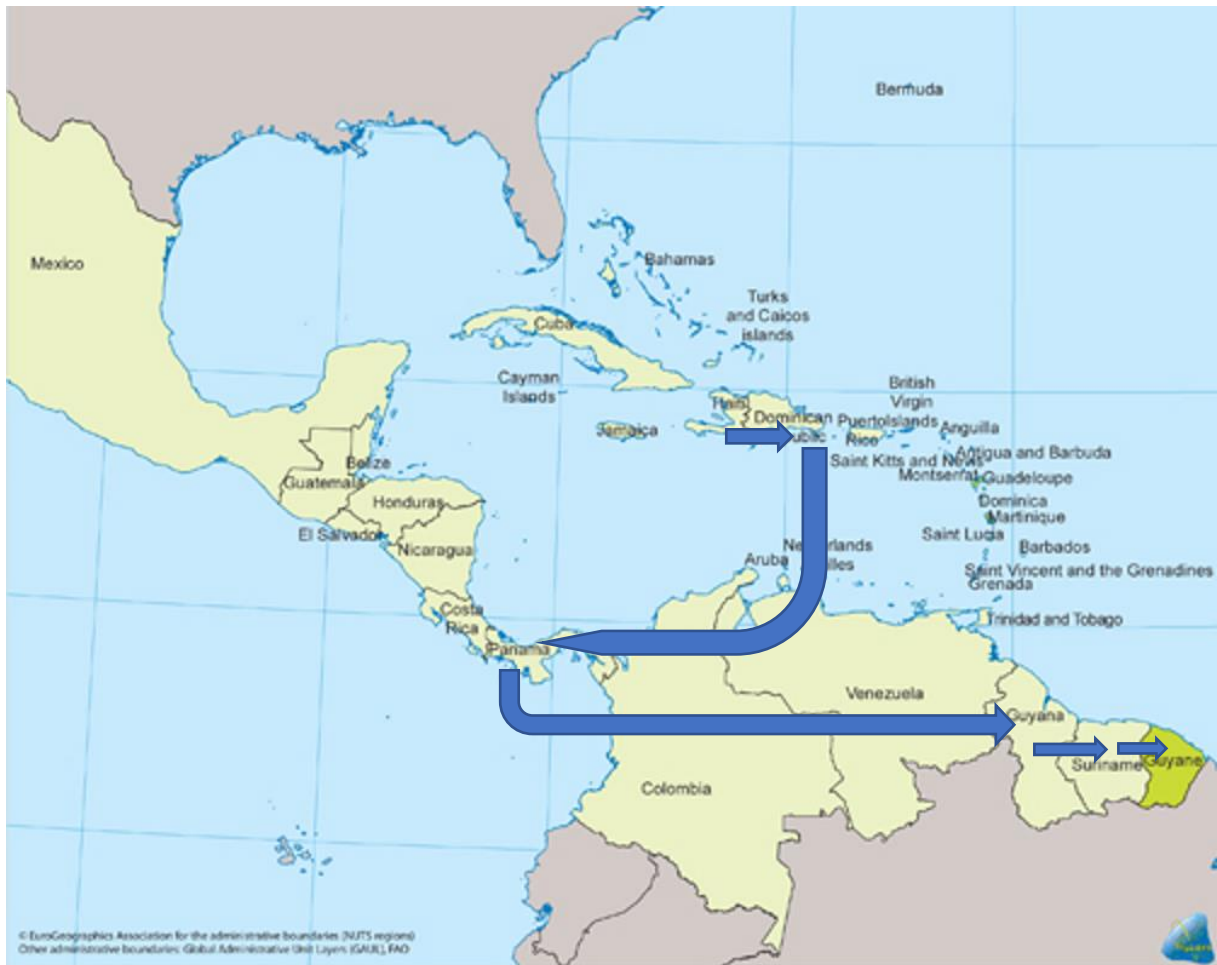


Figure 9 : Principale route de migration haïtienne

3- Maitrise de la langue française

Nous avons pu recueillir niveau de maitrise de la langue française chez 1 088 personnes soit 50.9% de notre échantillon. Parmi ces derniers, 25.3 % avaient une bonne maitrise de la langue française, 49.9 % une maitrise limitée et 24.7 % n'avaient aucune notion de français (Figure 10).

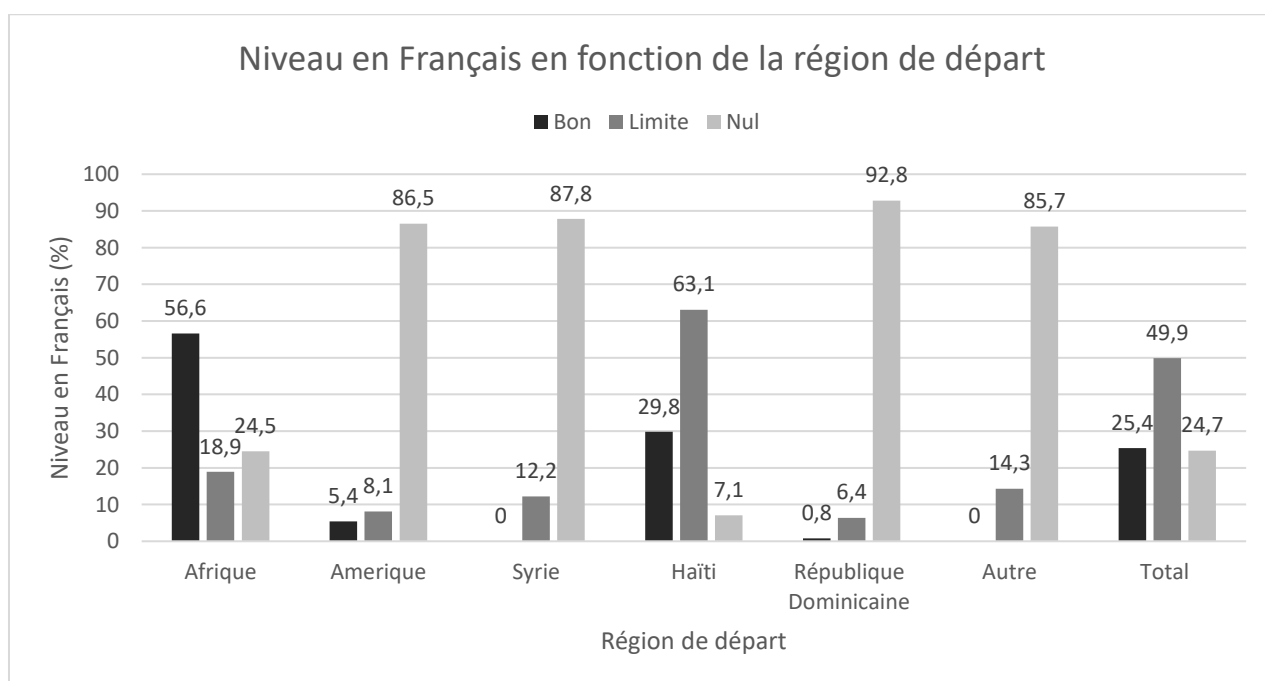


Figure 10 : Niveau de français en fonction de la région d'origine

II- Données médicales

1- Pathologies infectieuses

Les prévalences des pathologies infectieuses étudiées sont résumées dans le tableau 6 :

Tableau 6 : Prévalence des pathologies infectieuses

Pathologie	Nombre de test positifs / Nombre de test réalisés	Prévalence %	Intervalle de confiance 95 %
VIH	32 /1878	1.7	[1.16 – 2.39]
VHB	49 /1878	2.6	[1.93 – 3.43]
VHC	9 /1876	0.5	[0.22 – 0.91]
Syphilis	15 /1878	0.8	[0.44 – 1.31]
Chlamydia	99 /1874	5.3	[4.31 – 6.39]
Gonocoque	13 /1874	0.7	[0.36 – 1.18]
Gale	24 /2135	1.1	[0.72 – 1.66]

IST (VIH / VHB / VHC / syphilis / Chlamydia / Gonocoque)

Au total 11.2 % des personnes testées présentaient au moins une IST.

Il existait une légère prédominance masculine et chez les personnes âgées de 18 à 39 ans ainsi que chez les personnes venant d’Haïti, de République Dominicaine et d’Afrique. De façon logique nous avons retrouvé que les personnes utilisant de façon plus systématique les préservatifs présentaient moins de maladies sexuellement transmissibles (Tableau 7).

Tableau 7: Prévalence des IST

Variable	IST		
	N (nb de données disponibles)	%	IC 95%
Total	210 (1878)	11.2	[9.79 – 12.69]
Sexe			
- Homme	104 (884)	11.8	[9.71 – 14.07]
- Femme	106 (994)	10.7	[8.81 – 12.75]
Age			
- < 18 ans	2 (20)	10.0	[1.23 – 31.69]
- 18 – 39 ans	172 (1508)	11.4	[9.84 – 13.11]
- >= 40 ans	36 (350)	10.3	[7.30 – 13.95]
Région de départ			
- Haïti	161 (1420)	11.3	[9.73 – 13.10]
- République dominicaine	25 (194)	12.9	[8.51 – 18.43]
- Syrie	1 (84)	1.2	[0.03 – 6.45]
- Afrique	9 (65)	13.9	[6.53 – 24.66]
- Amérique latine	6 (71)	8.5	[3.16 – 17.49]
- Autres	0 (10)		
Durée de voyage			
- ≤45	86 (758)	11.4	[9.17 – 13.82]
- >45	30 (242)	12.4	[8.52 – 17.22]
Durée de présence en Guvane avant la consultation (en jours)			
- ≤80	123 (1064)	11.6	[9.40 – 13.64]
- >80	31 (340)	9.1	[6.28 – 12.69]
Rapport sexuel protégé			
- Toujours	17 (194)	8.8	[5.18 – 13.65]
- Parfois	60 (511)	11.7	[8.90 – 14.63]
- Jamais	36 (277)	13.0	[8.96 – 17.13]

Rapports sexuels à risque

Nous avons pu recueillir les habitudes d'utilisation des préservatifs par les patients pour l'année 2018 pour 1 091 personnes soit 51.1 % de notre population (Figure 11).

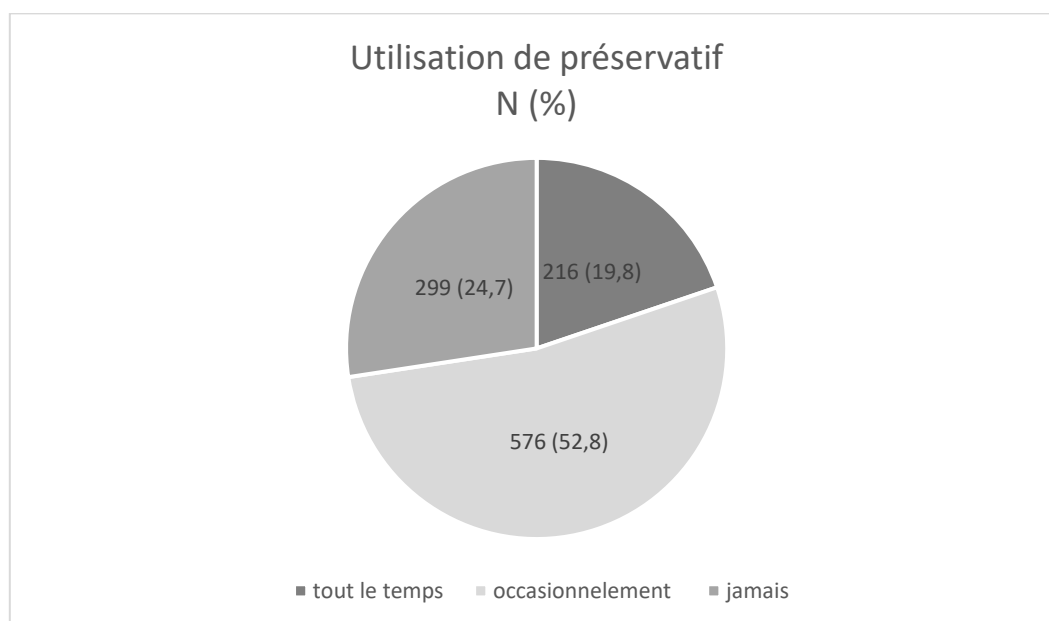


Figure 11 : Utilisation de préservatif

VHB

La prévalence totale de l'infection évolutive par le virus de l'hépatite B était de 2.6 %. Le taux de contact ancien avec le virus était très important (24.5 %) en particulier chez les personnes âgées de plus de 40 ans et celles originaire d'Afrique. Inversement le taux de vaccination était très faible avec seulement 4.9 % de vaccination (Tableau 8).

Tableau 8 : Prévalence de l'infection par le VHB, de l'immunité anti VHB

Variable	VHB active			VHB ancienne*			VHB vaccination		
	n (N)**	%	IC 95%	n (N)	%	IC 95%	n (N)	%	IC 95%
Total	49 (1878)	2.6	[1.93 – 3.43]	460 (1878)	24.5	[22.56 – 26.50]	91 (1878)	4.9	[3.91 – 5.91]
Sexe									
- Homme	30 (884)	3.4	[2.30 – 4.80]	240 (884)	27.2	[24.24 – 30.21]	46 (884)	5.2	[3.83 – 6.88]
- Femme	19 (994)	1.9	[1.15 – 2.96]	220 (994)	22.1	[19.58 – 24.84]	45 (994)	4.5	[3.32 – 6.01]
Age groupe									
- < 18 ans	1 (20)	5.0	[1.26 – 24.87]	1 (20)	5.0	[1.26 – 24.87]	3 (20)	15.0	[3.20 – 37.89]
- 18 – 39 ans	33 (1508)	2.2	[1.51 – 3.05]	334 (1508)	22.2	[20.07 – 24.33]	74 (1508)	4.9	[3.87 – 6.12]
- ≥40 ans	15 (350)	4.3	[2.41 – 6.97]	125 (350)	35.7	[30.69 – 40.98]	14 (350)	4.0	[2.20 – 6.62]
Région de départ									
- Haïti	35 (1420)	2.5	[1.72 – 3.41]	360 (1420)	25.4	[23.10 – 27.69]	29 (1420)	2.0	[1.37 – 2.91]
- République dominicaine	4 (194)	2.1	[0.56 – 5.19]	42 (194)	21.7	[16.07 – 28.11]	14 (194)	7.2	[4.00 – 11.81]
- Syrie	1 (84)	1.2	[0.03 – 6.45]	5 (84)	6.0	[1.96 – 13.34]	20 (84)	23.8	[15.19 – 34.34]
- Afrique	5 (65)	7.7	[2.54 – 17.04]	38 (65)	58.5	[45.56 – 70.56]	5 (65)	7.7	[2.54 – 17.04]
- Amérique latine	0			10 (71)	14.1	[6.96 – 24.38]	15 (71)	21.1	[12.33 – 32.44]
- Autres	0			1 (10)	10.0	[0.25 – 44.5]	4 (10)	30.0	[6.67 – 6.52]
Durée de voyage (en jours)									
- ≤45	11 (768)	1.5	[0.72 – 2.58]	176 (758)	23.2	[20.25 – 26.39]	25 (758)	3.3	[2.14 – 4.83]
- >45	11 (242)	4.5	[2.29 – 7.98]	60 (242)	24.8	[19.48 – 30.73]	18 (242)	7.4	[4.46 – 11.50]
Durée de présence en Guyane avant la consultation (en jours)									
- ≤80	25 (1064)	2.4	[1.53 – 3.45]	261 (1064)	24.5	[21.97 – 27.23]	46 (1064)	4.3	[3.18 – 5.72]
- >80	10 (340)	2.9	[1.42 – 5.34]	88 (340)	25.9	[21.31 – 30.88]	13 (340)	3.8	[2.05 – 6.45]
Rapports sexuels protégés									
- Toujours	2 (194)	1.0	[0.12 – 3.67]	38 (194)	19.6	[14.24 – 25.87]	13 (194)	6.7	[3.61 – 11.18]
- Parfois	10 (511)	2.0	[0.94 – 3.56]	115 (511)	22.5	[18.95 – 26.37]	16 (511)	3.1	[1.80 – 5.03]
- Jamais	10 (277)	3.6	[1.74 – 6.53]	71 (277)	25.6	[20.59 – 31.19]	12 (277)	4.3	[2.25 – 7.44]

* VHB ancienne : Ac antiHbC + isolé et Ac anti HbS et Ac anti HbC + **n (N) : nombre de cas (nombre de données disponibles)

VIH / VHC / Syphilis

La prévalence totale du VIH était de 1.7 % avec des prévalences plus élevées chez les femmes, les personnes originaires de Haïti et chez les personnes ayant voyagé plus de 45 jours (Tableau 10).

Nous avons retrouvé 16 premières sérologies VHC positives. Le tableau 9 résume les résultats des sérologies VHC, et des PCR.

Seul 9 personnes présentaient une sérologie VHC positive dont les examens suivants n'ont pas permis de définir le caractère faux positif ou d'infections guéries soit une prévalence de 0.5% et seule 1 personne présentait une infection active par le VHC objectivée par une PCR positive (Tableau 9).

Tableau 9 : Interprétation des sérologies VHC

	N
Infection VHC active (sérologie +, contrôle +, PCR +) *	1
Statut sérologique indéterminé : *	
- Sérologie +, contrôlé +, absence de PCR	- 2
- Sérologie +, absence de contrôle	- 6
Infection guérie (Sérologie +, contrôle +, PCR -)	4
Faux positif (Sérologie + contrôle -)	3

* données intégrées dans la prévalence du VHC

Tableau 10 : Prévalence du VIH, de la Syphilis et du VHC

Variable	VIH			VHC			Syphilis		
	n (N)*	%	IC 95%	n (N)	%	IC 95%	n (N)	%	IC 95%
Total	32 (1878)	1.7	[1.16 – 2.39]	9 (1876)	0.5	[0.22 – 0.91]	15 (1878)	0.8	[0.33 – 1.11]
Sexe									
- Homme	11 (884)	1.2	[0.62 – 2.21]	6 (883)	0.7	[0.25 – 1.47]	9 (884)	1.0	[0.46 – 1.92]
- Femme	21 (994)	2.1	[1.31 – 3.21]	3 (993)	0.3	[0.06 – 0.88]	6 (994)	0.6	[0.22 – 1.30]
Age groupe									
- < 18 ans	0 (20)			0 (20)			0 (20)		
- 18 – 39 ans	26 (1508)	1.7	[1.12 – 2.51]	5 (1506)	0.3	[0.11 – 0.77]	13 (1508)	0.9	[0.45 – 1.46]
- ≥ 40 ans	6 (350)	1.7	[0.63 – 3.69]	4 (350)	1.1	[0.31 – 2.90]	2 (350)	0.6	[0.06 – 2.04]
Région de départ									
- Haïti	29 (1420)	2.0	[1.37 – 2.91]	7 (1420)	0.5	[0.20 – 1.01]	10 (1420)	0.7	[0.33 – 1.29]
- République dominicaine	2 (194)	1.0	[0.12 – 3.67]	0 (193)			3 (194)	1.6	[0.32 – 4.45]
- Syrie	0 (84)			0 (84)			0 (84)		
- Afrique	0 (65)			2 (65)	3.1	[0.37 – 10.67]	1 (65)	1.5	[0.03 – 8.27]
- Amérique latine	0 (71)			0 (71)			1 (71)	1.4	[0.03 – 7.59]
- Autres	0 (10)			0 (10)			0 (10)		
Durée de voyage (en jours)									
- ≤ 45	11 (758)	1.5	[0.72 – 2.58]	4 (757)	0.5	[0.14 – 1.35]	7 (758)	0.9	[0.37 – 1.89]
- >45	5 (242)	2.1	[0.67 – 4.75]	1 (241)	0.4	[0.01 – 2.29]	3 (242)	1.2	[0.25 – 3.57]
Durée de présence en Guyane avant la consultation (en jours)									
- ≤80	16 (1064)	1.5	[0.86 – 2.43]	5 (1062)	0.5	[0.15 – 1.10]	11 (1064)	1.0	[0.52 – 1.84]
- >80	3 (340)	0.9	[0.18 – 2.56]	2 (340)	0.6	[0.07 – 2.11]	1 (340)	0.3	[0.00 – 1.163]
Rapports sexuels protégés									
- Toujours	5 (194)	2.6	[0.84 – 5.91]	1 (193)	0.5	[0.01 – 2.85]	2 (194)	1.0	[1.25 – 3.67]
- Parfois	7 (511)	1.4	[0.56 – 2.84]	2 (511)	0.4	[0.05 – 1.41]	7 (511)	1.4	[0.55 – 2.80]
- Jamais	4 (277)	1.4	[0.40 – 3.66]	2 (277)	0.7	[0.09 – 2.58]	1 (277)	0.4	[0.01 – 1.99]

*n (N) : nombre de cas (nombre de données disponibles)

Chlamydia / Gonocoque

La prévalence totale pour l'infection par le Chlamydia était de 5.3 %. Les groupes les plus concernés étaient les personnes âgées de 18 à 29 ans ainsi que les personnes originaires de République Dominicaine et d'Amérique latine (Tableau 11).

Tableau 11 : prévalence de la chlamydia et du gonocoque

Variable	Chlamydia			Gonocoque		
	n (N)*	%	IC 95%	n (N)	%	IC 95%
Total	99 (1874)	5.3	[4.31 – 6.39]	13 (1874)	0.69	[0.36 – 1.18]
Sexe						
- Homme	46 (881)	5.2	[3.84 – 6.90]	5 (881)	0.57	[0.18 – 1.31]
- Femme	53 (993)	5.3	[4.02 – 6.92]	8 (993)	0.81	[0.34 – 1.58]
Age						
- <18 ans	1 (18)	5.6	[0.14 – 27.29]	0 (18)		
- 18 – 29 ans	62 (787)	7.9	[6.09 – 9.98]	7 (787)	0.89	[0.35 – 1.82]
- 30 – 40 ans	27 (719)	3.8	[2.48 – 5.41]	6 (719)	0.83	[0.30 – 1.80]
- ≥ 40 ans	9 (350)	2.6	[1.18 – 4.82]	0 (350)		
Région de départ						
- Haïti	75 (1420)	5.3	[4.17 – 6.57]	12 (1420)	0.85	[0.43 – 1.47]
- République dominicaine	16 (193)	8.3	[4.81 – 13.11]	0 (193)		
- Syrie	0 (83)			0 (83)		
- Afrique	0 (65)			0 (65)		
- Amérique latine	5 (71)	7.0	[2.32 – 15.67]	1 (71)	1.41	[0.03 – 7.59]
- Autres	0 (9)			0 (9)		
Durée de voyage (en jours)						
- ≤45	50 (757)	6.6	[4.94 – 8.61]	5 (757)	0.66	[0.21 – 1.53]
- >45	9 (240)	3.8	[1.72 – 6.99]	2 (240)	0.83	[0.10 – 2.97]
Durée de présence en Guyane avant la consultation (en jours)						
- ≤80	62 (1061)	5.8	[4.51 – 7.43]	7 (1061)	0.7	[0.27 – 1.35]
- >80	16 (340)	4.7	[2.71 – 7.53]	2 (340)	0.6	[0.07 – 2.11]
Rapports sexuels protégés						
- Toujours	6 (193)	3.1	[1.15 – 6.64]	0 (193)		
- Parfois	31 (511)	6.1	[4.16 – 8.50]	4 (511)	0.8	[0.21 – 1.99]
- Jamais	18 (277)	6.5	[3.90 – 10.08]	4 (277)	1.4	[0.39 – 3.66]

*n (N) : nombre de cas (nombre de données disponibles)

Analyses statistiques

VIH

Une analyse bivariée permettait de mettre en évidence un risque significativement supérieur pour les patients Haïtiens d'être infecté par le VIH (Tableau 12).

Tableau 12 : Analyse bivariée, VIH

	VIH +	VIH –	Analyse bivarié		
	n/N (%)	n/N (%)	OR	IC 95 %	P
Sexe féminin	21/32 (65.6)	973/1846 (52.7)	1.71	[0.78 – 3.95]	0.146
Origine haïtienne	29 /31 (93.5)	1391/1813 (76.7)	4.39	[1.10 – 38.17]	0.027
Durée de voyage > 45 j	5/16 (31.2)	237/984 (24.0)	1.43	[0.38 – 4.52]	0.506

VHB

L'analyse bivariée permettait de mettre en évidence plusieurs facteurs de risque d'être infecté par le VHB : l'origine Africaine, la durée de voyage, un âge supérieur à 40 ans et le sexe masculin (Tableau 13).

Tableau 13 : Analyse bivariée, VHB évolutive

	VHB +	VHB –	Analyse bivarié		
	n/N (%)	n/N (%)	OR	IC 95 %	P
Sexe masculin	30/49 (61.2)	854/1829 (46.6)	1.80	[1.01 – 3.20]	0.044
Origine Africaine	5/45 (11.1)	60/1799 (3.3)	3.62	[1.07 – 9.63]	0.005
Age supérieur à 40 ans	15/49 (30.6)	335/1829 (18.3)	1.97	[1.06 – 3.62]	0.029
Durée de voyage > 45 j	11/22 (50)	231/978 (23.6)	3.23	[1.25 – 8.33]	0.004

Chlamydia

L'analyse bivariée montrait un risque statistiquement supérieur d'être infecté par un Chlamydia chez les personnes venant de République Dominicaine et chez les personnes âgées de 18 à 29 ans (Tableau 14).

Tableau 14 : Analyse bivariée, Chlamydia

	Chlamydia+	Chlamydia-	Analyse bivarié		
	n/N (%)	n/N (%)	OR	IC 95 %	P
Origine dominicaine	16/96 (16.6)	177/1745 (10.1)	1.77	[1.01 – 3.07]	0.042
Origine américaine	5/96 (5.2)	66/1745 (3.7)	1.40	[0.42 – 3.54]	0.479
Age 18 – 29 ans	62/99 (62.6)	725/1775 (40.8)	2.43	[1.56 – 3.79]	0.000
Durée de voyage ≤ 45 j	50/59 (84.7)	707/938 (75.3)	1.82	[0.86 – 4.26]	0.102
Absence d'utilisation constante de préservatif	49/55 (90.1)	739/926 (79.8)	2.06	[0.87 – 5.99]	0.090

Tuberculose

24 personnes sur 2 135 présentaient des symptômes de tuberculose (toux supérieure à 3 semaines, sueurs nocturnes, fièvre, perte de poids, contagé tuberculeux) soit 1.1% et 25 ont bénéficié d'une radiographie pulmonaire soit 1.2% mais aucun signe en faveur d'une tuberculose pulmonaire n'a été retrouvé sur ces radiographies. Cependant, l'analyse des données du centre de lutte anti-tuberculose nous a permis de retrouver 2 demandeurs d'asile parmi les personnes diagnostiquées pour une tuberculose en 2017 et 0 en 2018.

Il s'agissait de 2 femmes, de 35 et 60 ans, originaires de Haïti. L'une présentait une tuberculose pulmonaire et l'autre une tuberculose pulmonaire, pleurale et ganglionnaire. Nous disposions des dates d'arrivées en Guyane pour l'une d'elles. Le délai entre l'arrivée sur le territoire et la déclaration de la maladie était de 28 jours.

Les deux patientes ont également été dépistées pour une IST : l'une a été découverte séropositive au VIH et l'autre pour le VHC.

Hyperéosinophilie

Nous avons pu obtenir les taux de polynucléaire éosinophile pour 1 404 demandeurs d'asiles (65.8 % de la population totale). 5.6 % présentaient une hyperéosinophilie (Annexe 3).

L'analyse bivariée permettait de montrer un risque significativement plus important d'hyperéosinophilie chez les personnes originaires d'Amérique latine, chez les personnes âgées de plus de 40 ans et de moins de 18 ans, chez les hommes et chez les personnes présentes sur le territoire depuis plus de 80 jours avant la consultation (Tableau 15).

Tableau 15 : Analyse bivariée, Hyperéosinophilie

	Hyperéosinophilie+	Hyperéosinophilie-	Analyse bivarié		
	n/N (%)	n/N (%)	OR	IC 95 %	P
Sexe masculin	50/78 (6.4)	620/1326 (46.8)	2.03	[1.24 – 3.40]	0.00
Age<18 ans	2/78 (2.5)	4/1326 (0.3)	8.70	[0 – 41.37]	0.00
Age>40 ans	30/78 (38.5)	246/1326 (18.6)	2.74	[1.64 – 4.52]	0.00
Amérique latine	8/77 (10.4)	39/1316 (12.3)	3.80	[1.47 – 8.64]	0.00
Durée de présence supérieure à 80 jours	26/55 (47.3)	290/928 (0.3)	1.97	[1.10 – 3.53]	0.01

Vaccination

Nous n'avons pas recueilli le statut vaccinal des patients (excepté pour l'hépatite B) mais nous savons si une personne a bénéficié ou non d'un vaccin pour 1 124 personnes (52.6 % de la population). Parmi ces dernières 819, soit 72.9% ont bénéficié d'un vaccin à la CODA.

Les vaccins administrés sont détaillés dans le tableau 16.

Tableau 16 : Vaccinations

Vaccins	n (N=1124)	%
Total	819	72.9
dTP+/-c (Boostrix + Revaxis + Tetravac)	731	65.0
ROR	128	11.4
Fièvre jaune	604	53.8
Hépatite B	314	27.9

2- Pathologies non infectieuses

Anémie

La prévalence totale de l'anémie était de 16.8 % chez les personnes testées (1837 personnes soit 86.0 % de la population avec une nette prédominance féminine (27.9%) (Annexe 4).

L'analyse bivariée permettait de mettre en évidence un risque significativement plus important d'être anémié chez les femmes (OR=8.04, p=0.00) et chez les personnes venant de Haïti (OR=1.58, p=0.00) (Tableau 17).

Parmi les anémies féminines, 60.0% était des anémies légères, 34.9% étaient des anémies modérées et 5.1 % étaient des anémies sévères selon la classification de l'OMS.

Parmi l'ensemble des anémies pour lesquelles nous disposons d'un VGM, 36.2% étaient microcytaires, 58.8% étaient normocytaires et 5.00 % étaient macrocytaires.

Tableau 17 : Anémie, analyse bivariée

	Anémie+	Anémie-	Analyse bivarié		
	n/N (%)	n/N (%)	OR	IC 95 %	P
Sexe féminin	269/309 (87.1)	696/1528 (45.6)	8.04	[5.65 – 11.67]	0.00
Origine Haïtienne	254/304 (83.6)	1152/1511 (76.2)	1.58	[1.14 – 2.24]	0.00
Durée de voyage < 45 jours	121/149 (81.2)	606/807 (75.1)	1.43	[0.91 – 2.32]	0.11
Durée de présence sur le territoire avant de consulter > 80 jours	57/214 (26.6)	286/1156 (24.7)	1.10	[0.78 – 1.55]	0.56

Pathologies chroniques

Obésité

Au total 346 personnes présentaient une obésité sur 1960 résultats disponibles soit 17.7%.

Les femmes présentaient une prévalence plus élevée que les hommes. La prévalence augmentait également avec l'âge et variait selon le pays de départ, les personnes venant de République Dominicaine étant les plus concernées (Tableau 18).

Par ailleurs 3.3 % de la population souffrait d'insuffisance pondérale (Figure 12).

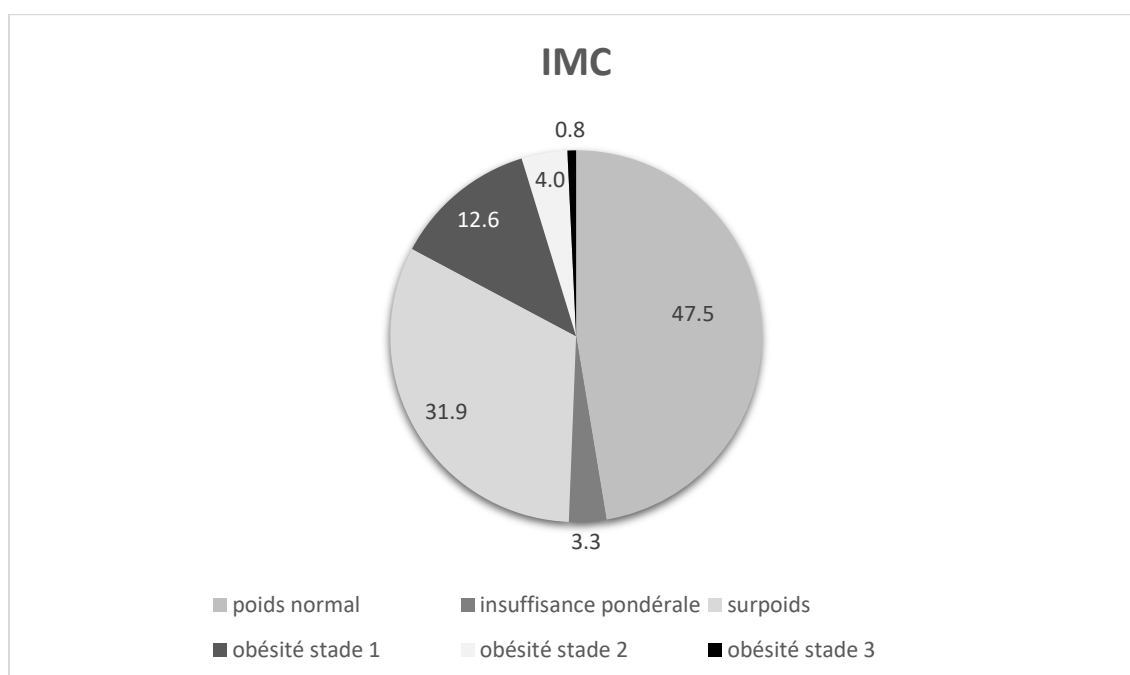


Figure 12 : répartition des IMC

TA élevée

Au total 10.6 % des personnes testées présentaient des chiffres tensionnels élevés (Tableau 18).

L'analyse bivariée permettait de mettre en évidence un risque significativement plus important de présenter des chiffres tensionnels élevés chez les personnes de sexe masculin, chez les personnes venant de Haïti, chez les personnes âgées de plus de 40 ans ainsi que chez les personnes présentes depuis plus de 80 jours sur le territoire avant de consulter (Tableau 19).

Cependant lorsque l'on ajuste ce dernier facteur de risque par l'année de consultation on ne retrouve plus de différence significative ($p=0.60$).

En prenant en compte les personnes avec une tension élevée et les personnes déclarant un antécédent d'HTA, 237 personnes soit 11.5 % de la population était concerné dont seul 58 personnes soit 24.7 % déclaraient un antécédent d'HTA.

Tableau 18 : Prévalence des chiffres tensionnels élevés et de l'obésité

Variable	Tension artérielle élevée			Obésité		
	N (nb de données disponibles)	%	IC 95%	N (nb de données disponibles)	%	IC 95%
Total	219 (2065)	10.6	[9.30 – 12.01]	345 (1960)	17.6	[15.93 – 19.36]
Sexe						
- Homme	117 (962)	12.2	[10.16 – 14.39]	80 (918)	8.7	[6.97 – 10.72]
- Femme	102 (1103)	9.3	[7.60 – 11.11]	265 (1042)	25.4	[22.81 – 28.19]
Age						
- 19 – 40 ans	120 (1683)	7.1	[5.94 – 8.46]	260 (1597)	16.3	[14.50 – 18.18]
- > 40 ans	99 (382)	25.9	[21.59 – 30.61]	85 (363)	23.4	[19.15 – 28.11]
Région de départ						
- Haïti	181 (1569)	11.5	[9.99 – 13.22]	225 (1508)	14.9	[13.15 – 16.81]
- République dominicaine	18 (218)	8.3	[4.96 – 12.76]	68 (207)	32.9	[26.49 – 39.70]
- Syrie	7 (83)	8.4	[3.78 – 18.06]	15 (81)	18.5	[10.75 – 28.69]
- Afrique	5 (78)	6.4	[2.11 – 14.32]	12 (74)	16.2	[8.66 – 26.61]
- Amérique latine	7 (72)	9.7	[3.99 – 19.01]	18 (68)	26.5	[16.50 – 38.57]
- Autres	1 (11)	9.1	[0.22 – 41.27]	4 (11)	36.4	[10.92 – 69.20]
Durée de présence sur le territoire avant consultation à la CODA						
- ≤ 80	66 (1145)	5.8	[4.49 – 7.28]	192 (1102)	17.4	[15.22 – 19.79]
- > 80	72 (383)	18.8	[15.01 – 23.08]	70 (371)	18.9	[15.01 – 23.23]
Année de consultation						
- 2017	169 (867)	19.5	[16.91 – 22.29]			
- 2018	50 (1198)	4.2	[3.11 – 5.47]			

Tableau 19 : Analyse bivariée, HTA

	HTA+	HTA-	Analyse bivarié		
	n/N (%)	n/N (%)	OR	IC 95 %	P
Sexe masculin	117/219 (53.4)	845/1846 (45.8)	1.36	[1.02 - 1.82]	0.03
Age > 40 ans	99/219 (45.2)	283/1846 (15.3)	4.56	[3.35 - 6.18]	0.00
Origine Haïtienne	181/219 (82.7)	1388/1812 (76.6)	1.46	[1.00 - 2.16]	0.04
Durée de présence sur le territoire avant de consulter > 80 jours	72/138 (52.2)	311/1390 (22.4)	3.78	[2.60 - 5.50]	0.00
Année de consultation 2017	169/219 (77.2)	698/1846	5.56	[3.97 - 7.89]	0.00

Tableau 20: Analyse bivariée, Obésité

	Obésité +	Obésité-	Analyse bivarié		
	n/N (%)	n/N (%)	OR	IC 95 %	P
Sexe féminin	266/346 (76.9)	776/1614 (48.1)	3.59	[2.73 - 4.75]	0.00
Age > 40 ans	85/346 (24.6)	278/1614 (17.2)	1.57	[1.17 - 2.08]	0.00
Origine Dominicaine	68/343 (19.8)	139/1606 (8.7)	2.61	[1.87 - 3.62]	0.00
Origine Américaine	18/343 (5.3)	50/1606 (3.1)	1.72	[0.93 - 3.05]	0.05
Durée de présence sur le territoire avant de consulter > 80 jours	70/260 (2.7)	299/1202 (25.2)	1.12	[0.81 - 1.52]	0.49

Glycémie élevée

Seules 9 glycémies supérieures à 2 g/L ont été retrouvées sur 1268 personnes testées soit 0.7%.

En prenant en compte les personnes déclarant un antécédent de diabète 22 personnes soit 1.7 % des personnes testées étaient concernées par ce problème de santé dont 19 (86.4 %) déclaraient un antécédent de diabète.

Grossesse

Au total, 74 femmes ont présenté une grossesse évolutive au cours des consultations soit 6.5% des femmes. Parmi elles, 5 (6.8%) ont été adressées au planning familial afin de recourir à une interruption volontaire de grossesse. Deux femmes ont été adressées en hôpital de jour adulte pour une découverte d'infection par le VIH et pour une hépatite B active.

3- Principaux motifs de consultations

Les plaintes médicales les plus fréquentes parmi les demandeurs d'asile étaient les plaintes gastroentérologiques avec en particulier un grand nombre d'épigastralgies, les plaintes dermatologiques et les plaintes rhumatologiques (Tableau 21).

Tableau 21 : Principaux motifs de consultations

Motif de consultation	N	%
Gastroentérologique	160	7.5
Epigastralgies	45	2.1
Plainte cardiologique	82	3.8
Plainte dermatologique	171	8.0
Plainte gynécologique	117	5.5
Plainte neurologique	77	3.6
Céphalées	22	1.0
Plainte pneumologique	26	1.2
Plainte orthologique/Rhumatologique	105	4.9
Rachialgies	23	1.1
Douleur	137	6.4
Plainte ORL	25	1.2
Plainte ophtalmologique	53	2.5
Plainte odontologique	13	0.6
Plainte psychiatrique	36	1.7

Parmi les plaintes dermatologiques, 88 demandeurs d'asiles présentaient un prurit soit 4% des DA. Les principales causes étaient un prurit aquagénique (n=49 cas) et la gale (n=24 cas) (Tableau 22). Parmi les personnes interrogées sur un prurit à l'eau (au décours d'une douche), 8.6 % étaient concerné (n=49/573). Aucun facteur prédisposant ou facteur environnemental n'a pu être identifié : tout type d'eau était utilisé (eau de puit traité artisanalement avec du chlore, eau de pluie, eau courante), aucune saisonnalité n'a été identifiée.

Tableau 22 : Principales causes de prurit

Prurit	N (total = 88)	%
Prurit aquagénique	49	55.7
Gale	24	27.3
Prurigo	6	6.8
Autre	9	10.2

Violence

Sur l'ensemble de la population, 179 personnes déclaraient avoir subi des violences soit 8.4%. Ce chiffre sous-estime probablement les violences. En effet, lorsque la question « avez-vous déjà subi des violences au cours de votre vie ? » été ouvertement posée au cours de la consultation, 60 % des patients étaient concernés (n=162/270). Il faut noter que 83.4% (n=5/6) des femmes enceintes ayant répondu avait subi des violences sans que cela soit significatif (OR 3.3 [IC 95% 0.4 – 162.2] p=0.25)

Prescription de médicament, orientation des patients

Sur l'ensemble des consultations 475 personnes ont bénéficié de la prescription ou du don d'un médicament à la CODA soit 22.2 %.

Parmi les 2135 personnes ayant consulté à la CODA, 463 ont été adressés vers une autre structure de soins pour la suite de leurs prises en charge soit 21.7% des patients.

316 ont été adressés vers la PASS (14.8%), 76 ont été adressés vers l'Hôpital de jour adulte du centre hospitalier Andrée Rosemon (3.6%), 43 ont été adressés vers une PMI (2.0%), 17 ont été adressés vers le CMP (0.80%) et 12 ont été adressés vers les urgences (0.6%) (Figure 14).

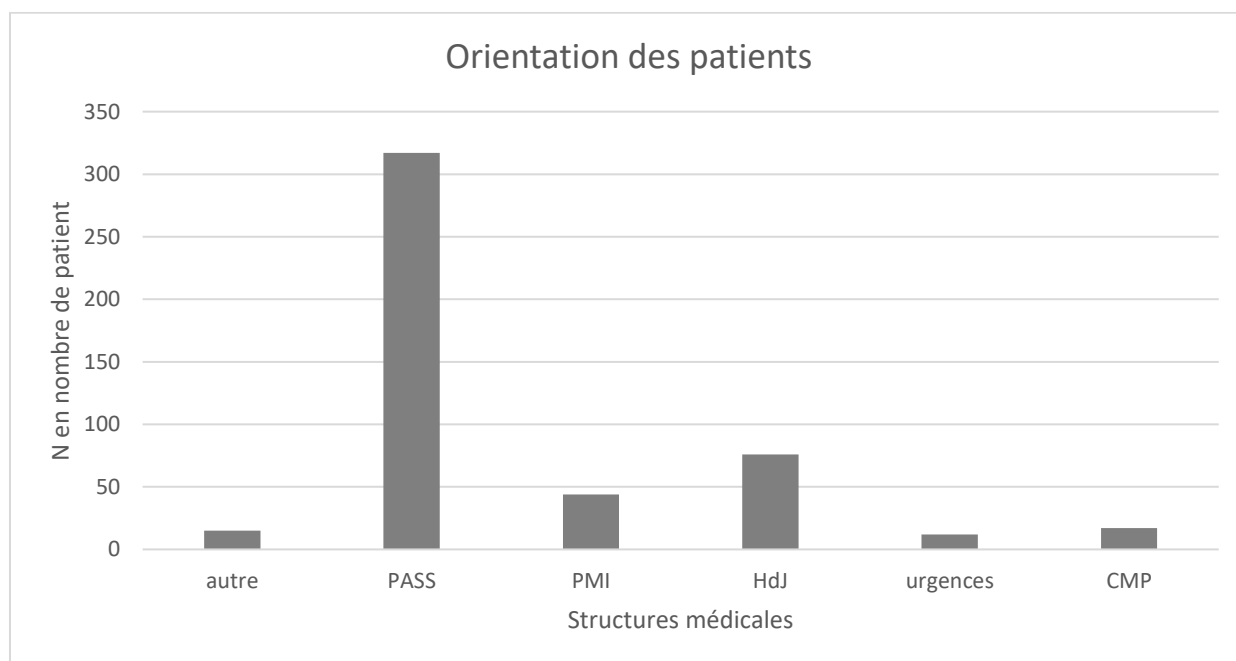


Figure 13 : Orientation des patients

Discussion

1- Données démographiques

En 2009, 66 699 migrants résidaient en Guyane représentant 30 % de la population totale et un poids important en comparaison de la France où 9.3 % de la population est immigrée (1,46). A ce chiffre s'ajoute aujourd'hui celui des demandeurs d'asiles dont le nombre a fortement augmenté ces dernières années. Malgré cette situation, les études sur la santé de cette population en Guyane sont peu nombreuses et il n'existe pas à notre connaissance d'autres études épidémiologiques concernant la santé des migrants dans ce département (4).

Au total 2 135 patients ont été inclus sur une population totale de demandeurs d'asile estimée à 5 176 sur la période allant du premier juillet 2017 au 31 décembre 2018 soit 41 % de la population totale. Cependant cette proportion n'était pas la même selon les mois de consultation et on peut remarquer une tendance à l'augmentation de la proportion de DA consultant en 2018 (figure 7), suite à la mise en place d'une proposition de consultation pour les DA le jour même de leur enregistrement à la PADA, dépassant même 70 % des DA en août 2018. Cette proportion s'effondre ensuite à partir de septembre 2018. Cet effondrement coïncide avec le début le 17 août 2018 de la mise en application du décret de mai 2018 rendant plus difficile le dépôt d'une demande d'asile en Guyane. Cette grande fluctuation d'activité continue d'engendrer des difficultés organisationnelles pour adapter l'offre de consultation aux besoins du public accueilli.

Par ailleurs il s'agissait d'une population jeune avec un âge médian de 30 ans avec cependant peu de mineurs (3.3 %, n=70) et un sexe ratio équilibré. La très grande majorité des DA venait de Haïti (76.7%). Ces caractéristiques de la population diffèrent de celles retrouvées dans les populations de DA en Europe et en Amérique, décrites dans d'autres études.

Ainsi Alberer et al à Munich entre 2014 et 2016, Eonomopoulo et al. à la frontière Greco-turque en 2011, Buonfrate et Al. en Italie en 2014-2015 et De la porte à Paris en 2018 retrouvaient une médiane d'âge légèrement plus faible entre 24 et 26 ans avec un sexe ratio H/F montrant une très nette prédominance masculine, entre 75 % à Munich et 100 % à Paris, cette dernière étude étant réalisée dans un centre d'accueil pour DA exclusivement masculins. Les pays de départ diffèrent également puisque la majorité des DA en Europe venaient de pays du moyen orient/Asie centrale ou d'Afrique subsaharienne (Tableau 23) (47). La durée médiane de migration était très courte (7 jours) en comparaison à celle des DA en Europe, cette dernière s'élevant à 25 mois dans l'étude de De la porte.

Le délai entre l'arrivée sur le territoire et la consultation était court avec une médiane de 15 jours [ICR 6 – 82]. Cette durée d'errance faible peut s'expliquer par la proposition systématique de la consultation médicale lors du pré enregistrement de la demande d'asile à la PADA, pré enregistrement le plus souvent réalisé rapidement après l'arrivée sur le territoire afin d'éviter le risque de reconduite à la frontière. Cette durée entre arrivée sur le territoire et consultation diminue entre juillet 2017 et décembre 2018 laissant supposer que les migrants en situation irrégulière présents depuis longtemps sur le territoire ont réalisé leur demande d'asile dès l'ouverture de la CODA en mars 2017. Cette proportion de personnes présentes depuis longtemps sur le territoire a ensuite diminué avec le temps. Cette durée d'errance avant de consulter était comparable à celle décrite par De la porte (15 jours).

2- Données médicales

Tableau 23 : Tableau récapitulatif de comparaison avec des études antérieures réalisées sur la santé des demandeurs d'asile en Europe et en Amérique

	Hassanaly 2019	Redditt, 2015	De la porte, 2019	Buonfrate, 2018	Eonomopoulo, 2017	Dookeran, 2010
Pays	Guyane française	Canada	France	Italie	Grèce	États-Unis
Effectif total	2135	1063	728	462	6899	4239
Données démographiques						
Age médian	30	29	26	24	25.3	37.7
% de femmes	53.1	56.0	0	4.3	9.0	49.8
Pays de départs (%)	Haïti (76.7) Rép.Dom.(10.6) Syrie (4.7)	Afrique (33.0) Europe (28.0) Asie (14.0)	Afghanistan (46.0) Irak (10.0) Soudan (9.0)	ASS*(77.5) Asie (21.0) Afrique du nord (1.5)	Pakistan (25.0) Afghanistan (24.0) Bangladesh (8.0)	Euro/Asie cent.(43.8) Afri. (35.3) Asie est/ sudest (8.0)
Durée de migration médiane	7 [3 – 45] (en jours)		25 [10 – 37] (en mois)			
Durée d'errance médiane	15 [6 – 80] (en jours)		15 [6 – 60] (en jours)			
IST :						
VIH	1.7 %	2.0 %	0.4 %	1.3 %	0.2 %	
VHB	2.6 %	4.0 %	1.1 %	11.6 %	3.2 %	
VHC	0.5 %	<1.0 %	0.1 %	0.85 %	0.8 %	
Syphilis	0.8 %	1.0 %	0.3 %	ASS*:4.5% Asie 1.0 %		
Chlamydia	5.3 %	2.0 %	2 cas			
Gonocoque	0.7 %	0.0 %	0 cas			
Tuberculose	2 cas		2 cas		4 cas	
Gale	1.1 %		7 %			
Hyperéosino	5.6%			31.2 %		
Parasites :						
Helminthiases			0.3 %			
Shistosomia		3 %		ASS* 21.2%		
Strongyloide		16 %		ASS* 17.9% Asie 28.9%		
Pathologies non infectieuses :						
HTA	11.5 %	30 %				22.6 %
Diabète	1.7 %	8 %				3.1 %
Anémie	16.8 %	15 %				12.8 %
Obésité	17.7 %					19.1 %
Violence subies	60 %		70 %			

* ASS : Afrique sub saharienne

Tableau 24 : Comparaison des prévalences obtenues dans l'étude avec celles de la France et de la Guyane

Pathologies	Hassanally et al.	Guyane	France
VIH	1.7 %	1.18 – 1.35 % (2017) (48)	0.5 % (2017) (49)
Ag HBS	2.6 %	2.28 % (50)	0.65 % (2004) (51)
Ac anti HbC	24.5 %		7.30 % (2004) (51)
Ac anti HbS	4.9 %		
VHC	0.5 %	0.67 % (50)	0.75 % (2011) (52)
Chlamydia	5.3 %		1.4 – 1.6 % (2006) (53)
Gonocoque	0.7 %		
Syphilis	0.8 %		
HTA	11.5 % (Antécédents et tension élevé)	16.9% (HTA traité par médicament) (52)	19 % (HTA traité par médicament, 31 % au total en 2004) (52)
Obésité	17.7 %	17.9 % (54)	16.9 % (52)
Anémie femme	27.9 %		4.5 % (55)
Diabète	1.7 % (Antécédents et hyperglycémies)	3.26 % (diabète traité pharmacologiquement) (52)	4.7 % (diabète traité pharmacologiquement) (52)

Tableau 25 : Comparaison des prévalences entre les DA de l'étude venant de Haïti et la prévalence en Haïti

Pathologies	Prévalence (%) [IC 95%]	
	Hassanally et Al.	Haïti (année de la prévalence)
VIH	2.0 % [1.37 – 2.91]	2.0 % (2016) (56)
VHB active	2.5 % [1.72 – 3.41]	3.8 % (2005 – 2014) (57)
VHC	0.5 % [0.2 – 0.91]	0.6 % (2005 – 2014) (58)
Syphilis	0.7 % [0.33 – 1.29]	1.9 % (2014) (58)
Chlamydia	5.3 % [4.17 – 6.57]	1.9 – 11.9 % (2014) (58)
Gonocoque	0.9 % [0.43 – 1.47]	1.0 – 4.1 % (2014) (58)
HTA	11.8 % [10.23 – 13.49]	34.4 % (2011 – 2013) (59)
Diabète	1.4 % [0.72 – 2.30]	6.9 % (2016) (60)
Obésité	14.9 % [13.15 – 16.81]	10.7 % (2016) (60)
Anémie (femme)	30.1 % [26.82 – 33.57]	49.0 % (2016 – 2017) (56)

Pathologies infectieuses

VIH

Les migrants représentent une proportion importante des cas de VIH diagnostiqués chaque année en Europe. En 2016, 29 444 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués en Europe parmi lesquels 40 % chez des migrants. Cette proportion montait même jusqu'à plus de 70 % en Irlande, à Malte ou en Suède (19). Notre étude retrouvait une prévalence importante du VIH chez les demandeurs d'asiles en Guyane (1.70%). La prévalence était plus élevée chez les femmes (2.1 %) et était très hétérogène selon le pays de départ, allant jusqu'à 2.0 % chez les personnes venant de Haïti. La durée de voyage et la durée de présence sur le territoire semblaient avoir une influence sur la prévalence du VIH sans que les différences ne soient cependant significatives.

Notre étude retrouvait une prévalence importante du VIH comparé à d'autres études, concernant les demandeurs d'asiles en France, en Europe ou en Amérique (Tableau 23), ces dernières montrant des différences importantes selon le pays de départ des DA. De même la prévalence était importante par rapport à celles en France et en Guyane (Tableau 24). Du fait du grand nombre de DA venant de Haïti nous avons pu calculer la prévalence des différentes pathologies étudiées dans cette population. La prévalence du VIH chez les DA venant de Haïti était similaire à celles du VIH en Haïti en 2017 (Tableau 25).

S'il est admis que les migrants comptent pour une grande partie des nouveaux cas de VIH en Europe, il existe de plus en plus de preuves laissant penser qu'un grand nombre de ces infections auraient lieu après leurs migrations (32,61). Une étude réalisée par Alvarez del Arco et Al. entre 2013 et 2015 sur 9 pays européens sur plus de 2000 migrants infectés par le VIH montrait que 63 % des personnes avaient été infectés après leur arrivée. Ce chiffre montant même jusqu'à

71% chez les migrants venant d'Amérique Latine et des Caraïbes. Le risque de transmission était directement lié au nombre d'années passées sur le territoire, leur durée médiane de présence étant de 8 ans (62). Une autre étude, « Parcours » réalisé en 2012 et 2013 à Paris chez des migrants venant d'Afrique sub-saharienne atteint du VIH, montrait que la plus grande partie des infections post migrations avaient lieu dans les 6 premières années après l'arrivée sur le territoire et montrait également que l'absence de papier était un facteur de vulnérabilité en raison en particulier à un intérêt moindre pour la prévention sexuelle dans ces populations mais aussi à une plus grande exposition aux violences sexuelles (63)

Nous disposions du délai entre l'arrivée sur le territoire des patients et leur dépistage pour une partie des personnes testées (n=1 609/2 156, 74.6%), nous n'avons cependant pas retrouvé d'associations significatives entre la durée de présence sur le territoire avant la consultation à la CODA et la prévalence du VIH. Cela est probablement dû à une durée médiane de présence sur le territoire bien plus courte dans notre étude (15 jours). Par ailleurs les demandeurs d'asile présents depuis longtemps avaient souvent déjà bénéficié d'une consultation et ceux dépistés positifs au VIH ne reconsultaient plus à la CODA mais directement chez un spécialiste.

Les chiffres de prévalence retrouvés étaient superposables à ceux des pays d'origine. Comme décrit dans les études antérieures le risque majeur pour la population migrante se situe après l'arrivée dans le pays de destination. Il est donc important de poursuivre les actions de dépistage, de prévention et d'information en santé afin de limiter les nouvelles transmissions.

VHB

L'infection par le virus de l'hépatite B est un problème de santé publique prioritaire en Europe. Il s'agit d'une pathologie accessible à la prévention primaire par la vaccination. Malgré cela, la prévalence dans les pays européens reste autour de 1.1 % avec des disparités entre pays (5.5 % 'hépatite B chronique en Roumanie) et au sein même des pays avec une prévalence

particulièrement importante chez les migrants (5.1%) et chez les personnes ayant été demandeurs d'asile ou réfugiés (9.6%). Cela est principalement dû au fait qu'une partie des migrants vient de pays à forte prévalence en VHB. Ces derniers étant responsables de 25% des toutes les infections par VHB en Europe (19).

Dans notre étude, nous avons retrouvé une prévalence importante de l'hépatite B évolutive (définie par la présence d'un Ag HbS) à mettre en parallèle avec un taux important de personnes ayant eu une hépatite B ancienne actuellement guérie et du très faible taux de vaccination. La prévalence variait en fonction du pays de départ, les personnes venant de Haïti et surtout d'Afrique sub saharienne étant les plus touchées.

Nous avons également retrouvé une augmentation de la prévalence de l'infection par l'hépatite B avec la durée du voyage, avec une prévalence significativement plus élevée de l'hépatite B chez les personnes ayant voyagé pendant plus de 45 jours par rapport à ceux ayant voyagé moins longtemps et ce alors même que le taux d'infection ancienne par l'hépatite B reste similaire dans les 2 groupes et que le taux de vaccination est significativement plus élevé dans ce dernier groupe. Nous pouvons donc nous demander si une partie des migrants ne contracte pas l'hépatite B durant la migration.

Notre étude trouvait des prévalences plus faibles que d'autres études précédemment réalisées (Tableau 23), probablement du fait de la différence dans les pays d'origines des personnes étudiées. La majeure partie de notre population venant d'Haïti qui est un pays à prévalence modérée de l'hépatite B (3.8%) (64) tandis que la population de ces études venait principalement d'Afrique subsaharienne et d'Asie où il existe des pays à très forte prévalence (11 à 15 % en Afrique de l'ouest) (65).

La prévalence reste cependant importante en comparaison avec celle retrouvée en Guyane et en France (respectivement 2.3 % et 0.7%) avec surtout une très faible part des demandeurs d'asiles

vaccinés (Tableau 24). La consultation d'accueil pour les DA, en proposant un dépistage systématique, une orientation des patients positifs et une vaccination, permet une limitation de la transmission et des complications chez les demandeurs d'asiles.

Tuberculose

Concernant la tuberculose, 1.1 % des patients présentaient des signes cliniques pouvant évoquer une tuberculose mais aucune des radiographies pulmonaires prescrite n'a retrouvé de signes de tuberculose pulmonaire. Malgré cela nous avons retrouvé 2 cas à distance de la consultation CODA. Notre étude montre donc une faible prévalence de la tuberculose dans notre échantillon et ce, en dépit d'une population venant principalement de Haïti, un pays à forte endémie tuberculeuse (incidence à 181 / 100 000 en 2017 selon l'OMS (66), à titre de comparaison, l'incidence en France sur la même période était de 9 / 100 000). Les deux cas étaient survenus chez des personnes venant de Haïti.

Une revue de la littérature réalisée par Klinkenberg et Al. en 2009 relevait un part importante de cas importés parmi les cas de tuberculose en Europe. Cette revue de la littérature montrait également une prévalence importante de la tuberculose chez les migrants primo arrivants avec un taux médian de tuberculose active sur 26 études de 350 / 100 000. Cette étude montrait également une différence selon le pays d'origine des migrants et selon le type de migration avec un taux de 270 / 100 000 chez les demandeurs d'asiles (67).

Dans notre étude, le dépistage n'a pas permis de retrouver de cas de tuberculose malgré la présence de cas confirmés dans notre population à distance de la consultation CODA. Ce faible rendement peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Le premier tient dans la méthode de dépistage utilisée par la Croix Rouge à Cayenne qui est fondée sur l'anamnèse et sur la réalisation sélective de radiographie chez les

personnes déclarant présenter des signes de tuberculose. Cette méthode présente une sensibilité et une spécificité faibles respectivement de 70 % et de 61 % (19).

- Du fait du caractère rétrospectif de l'étude, le recueil de données concernant la tuberculose n'a pas été systématique.
- L'incidence de la tuberculose est souvent faible chez les migrants à leur arrivée et augmente ensuite avec une incidence maximale la quatrième année suivant l'arrivée avec une majorité de cas dus à une réactivation d'une tuberculose latente acquise dans le pays de départ (45,46).

Ainsi le dépistage des tuberculose maladie par une radiographie pulmonaire ou par la recherche de signes cliniques chez les migrants à leur arrivée ne permet pas de détecter les cas de tuberculose latente et est aujourd'hui remis en cause pour son manque de rendement et devrait être accompagnés d'une recherche d'ITL (70).

Suite à de nombreuses études montrant l'intérêt et le bon rapport coût/ efficacité de réaliser un screening sélectif de la tuberculose latente pour prévenir la réactivation et la transmission dans les populations migrantes dans les pays hôtes (69,71) les recommandations de l'ECDC publiées en novembre 2018 ont affirmé l'importance d'un dépistage combiné pour les nouveaux arrivants provenant de pays à forte endémie tuberculeuse assurant à la fois le dépistage de la tuberculose active par la réalisation de radiographies pulmonaires et le dépistage de la tuberculose latente par la réalisation de test IGRA ou IDR (19).

Dans un rapport publié en 2015, l'OMS estime qu'il est envisageable de dépister et de traiter systématiquement les ITL chez les migrants venant de pays à forte incidence en soulignant cependant les difficultés que représente un traitement systématique dans cette population, d'une part du fait des considérations éthiques, des risques d'effets indésirables non négligeables et du risque de mauvaise observance dans cette population (72).

Plus récemment, en mai 2019, le haut conseil de santé publique (HCSP) a publié des recommandations concernant le dépistage et le traitement des infections tuberculeuses latente (ITL) dans lesquelles il préconise la réalisation systématique d'un dépistage et d'un traitement des ITL chez les enfants migrants de moins de 18 ans en provenance de pays avec une incidence de la tuberculose maladie (TM) supérieure à 40/100 000 habitants et arrivés sur le territoire depuis moins de 5 ans ainsi que chez les personnes de 18 à 40 ans provenant de pays avec une incidence de plus de 100/100 000 habitants, présent en France depuis moins de 5 ans dans les conditions suivantes :

- Immunodépression
- Vivant avec des enfants de moins de 18 ans
- Travaillant dans des collectivités d'enfants
- Travaillant en milieu de soins (73)

En mai 2019 également, l'Union Internationale Contre la Tuberculose et les maladies respiratoire publiait un rapport concernant la Guyane confirmant l'intérêt d'un tel dépistage des ITL et recommandant également de réaliser un dépistage radiologique systématique de la TM chez les migrants récent venant de pays à risque tels que les haïtiens. (74)

Malgré l'absence de diagnostic au sein de la CODA, notre population doit être considéré comme à risque de développer une TM ultérieure du fait des conditions de vie sur le territoire et de la prédominance de migrants d'origine haïtienne.

Il est important de modifier notre pratique de dépistage de cette pathologie afin de respecter les recommandations de l'ECDC et de l'OMS en proposant un dépistage par radiographie pulmonaire des cas de tuberculose active et des cas de tuberculose latente chez les demandeurs d'asiles et les migrants venant de pays à forte prévalence afin de limiter le risque de réactivation de tuberculose latente et de propagation dans les populations de migrants.

Hyperéosinophilie / helminthiase

L'impact des infections par Strongyloïdose et Schistosomiase sur la santé publique des pays non endémiques a augmenté avec l'augmentation des flux migratoires. Même s'il est difficile de chiffrer réellement leurs prévalences, des estimations récentes comptent 370 millions de personnes infectées dans le monde par strongyloïdose et 200 millions par schistosomiase (19).

Ces deux infections présentent des caractéristiques qui les rendent intéressantes à dépister de façon systématique dans certaines populations :

- Premièrement : la plupart des sujets sont asymptomatiques
- Ensuite elles sont susceptibles d'entraîner des infections chroniques
- Enfin elles peuvent entraîner des complications sévères voire fatales chez les personnes immunodéprimées.

Les migrants venant de pays à forte endémie sont particulièrement à risque et L'ECDC a donc inscrit dans ses recommandations publiées en 2018 concernant le dépistage chez les migrants la nécessité de réaliser un screening de ces deux helminthiases (19).

Nous n'avons pas pu obtenir d'information concernant les infections parasitaires dans notre étude. Nous avons seulement eu accès aux résultats d'éosinophilie qui retrouvait une hyperéosinophilie chez 5.6 % des personnes testés. Il faut cependant se poser la question de la VPP de ce paramètre concernant les parasitoses. Sa présence peut-elle nous donner un aperçu de la prévalence des helminthiases ?

Dans une revue de la littérature réalisé en 2013, Requena – Mendez et Al.(75) retrouvaient une VPP de l'éosinophilie de 15 % concernant les parasitoses intestinales chez les migrants venant de pays à forte endémie pour les helminthes suggérant que l'hyper éosinophilie ne serait pas un bon marqueur pour le dépistage. Cependant chez les personnes infectées par l'anguillulose, l'hyperéosinophilie semble plus fréquente que pour d'autres parasites et certaines études

retrouvent jusqu'à 63 % de personnes infectées par l'anguillulose présentant une hyperéosinophilie.

Par ailleurs, chez les personnes venant des tropiques avec une hyperéosinophilie, la cause n'est retrouvée que dans 15 à 38 % des cas et il est possible qu'une grande part des cas sans causes retrouvées soient en fait dûs à l'anguillulose (75). Cette sous-estimation des cas de strongyloïdose pourrait être liée à la méthode de diagnostic. En effet la réalisation de parasitologies des selles présente une très faible sensibilité, la réalisation d'une seule parasitologie des selles échouant à détecter 70 % des infections, une bonne sensibilité étant obtenue avec 7 parasitologies consécutives (75) ce qui semble difficilement réalisable en dépistage de routine.

Ainsi, depuis 2017, la HAS a intégré une sérologie dans la stratégie recommandée pour diagnostiquer l'anguillulose et recommande de la réaliser chez les migrants venant de zones à forte prévalence, cette méthode étant plus efficace que l'examen parasitologique des selles avec une sensibilité autour de 90 % (76). De même l'ECDC dans sa recommandation de 2018 sur le dépistage des migrants, recommande la réalisation d'une sérologie chez les migrants venant de zones à forte endémie pour les strongyloïdoses. Elle recommande également la réalisation d'une sérologie pour la schistosomiase chez les migrants venant de zones à forte endémie (19).

Peu de données existent concernant l'infection par strongyloïdose et Schistosomiase en Haïti. Cependant l'ECDC recommande la réalisation du dépistage de l'anguillule chez les migrants venant d'Haïti, le considérant comme un pays à forte endémie (Annexe 8).

Des études ont montré un poids important des infections par helminthes chez les demandeurs d'asile (Tableau 23), la plupart des cas venant d'Afrique ou d'Asie. Dans notre étude ces populations sont très minoritaires et il semble intéressant de réaliser de nouveaux travaux afin

d'évaluer l'impact des helminthiases et des autres parasitoses chez les demandeurs d'asile en Guyane.

Chlamydia

Notre étude a retrouvé une prévalence importante de l'infection chlamydia (5.3%) avec un risque plus important chez les personnes âgées de 18 à 29 ans (prévalence de 7.7%) ce qui est très supérieur aux chiffres décrits dans d'autres études sur les DA (Tableau 23) ou que la prévalence en France (Tableau 24).

Une étude réalisée aux États-Unis en 2012 sur 25 779 réfugiés retrouvait une prévalence encore plus faible pour la chlamydia de 0.6% avec des chiffres plus élevés chez les patients âgés de 15 à 25 ans (77). Du fait de cette faible prévalence, le CDC (centers for disease control and prevention US) ne recommande pas la réalisation d'un dépistage systématique chez les réfugiés mais seulement chez les femmes de moins de 25 ans et les femmes de plus de 25 ans présentant des facteurs de risques (78).

Les recommandations australiennes de dépistage du Chlamydia vont également dans ce sens en préconisant un dépistage pour les personnes à risque (rapports sexuels non protégés, antécédent d'agression sexuelle) et pour les personnes âgées de 15 à 29 ans (79).

En France, la haute autorité de santé recommande la réalisation d'un dépistage systématique chez les femmes âgées de 15 à 25 ans et chez les autres personnes présentant des facteurs de risque sans recommandations spécifiques chez les migrants (80).

Ces chiffres élevés masquent cependant une hétérogénéité avec une prévalence forte chez les sud-américains et bien plus faible chez les syriens, africains et les plus de 40 ans.

Notre étude a donc montré un poids important des pathologies infectieuses et donc un intérêt au dépistage de ces pathologies chez les migrants primo-arrivants. Il n'existe pas de

recommandation française concernant les pathologies à dépister et les pratiques varient beaucoup chez les médecins impliqués dans la prise en charge des pathologies infectieuses chez les migrant nouveaux arrivants. (81) Il semblerait cependant intéressant de modifier certaines pratiques de dépistage concernant en particulier la TM et les ITL.

Pathologies non infectieuses

Si les pathologies infectieuses ont longtemps été les plus étudiées chez les migrants du fait des risques supposés pour la population hôte, les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés dans cette population sont en fait des pathologies non infectieuses incluant en particuliers les pathologies traumatiques, l'hypothermie, les pathologies gastro intestinales et cardiovasculaires (29).

Par ailleurs les migrants et les réfugiés avec des pathologies non contagieuses peuvent être plus vulnérables du fait des conditions de voyage et d'accueil à leur arrivée dans le pays hôte. Le déplacement constitue une rupture dans les soins qui sont cruciaux dans la prise en charge d'une pathologie chronique, cette dernière pouvant s'aggraver entraînant un risque vital.

L'épidémiologie des pathologies chroniques est différente chez les migrants comparés à la population locale, certaines étant plus fréquentes comme le diabète, dépendant en partie de la prévalence de ces pathologies dans le pays d'origine (26). Par ailleurs des études montrent que la prévalence de certaines pathologies telles que l'obésité et les facteurs de risques cardiovasculaires ont tendance à augmenter proportionnellement au nombre d'années restés sur le territoire, principalement en raison des changements dans le mode de vie (82).

Anémie

L'anémie est un problème de santé publique selon l'OMS puisqu'elle impacte le développement cognitif et moteur chez l'enfant, augmente la susceptibilité à certaines pathologies et a un effet négatif sur le développement socio-économique. Il s'agit également d'une des pathologies les plus fréquentes avec 1.62 milliards de personnes atteintes dans le monde selon un rapport de l'OMS édité en 2008. Ce même rapport retrouve de grandes différences en fonction du sexe et de l'âge avec des prévalences plus élevées chez les femmes (30.2% et même 41.8% chez les femmes enceintes) et chez les enfants. Une grande différence existe également en fonction du pays avec une prévalence plus importante en Afrique et en Asie du sud-est (83).

Les réfugiés sont particulièrement à risque du fait de leur susceptibilité aux pathologies infectieuses et non infectieuses ainsi qu'aux carences alimentaires.

Dans notre étude nous avons retrouvé une très forte prévalence de l'anémie (16.8%) avec un risque significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. La prévalence était également plus élevée dans le groupe venant de Haïti (18.1%) et même 30.1 % chez les femmes venant de ce groupe. 36.2 % des anémies étaient microcytaires, 5.0 % étaient macrocytaires et 58.9 % étaient normocytaires.

Ces chiffres étaient cohérents avec ceux retrouvés dans d'autres études (Tableau 23) et bien plus importants que ceux retrouvés dans les pays occidentaux (5 à 10 % de prévalence) (84) ou en France (4.5%) (55).

Il n'y a pas eu de recherche étiologique des anémies, néanmoins, dans un contexte de migration les carences alimentaires sont souvent en cause (84). Le fort taux d'anémies microcytaires retrouvé dans notre étude pourrait être en faveur d'une carence martiale, cette dernière étant la principale cause d'anémie dans le monde (55). Par ailleurs, les personnes présentant une anémie macrocytaire lors de la consultation étaient systématiquement adressées à la PASS à la recherche d'une étiologie telle une carence vitaminique.

Si de nouveaux travaux semblent nécessaires afin de déterminer les principales étiologies et la fréquence des carences chez les demandeurs d'asiles et les migrants, notre étude a permis de montrer une forte prévalence de l'anémie dans cette population en particulier chez les femmes. Les professionnels de santé devraient être conscients de cette problématique lors de la prise en charge de ces populations.

HTA

L'HTA est un problème de santé publique mondial majeur. Elle contribue à la forte prévalence des pathologies cardiaques et rénales. Il s'agit d'une pathologie accessible au dépistage afin de permettre une prise en charge précoce et une prévention des complications. L'hypertension et ses complications seraient responsables de 9.4 millions de morts par an.

En 2008, 40 % des adultes de plus de 25 ans présentaient une hypertension dans le monde avec une prévalence plus faible dans les pays à revenu élevé (35%) et une prévalence plus élevée en Afrique (45%). En outre, la proportion de personnes non diagnostiquées et non traitées est plus élevée dans les pays à revenu faible du fait des déficiences du système de santé (85).

Notre étude retrouve une prévalence de l'HTA très inférieure à celle de la littérature (Tableau 23). Cela est probablement dû à une définition plus stricte de l'HTA, cette dernière étant définie dans la seconde partie de notre étude par des chiffres tensionnels strictement supérieurs à 140 mmHg pour la pression artérielle systolique et strictement supérieure à 90 mmHg pour la pression artérielle diastolique. Si on ne s'intéresse qu'à la première période 2017 ou nous avons utilisé les chiffres de l'OMS comme cut off, nous retrouvons une tension élevée chez 19.5 % des patients adultes ; tandis que les chiffres retrouvés dans la seconde période étaient de 4.2 %.

Par ailleurs le fait de n'avoir qu'une seule prise tensionnelle ne permet pas de définir une hypertension artérielle et l'ensemble des études surestiment probablement leur prévalence de ce fait.

Notre étude met en évidence des chiffres très inférieurs à ceux retrouvés en France, en Guyane ou à Haïti. Cette différence pourrait être expliquée par les biais présentés plus tôt mais aussi par un « healthy migrant effect » et une sélection des populations qui migrent, les personnes jeunes et en bonne santé étant plus susceptible de migrer. Néanmoins, ces chiffres restent élevés en particulier lorsqu'on ne considère qu'aucun des patients n'étaient sous traitement anti-hypertenseur soit qu'ils ignoraient leur pathologie soit qu'ils étaient en rupture de traitement.

Il paraît légitime de proposer un dépistage systématique de m'HTA chez les demandeurs d'asile suivi d'un traitement adéquat afin d'éviter la survenue de complication dans cette population qui présente souvent des difficultés à accéder à une prise en charge en médecine de premier recours.

Obésité

En 2010, 3.4 millions de personnes seraient mortes de l'obésité et de ses complications dans le monde. Il s'agit d'un problème de santé publique dont le poids est grandissant puisque la prévalence de l'obésité et du surpoids a augmenté de 27.5 % chez les adultes entre 1980 et 2013. La prévalence et le risque d'obésité varient cependant grandement entre et au sein même des populations influencées à la fois par des facteurs environnementaux et génétiques (et donc ethniques).

Ainsi une étude réalisée aux États-Unis sur 250 000 personnes d'origine asiatique a montré que les personnes nées aux États-Unis présentaient 4 fois plus de risque d'être obèses que les migrants masculins et 3.5 fois plus que les migrants féminins (86).

Cette différence tend cependant à diminuer avec le temps que les migrants passent sur le territoire probablement à cause d'un changement dans le mode de vie et de l'alimentation. Ainsi, une étude réalisée à propos de la prévalence de l'obésité chez les migrants d'origine hispanique aux États-Unis par Kaplan et al. mettait en évidence une croissance du taux d'obésité chez ces migrants avec le nombre d'années resté sur le territoire passant de 9.4% chez les migrants présents depuis peu d'années à 24.2 % chez les migrants présents depuis plus de 15 ans (87).

Dans notre étude nous avons retrouvé une prévalence totale de l'obésité de 17.7 % avec une très nette prédominance féminine. La prévalence augmentait avec l'âge. Ces chiffres sont comparables à ceux décrits dans d'autres études (tableau 23) ainsi que ceux dans la population française et guyanaise (Tableau 24).

Nous n'avons pas pu retrouver une augmentation de la prévalence avec la durée de présence sur le territoire probablement du fait d'une durée trop courte de présence les effets de « l'acculturation » se faisant sur plusieurs années.

Si notre étude n'a pas permis de retrouver de risque majoré d'obésité chez les demandeurs d'asile à leur arrivée, il est important de poursuivre la surveillance et la prévention dans cette population, la prévalence pouvant augmenter avec le nombre d'années passées sur le territoire.

Diabète

Le diabète est une des pathologies chroniques la plus fréquente en Europe et aux États-Unis. Sa prévalence varie, entre autres facteurs, avec l'origine ethnique. Ainsi plusieurs études ont montré une plus grande prévalence dans les populations issues de l'immigration. Ces dernières présenteraient une prévalence de diabète 2 à 5 fois plus élevée que celles de la population hôte en Europe. Cette différence pourrait s'expliquer par une association complexe de causes

génétiques et environnementales telles que le stress lié à la migration, le mode de vie. De plus la prise en charge du diabète est moins efficace et de moindre qualité chez les migrants conduisant à plus de complications (88). Les demandeurs d'asiles et les réfugiés sont particulièrement à risque de développer des complications aiguës du fait d'une rupture le plus souvent brutale dans la continuité du soin et dans l'approvisionnement en médicaments (29).

Dans notre étude nous retrouvons une prévalence faible du diabète seulement à 0.7%. En intégrant les personnes déclarant des antécédents de diabète nous obtenons une prévalence totale du diabète de 1.7%. Ce chiffre reste inférieur à ceux de la littérature (Tableau 23).

Il est possible que notre étude sous-estime le nombre de diabétiques du fait du cut-off élevé utilisé. Nous ne disposons que d'une seule glycémie par patient, prise indifféremment à jeun ou en post prandial. Selon la HAS, une glycémie > 2 g/l mesurée à tout moment associée à des signes cardinaux de diabète suffit à définir un diabète. Nous avons donc choisi cette valeur comme limite diagnostique.

Il convient donc de réaliser d'autres études sur ce sujet afin d'avoir un meilleur aperçu de la prévalence de cette pathologie dans cette population. Soulignons cependant, qu'aucun des patients ne présentait de traitement antidiabétique et que la consultation à la CODA permettait d'orienter rapidement les patients vers une structure adaptée afin que ces derniers puissent bénéficier d'un traitement.

Troubles psychiatriques

Les demandeurs d'asiles et les réfugiés présentent des risques élevés de troubles psychiatriques incluant le syndrome de stress post traumatique (PTSD), la dépression. Les conditions et les circonstances de leurs migrations telles que la pauvreté, les violences, les conflits, les violations des droits de l'Homme contribuent à cette forte prévalence (29).

Dans ses recommandations de prise en charge des réfugiés et des migrants en Europe, l'OMS place la prise en charge des pathologies psychiatriques comme une priorité. Une étude réalisée par la Croix Rouge en Suisse montre qu'un réfugié syrien sur trois souffrirait de dépression, d'anxiété ou d'un syndrome post traumatique. La fréquence des pathologies psychiatriques serait trois fois plus importante que dans la population générale (89).

De plus les migrants présentent souvent des difficultés à recevoir des soins adaptés à ces troubles du fait d'une mauvaise connaissance du système de santé et de barrières culturelles et linguistiques. En plus des facteurs de risque prémigratoires, les migrants sont soumis à des contraintes socioéconomiques post migratoires telles que l'isolement, le chômage, l'incertitude de leurs statuts, l'instabilité, qui aggravent encore ces troubles psychiatriques (90). Ainsi s'il est communément admis que les facteurs pré migratoires ont une influence sur la santé mentale des migrants, des études récentes ont également mis en avant l'importance des conditions de vie dans le pays hôte sur l'anxiété ou la dépression.

Dans leur étude réalisée chez des demandeurs d'asile et des personnes ayant été déboutées du droit d'asile au Royaume Unis entre 2007 et 2008, Morgan et Al. mettent en avant un plus fort taux de dépression et d'anxiété chez les migrants s'étant vu refuser le droit d'asile par rapport aux autres demandeurs d'asile et réfugiés. Cette différence s'expliquant entre autres par l'instabilité de leurs situations, les difficultés à subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles. De plus il semblerait que le processus même de demande d'asile représente un facteur de stress, et que la mémoire de cette épreuve constitue une source d'anxiété plusieurs années après que le statut de réfugiés ait été obtenu (91).

La prévalence des troubles psychiatriques chez les réfugiés et cependant difficile à évaluer et les études sur ce sujet retrouvent des chiffres très différents allant de 3 à 80 % pour la dépression et de 3 à 86 % pour le PTSD. Une méta analyse réalisée à propos de 7000 réfugiés établis dans des pays occidentaux par Fazel et al. mettait en évidence une prévalence chez les réfugiés de

9% pour le PTSD , de 5 % pour la dépression, de 4 % pour l'anxiété et de 2 % pour les troubles psychotiques (92).

Une étude réalisée au Brésil en 2015 et 2016 sur 66 migrants Haïtiens par Brunnet et Al. Cette étude mettait en évidence une prévalence du PTSD de 9.1 %, de l'anxiété de 10.6% et de la dépression de 13.6%. Les patients décrivaient un grand nombre d'évènements traumatiques (2.1 évènements / patients) survenus dans leurs vies, principalement en pré migration, parmi lesquelles le tremblement de terre de 2010 était le plus fréquemment cité, ainsi qu'une mort non naturelle dans l'entourage ou un emprisonnement. Les patients décrivaient également des facteurs de stress en post migration parmi lesquelles les plus fréquents étaient le chômage, les inquiétudes à propos de leurs familles restées au pays, la solitude, le fait de ne pas pouvoir rentrer dans leur pays en cas d'urgence, le manque de moyen et de nourriture, la discrimination (93).

Dans notre étude nous n'avons pas pu rechercher spécifiquement des pathologies psychiatriques, mais 1.7 % déclaraient présenter des troubles psychiatriques ou pour lesquelles le praticien les ayant examinés a retrouvé des éléments en faveur de troubles psychiatriques. Nous avons également retrouvé 8.4 % des personnes déclarant avoir subi des violences. Ces chiffres sous-estiment très certainement la prévalence des pathologies psychiatriques et des évènements traumatiques au vu des résultats retrouvés dans la littérature et en particulier dans l'étude de Brunnet et Al qui étudie une population très similaire à la nôtre. Cette différence tient probablement au mode de recueil rétrospectif des données, il existe certainement un biais de déclaration avec peu de patients relatant spontanément avoir subi une violence. Lorsque l'on s'intéresse seulement à la période 2018, on retrouve 60 % des DA qui déclarent avoir subi des violences sur ceux ayant été interrogé à ce sujet (162/270).

Par ailleurs le dépistage de tels troubles chez des patients présentant des cultures et des langages différents sans consultation dédiée ou test reproductible reste difficile en particulier sans la

participation d'un psychiatre et d'un interprète d'autant plus que ces pathologies, en particuliers le PTSD peuvent s'exprimer de façon très variable. En effet si le diagnostic du PTSD repose sur l'association de la persistance d'une hypervigilance, d'une reviviscence d'un évènement et de comportements d'évitement survenant dans les suites d'un évènement traumatique, d'autres symptômes moins spécifiques peuvent être souvent associés, en particulier des symptômes somatiques.

Le PTSD est souvent associé à des syndromes somatiques sans explication médicale, des vertiges, des céphalées, des douleurs diffuses, une vision trouble, des symptômes cardiaques ou digestifs. Ces symptômes étant améliorés par la prise en charge psychiatrique (94).

Il est donc important que l'état de santé mental des migrants soit évalué en Guyane afin de permettre une orientation et une prise en charge adéquate et de ne pas se limiter à un traitement symptomatique des expressions somatiques de ces souffrances psychiques.

Il faut noter que depuis la fin de ce travail une psychologue a été recrutée à la Croix Rouge afin de permettre une évaluation et une prise en charge des personnes en souffrance.

Motifs de consultation

Nous avons recueilli les principaux motifs de consultations des DA. Il s'agissait principalement de motifs non infectieux avec en premier plan des plaintes dermatologiques, gastroentérologiques ou concernant l'appareil musculo squelettique. Ces plaintes diffèrent de celles retrouvées chez les DA en Europe où les infections représentent un des principaux motifs de consultation (Tableau 26). Cela peut s'expliquer par les conditions et la durée de la migration qui semble plus longue en Europe ainsi que par les conditions d'accueil, beaucoup de DA ayant dû dormir dans la rue ou dans des centres d'accueil en Europe, toutes ces conditions défavorables favorisant les infections.

Tableau 26 : Principaux motifs de consultation, comparaison avec la littérature

Référence de l'étude	Hassanally et al. 2019		Eonomopoulo et al. (95) 2017		De La Porte 2019	
	N	%	N	%	N	%
Motif de consultation						
Gastroentérologique	160	7.5			108	10
Epigastralgies	45	2.1	297	9.9		
Plainte cardiologique	82	3.8	92	3.0		
Plainte dermatologique	171	8.1	261	9.1	46	4
Plainte gynécologique	117	5.5				
Plainte neurologique	77	3.6			45	4
Céphalées	22	1.0	325	18.0		
Plainte pneumologique / respiratoire	26	1.2	744		194	18
Plainte orthologique/Rhumatologique	105	4.9	591	22.7	122	11
Rachialgies	23	1.1				
Douleur	137	6.4				
Plainte ORL	25	1.2				
Plainte ophtalmologique	53	2.5	49	1.6		
Plainte odontologique	13	0.6	99	5.3	47	4
Plainte infectiologique	17	0.8			341	31
Plainte psychiatrique	36	1.7	177	7.6	83	7
Grossesse	74	3.5	43	1.5		
Blessure /traumatologie			175	5.4	107	10

Notre étude a mis en évidence un nombre important de femmes enceintes (6.5% des femmes). Ce phénomène pourrait s'expliquer par la grande proportion de femmes en âge de procréer chez les DA, ainsi que par des difficultés d'accès à une contraception et à une information sur la

contraception et par une sexualité à risque (96). Par ailleurs ce phénomène pourrait être expliqué par la croyance parmi les migrantes en situation irrégulière de pouvoir accéder ou faire accéder leurs enfants à la nationalité française en cas d'accouchement sur le territoire français (4).

3- Points forts et limites de l'étude

Points forts

Il s'agit à notre connaissance de la première étude épidémiologique réalisée chez les demandeurs d'asile ou les migrants en Guyane française, une région qui connaît pourtant une forte pression migratoire. Le principal point fort de notre étude réside dans le grand nombre de données puisque plus de 40 % des DA étaient inclus dans l'étude (n=2 135/5 190). En plus de permettre d'avoir une évaluation de la prévalence de plusieurs pathologies infectieuses chez les demandeurs d'asiles, notre étude a permis de mettre en avant un poids non négligeable des pathologies chroniques et non infectieuses, souvent peu mises en avant dans la plupart des études sur les migrants.

Limites de l'étude

Bien que notre étude soit réalisée sur un échantillon important, les personnes incluses étaient des patients volontaires désirant recevoir des soins et il est possible que des personnes se sachant malade ne désirent pas consulter un centre de soins de premier recours mais aillent directement consulter des spécialistes, ce qui peut entraîner des biais de sélection dans notre étude. Par ailleurs il existe des biais inhérents à la méthode rétrospective incluant des résultats manquants ou des erreurs de mesure. Cette méthode rétrospective limitait également les pathologies étudiées à celles accessibles à un diagnostic par des tests standardisés. Ainsi nous n'avons pu réaliser qu'une évaluation des prévalences de l'HTA et du diabète en se basant sur une mesure unique alors que leur diagnostic en nécessite normalement plusieurs.

Conclusion

Malgré un poids important des migrations en Guyane, cette étude est à notre connaissance la première s'intéressant à l'épidémiologie à la fois des IST et d'infections chroniques et de pathologies chroniques en Guyane française. Elle a permis de mettre en évidence l'importance de la prévalence de certaines pathologies infectieuses chez les demandeurs d'asile telles que le VIH ou l'hépatite B avec une très faible couverture vaccinale en général, un grand nombre de patients ayant nécessité des rappels, et contre le VHB en particulier. En outre, elle corrobore les recommandations de l'ECDC concernant la nécessité d'un dépistage de la tuberculose, une grande partie des demandeurs d'asiles venant de pays à forte endémie. Par ailleurs notre étude a permis de documenter les pathologies non infectieuses et chroniques chez les demandeurs d'asile, aspect souvent négligé de leur santé, montrant des prévalences importantes de certaines pathologies telles que l'anémie ou l'obésité.

Cependant le caractère rétrospectif de notre travail ne nous a permis que d'entrevoir certains aspects de la santé des demandeurs d'asile et des migrants en particulier concernant les pathologies psychiatriques auquel les demandeurs d'asiles et les migrants sont particulièrement susceptibles selon la plupart des études et de nouveaux travaux semblent donc nécessaires pour mieux appréhender ces problématiques. Il semble cependant important, au vu des travaux existant, de rechercher systématiquement chez les demandeurs d'asile des troubles psychiatrique et des antécédents de violence afin de permettre une prise en charge adapté, en particulier chez les populations les plus vulnérables telles que les femmes enceintes ou les enfants migrants isolés.

Récemment, une modification des procédures de demande d'asile est entrée en vigueur en Guyane suite au décret du 23 mai 2018 qui limite la durée d'instruction des demandes rendant plus difficile pour les DA de faire appliquer leurs droits. Ces mesures, associées à une menace

de reconduite à la frontière, augmentent la précarité des demandeurs d'asiles et des migrants en situation irrégulière et rendent plus difficile leur accès aux soins. Dans ce contexte, il paraît encore plus justifié d'élargir cette consultation de dépistage et d'orientation à tous les primo-arrivants, qu'ils soient ou non demandeurs d'asile.

Bibliographie

1. Baranger J. L'accès aux droits des étrangers en Guyane. Etat des lieux des parcours, réglementations et dispositifs [Internet]. Cayenne: Centre de ressources politique de la ville de Guyane; 2017 mai [cité 5 mars 2019] p. 139. Disponible sur: http://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2017/07/CRPV_ACCES-AUX-DROITS-DES-ETRANGERS_GUYANE.pdf
2. INSEE. Population légale 2010 Guyane - Premiers Résultats | Insee [Internet]. 2010 [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291347>
3. Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Dossiers pays [Internet]. dossiers pays. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/>
4. Jolivet A. Migrations, santé et soins en Guyane [Human health and pathology]. [Paris VI]: Université Pierre et Marie Curie; 2014.
5. Piantoni F. L'enjeu migratoire en Guyane française. Ibis rouge édition. Matoury, Guyane; 2009. 440 p. (Espace outre mer).
6. Piantoni F. Migrants en Guyane. Actes sud / Musée des cultures guyanaises. Luçon; 2011. 176 p.
7. OCDE/INURED. Interactions entre politiques publiques, migrations et développement en Haïti [Internet]. éditions OCDE. Paris; 2017 [cité 9 mars 2019]. 143 p. (les voies de développement). Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/development/interactions-entre-politiques-publiques-migrations-et-developpement-en-haiti_9789264278844-fr
8. Laëthier M. Etre migrant et haïtien en Guyane. Paris: éditions du CTHS; 2011. 320 p.
9. Audebert C, Audebert C. The recent geodynamics of Haitian migration in the Americas: refugees or economic migrants? *Revista Brasileira de Estudos de População*. avr 2017;34(1):55-71.
10. Esquisse d'histoire du nouveau flux migratoire haïtien - Vivre Ensemble [Internet]. Centre justice et foi. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <http://cjf.qc.ca/vivre-ensemble/webzine/article/esquisse-dhistoire-nouveau-flux-migratoire-haitien/>
11. Rawlinson T, Siqueira AM, Fontes G, Beltrão RPL, Monteiro WM, Martins M, et al. From Haiti to the Amazon: Public Health Issues Related to the Recent Immigration of Haitians to Brazil. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 8 mai 2014;8(5):e2685.
12. Georges Anglade, Les Haïtiens dans le monde [Internet]. Île en île. 2009 [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <http://ile-en-ile.org/georges-anglade-les-haitiens-dans-le-monde/>
13. UNHCR. Global Trends, forced displacement in 2017 [Internet]. [cité 22 déc 2018] p. 76. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5b27be547/unhcr-global-trends-2017.html>

14. La Cimade. Bilan de la demande d'asile en 2017 en France et en Europe. [Internet]. 2017 [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/demandes-dasile-france-2017-expliquer-limportant-hiatus-entre-chiffres-de-lofpra-ministere-de-linterieur/>
15. Rapport d'activité 2017 [Internet]. OFPRA; 2017 [cité 4 mars 2019] p. 67. Disponible sur: https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/ra_ofpra2017_web_0604.pdf
16. Khan MS, Osei-Kofi A, Omar A, Kirkbride H, Kessel A, Abbara A, et al. Pathogens, prejudice, and politics: the role of the global health community in the European refugee crisis. *The Lancet Infectious Diseases*. 1 août 2016;16(8):e173-7.
17. Peiro M-J, Benedict R. The Portuguese and Spanish EU Presidencies. *Eurohealth*. 2010;16(1):4.
18. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerging Themes in Epidemiology*. 4 mai 2006;3(1):3.
19. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA [Internet]. ECDC; 2018 nov [cité 18 févr 2019] p. 85. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Public%20health%20guidance%20on%20screening%20and%20vaccination%20of%20migrants%20in%20the%20EU%20EEA.pdf>
20. Kearns A, Whitley E, Egan M, Tabbner C, Tannahill C. Healthy Migrants in an Unhealthy City? The Effects of Time on the Health of Migrants Living in Deprived Areas of Glasgow. *J Int Migr Integr*. 2017;18(3):675-98.
21. Chen J, Ng E, Wilkins R. The Health of Canada's Immigrants in 1994-95. *Health Reports*. spring 1996;7(4):33-45.
22. Anderson N, Bulatao R, Cohen B. Immigrant Health: Selectivity and Acculturation - Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life [Internet]. Washington DC: National academic press (US); 2004 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK25533/>
23. Antecol H, Bedard K. Unhealthy assimilation: Why do immigrants converge to American health status levels? *Demography*. 1 mai 2006;43(2):337-60.
24. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*. oct 2004;59(8):1613-27.
25. Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L. Lessons from the study of immigrants mortality. *The Lancet*. juin 1984;323(8392):1455-7.
26. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med* [Internet]. 1 juill 2017 [cité 5 mars 2019];24(4). Disponible sur: <https://academic.oup.com/jtm/article/24/4/tax016/3095987>

27. Ackerman LK. Health Problems of Refugees. *JABFM*. oct 1997;10(5):12.
28. Chu JJ, Wörmann T, Popp J, Pätzelt G, Akmatov MK, Krämer A, et al. Changing epidemiology of Hepatitis B and migration—a comparison of six Northern and North-Western European countries. *Eur J Public Health*. 1 août 2013;23(4):642-7.
29. Migration and health: key issues [Internet]. WHO; 2019 mars [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
30. Hanf M, Bousser V, Parriault MC, Van-Melle A, Nouvellet M-L, Adriouch L, et al. Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana. *AIDS Care*. avr 2011;23(4):476-85.
31. Nacher M, Guedj ME, Vaz T, Nasser V, Randrianjohany A, Alvarez F, et al. Risk factors for late HIV diagnosis in French Guiana. *AIDS*. avr 2005;19(7):727.
32. Nacher M, Adriouch L, Van Melle A, Parriault M-C, Adenis A, Couppié P. Country of infection among HIV-infected patients born abroad living in French Guiana. *PLoS One* [Internet]. 8 févr 2018 [cité 11 avr 2019];13(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5805311/>
33. Jolivet A, Cadot E, Angénieux O, Florence S, Lesieur S, Lebas J, et al. Use of an Emergency Department in Saint-Laurent du Maroni, French Guiana: Does Being Undocumented Make a Difference? *J Immigrant Minority Health*. 1 août 2014;16(4):586-94.
34. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: Are undocumented immigrants more vulnerable? *BMC Public Health*. 19 janv 2012;12:53.
35. Diab F. Évaluation de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés originaires du Moyen-Orient en Guyane Française [Internet] [Médecine humaine et pathologie]. [Cayenne]: Université des Antilles et de la Guyane; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01714666/document>
36. Concentration en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité [Internet]. OMS; 2011 [cité 5 mars 2019] p. 6. Disponible sur: https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_fr.pdf
37. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2, Recommandation de bonne pratique [Internet]. Haute autorité de santé; 2013 janv [cité 5 mars 2019] p. 23. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics__diabete_type_2.pdf
38. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte, fiche memo [Internet]. Haute autorité de santé; 2017 sept [cité 5 mars 2019] p. 10. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta__mel.pdf
39. OMS. Obésité et surpoids, principaux faits [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/obesity/fr/>

40. Kahn JE. Service de Médecine Interne, Hôpital Foch, Institut d'Immunologie - Réseau Eosinophile, Centre de Biologie Pathologie et Génétique, CHRU de Lille. Hyperéosinophilique (syndrome) [Internet]. 2014 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.snfmi.org/content/hypereosinophilique-syndrome>
41. Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic et à la prise en charge des hépatites B, C et D [Internet]. HAS; 2017 janv [cité 6 mars 2019] p. 99. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/argumentaire_hepatites-b-c-d_vd.pdf
42. Alberer M, Malinowski S, Sanftenberg L, Schelling J. Notifiable infectious diseases in refugees and asylum seekers: experience from a major reception center in Munich, Germany. *Infection*. 1 juin 2018;46(3):375-83.
43. Collège d'orientation et d'information. Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du *Treponema pallidum* [Internet]. Haute autorité de santé; 2015 févr [cité 5 mars 2019] p. 7. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fdr_syphilis_vd.pdf
44. [strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_synthese.pdf](#) [Internet]. Saint Denis: HAS; 2011 mars [cité 18 avr 2019] p. 33. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_synthese.pdf
45. UNSD. Methodology. Standard country or area codes for statistical uses [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>
46. INSEE. Immigrés, étrangers | Insee [Internet]. 2018 [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>
47. Redditt VJ, Janakiram P, Graziano D, Rashid M. Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont: Part 1: infectious diseases. *Canadian Family Physician*. 1 juill 2015;61(7):e303-9.
48. Rapport d'activité 2017 [Internet]. Cayenne: COREVIH Guyane; 2017 [cité 5 mars 2019] p. 55. Disponible sur: http://www.ch-cayenne.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_corevih_2017_-_v_11.04.18.compressed.pdf
49. HIV. Country factsheets France 2017 [Internet]. ONUSIDA; 2017 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/france>
50. Favier C, Suzan-Monti M, Musso S, Préau M, Silvain C, Raguin G, et al. Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles française. [Internet]. Paris: Conseil national du sida et des hépatites virales; 2018 janv [cité 16 févr 2019] p. 117. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/03/2018-01-18_avi_fr_prise_en_charge.pdf
51. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (France), Meffre C, Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (France), Institut de veille sanitaire (France). Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007.

52. L'état de santé de la population en France [Internet]. Santé publique France; 2017 [cité 5 mars 2019] p. 436. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
53. Goulet V, de Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J, et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. *Sex Transm Infect.* août 2010;86(4):263-70.
54. Prévalence de l'obésité, de sa diversité et de son image ultramarine [Internet]. Guyane: Action du groupe dde recherche ultramarine; 2010 [cité 5 mars 2019] p. 28. Disponible sur: <http://www.ch-cayenne.fr/IMG/pdf/Podium-FHG.pdf>
55. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Anémie et carence en fer [Internet]. 2011 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_18_nutrition_obj7.pdf
56. Haïti, Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services 2016 - 2017 [Internet]. République d'Haïti: Ministère de la santé publique et de la population; 2018 juill [cité 6 mars 2019] p. 689. Disponible sur: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>
57. Jean-Baptiste E, Larco P, Charles-Larco N, Vilgrain C, Simon D, Charles R. Glucose intolerance and other cardiovascular risk factors in Haiti (PREDIAH). *Diabetes & Metabolism.* 1 nov 2006;32(5):443-51.
58. Jobe KA, Downey RF, Hammar D, Van Slyke L, Schmidt TA. Epidemiology of Sexually Transmitted Infections in Rural Southwestern Haiti: The Grand'Anse Women's Health Study. *Am J Trop Med Hyg.* 5 nov 2014;91(5):881-6.
59. Jiao J, Jacobsen AA, Birch SA, Hecht EM, DeGennaro V. Hypertension prevalence: an examination of urban and rural Haiti. *The Lancet Global Health.* 14 mai 2014;2:S25.
60. Profils des pays pour le diabète. Haïti. 2016 [Internet]. OMS; 2016 [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/diabetes/country-profiles/hti_fr.pdf
61. Rice BD, Elford J, Yin Z, Delpech VC. A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. *AIDS.* 24 sept 2012;26(15):1961-6.
62. Arco DA, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte A-F, et al. High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *Aids.* 1 sept 2017;31(14):1979-88.
63. Gosselin A, Ravalihasy A, Pannetier J, Lert F, Desgrées du Loû A, Group P. When and why ? Timing and determinants of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan immigrants in France. *Sexually Transmitted Infections.* 1 janv 2018;
64. Baptiste AEJ, Chevalier MS, Polo E, Noel E, Hullah EN, Archer WR. Trends in hepatitis B and hepatitis C seroprevalence among blood donors – Haiti, 2005-2014. *ISBT Science Series.* 2018;13(2):150-7.

65. Ansumana R, Dariano DF, Jacobsen KH, Leski TA, Lamin JM, Lahai J, et al. Seroprevalence of hepatitis B surface antigen (HBsAg) in Bo, Sierra Leone, 2012–2013. *BMC Res Notes* [Internet]. 8 févr 2018 [cité 5 mars 2019];11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806241/>
66. WHO. Profil de tuberculose. Haïti [Internet]. 2017 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=HT&LAN=FR&outtype=html
67. Klinkenberg E, Manissero D, Semenza JC, Verver S. Migrant tuberculosis screening in the EU/EEA: yield, coverage and limitations. *European Respiratory Journal*. 1 nov 2009;34(5):1180-9.
68. Hargreaves S, Nellums L, Friedland JS. Time to rethink approaches to migrant health screening. *The Lancet*. 19 nov 2016;388(10059):2456-7.
69. Pareek M, Watson JP, Ormerod LP, Kon OM, Woltmann G, White PJ, et al. Screening of immigrants in the UK for imported latent tuberculosis: a multicentre cohort study and cost-effectiveness analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 1 juin 2011;11(6):435-44.
70. Hargreaves S, Carballo M, Friedland JS. Screening migrants for tuberculosis: where next? *The Lancet Infectious Diseases*. 1 mars 2009;9(3):139-40.
71. Zammarchi L, Casadei G, Strohmeier M, Bartalesi F, Liendo C, Matteelli A, et al. A scoping review of cost-effectiveness of screening and treatment for latent tuberculosis infection in migrants from high-incidence countries. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 24 sept 2015 [cité 5 mars 2019];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4581517/>
72. Rviglione M, Haileyesus G, Matteelli A. Directives pour le prise en charge de l'infection tuberculeuse latente [Internet]. OMS; 2015 [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21682fr/s21682fr.pdf>
73. Infections tuberculeuses latentes, détection, prise en charge et surveillance [Internet]. HCSP; 2019 mai [cité 2 oct 2019] p. 88. Disponible sur: file:///C:/Users/vincent%20h/Downloads/hcspr20190510_infetubelatedtecprisencharetsu rv.pdf
74. Mission d'évaluation du programme de lutte contre la tuberculose en Guyane. Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires; 2019 mai p. 35.
75. Requena-Méndez A, Chiodini P, Bisoffi Z, Buonfrate D, Gotuzzo E, Muñoz J. The Laboratory Diagnosis and Follow Up of Strongyloidiasis: A Systematic Review. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 17 janv 2013;7(1):e2002.
76. HAS. Actualisation des actes de biologie médicale relatifs au diagnostic de la strongyloïdose (anguillulose). Argumentaire. [Internet]. 2017 avr [cité 15 janv 2019] p. 60. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-04/dir24/argumentaire_anguillulose_vd.pdf
77. Stauffer WM, Painter J, Mamo B, Kaiser R, Weinberg M, Berman S. Sexually Transmitted Infections in Newly Arrived Refugees: Is Routine Screening for Neisseria

- gonorrhoea and Chlamydia trachomatis Infection Indicated? *Am J Trop Med Hyg.* 1 févr 2012;86(2):292-5.
78. CDC. Clinical presentations and diagnostic testing for specific STDs [Internet]. 2017 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/sexually-transmitted-diseases/chlamydia.html>
 79. ASHA. Refugees (and newly arrived migrants from similar settings) - Australian STI Management Guidelines [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.sti.guidelines.org.au/populations-and-situations/refugees-including-migrants-from-similar-settings#testing-advice>
 80. HAS. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. 2018 [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
 81. Vignier N, Dreneau C, Rauzet G, Bottero J, Leroy H, Deniaud F, et al. Screening for infectious diseases in newly arrived migrants in France. 2019.
 82. Delavari M, Sønderlund AL, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A. Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries – a systematic review. *BMC Public Health.* 10 mai 2013;13:458.
 83. De Benoist B, World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005 of: WHO Global Database of anaemia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf
 84. Jablonka A, Wetzke M, Sogkas G, Dopfer C, Schmidt RE, Behrens GMN, et al. Prevalence and Types of Anemia in a Large Refugee Cohort in Western Europe in 2015. *J Immigrant Minority Health.* 1 déc 2018;20(6):1332-8.
 85. Panorama mondial de l'hypertension. Journée mondiale de la santé 2013 [Internet]. OMS; 2013 [cité 5 mars 2019] p. 40. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85334/WHO_DCO_WHD_2013.2_fre.pdf?sequence=1
 86. Murphy M, Robertson W, Oyebode O. Obesity in International Migrant Populations. *Curr Obes Rep.* 2017;6(3):314-23.
 87. Kaplan MS, Huguet N, Newsom JT, McFarland BH. The association between length of residence and obesity among Hispanic immigrants. *Am J Prev Med.* nov 2004;27(4):323-6.
 88. Jager MJ, van der Sande R, Essink-Bot M-L, van den Muijsenbergh METC. Views and experiences of ethnic minority diabetes patients on dietetic care in the Netherlands – a qualitative study. *Eur J Public Health [Internet].* [cité 5 mars 2019]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/cky186/5094950>

89. WHO. Migrant populations, including children, at higher risk of mental health disorders [Internet]. 2017 [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders>
90. WHO. Migrant populations, including children, at higher risk of mental health disorders [Internet]. 2017 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders>
91. Morgan G, Melluish S, Welham A. Exploring the relationship between postmigratory stressors and mental health for asylum seekers and refused asylum seekers in the UK. *Transcult Psychiatry*. 1 déc 2017;54(5-6):653-74.
92. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 9 avr 2005;365(9467):1309-14.
93. Brunnet AE, Bolaséll LT, Weber JL, Kristensen CH. Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil. *Int J Soc Psychiatry*. 1 févr 2018;64(1):17-25.
94. Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*. 1 févr 2013;25(1):86-99.
95. Eonomopoulou A, Pavli A, Stasinopoulou P, Giannopoulos LA, Tsiodras S. Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek–Turkish borders. *Journal of Infection and Public Health*. 1 mars 2017;10(2):177-84.
96. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. août 2018 [cité 6 juill 2019];15(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121882/>

Annexe

Annexe 1 : Définitions

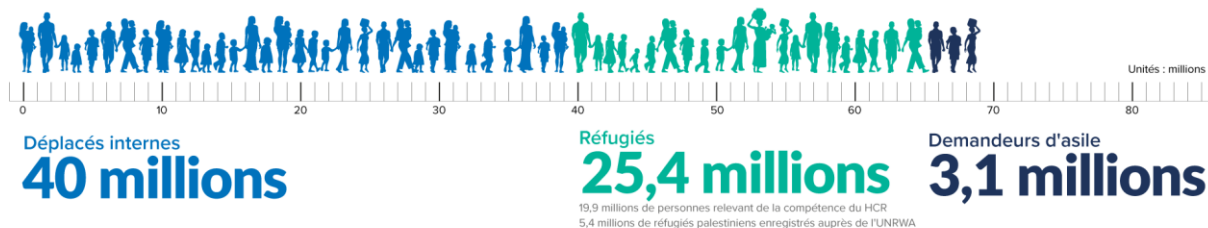
- Migrants : « Terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées, comme les travailleurs migrants ; les personnes dont les types de déplacement particuliers sont juridiquement définis, comme les migrants objets d'un trafic illicite ; ainsi que celles dont le statut et les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux. » (IOM)
- Réfugiés : « Les réfugiés se trouvent hors de leur pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, en conséquence, exigent une « protection internationale ». La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, mais aussi des instruments régionaux et les statuts du HCR permettent de donner une définition du réfugié. » (ONU)
- Demandeur d'asile : « Un demandeur d'asile est une personne qui dit être un(e) réfugié(e) mais dont la demande est encore en cours d'examen. » (UNHCR)
- Protection subsidiaire : « Le bénéfice de la protection subsidiaire est accordé à toute personne dont la situation ne répond pas à la définition du statut de réfugié mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :

- la peine de mort ou une exécution;
- la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants;
- pour des civils, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence aveugle résultant d'une situation de conflit armé interne ou international » (article L.712-1 du CESEDA).

-

Annexe 2 : Déplacés 2017

68,5 millions

 de personnes déracinées à travers le monde


Où sont accueillies les personnes déracinées à travers le monde ?

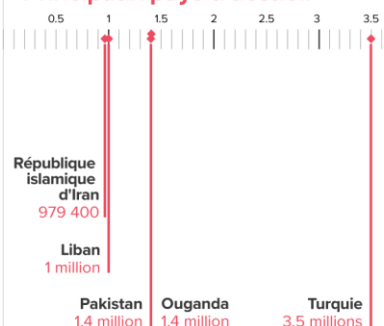


85 % des personnes déracinées à travers le monde vivent dans des pays en développement

57 % des réfugiés à travers le monde sont originaires de trois pays



Principaux pays d'accueil



10 millions d'apatrides



102 800 réfugiés réinstallés

44 400 personnes

sont forcées chaque jour de fuir les conflits et la persécution

16 765 employés

Le HCR compte 16 765 employés à travers le monde (au 30 novembre 2018)

138 pays

Nous travaillons dans 138 pays (au 30 novembre 2018)

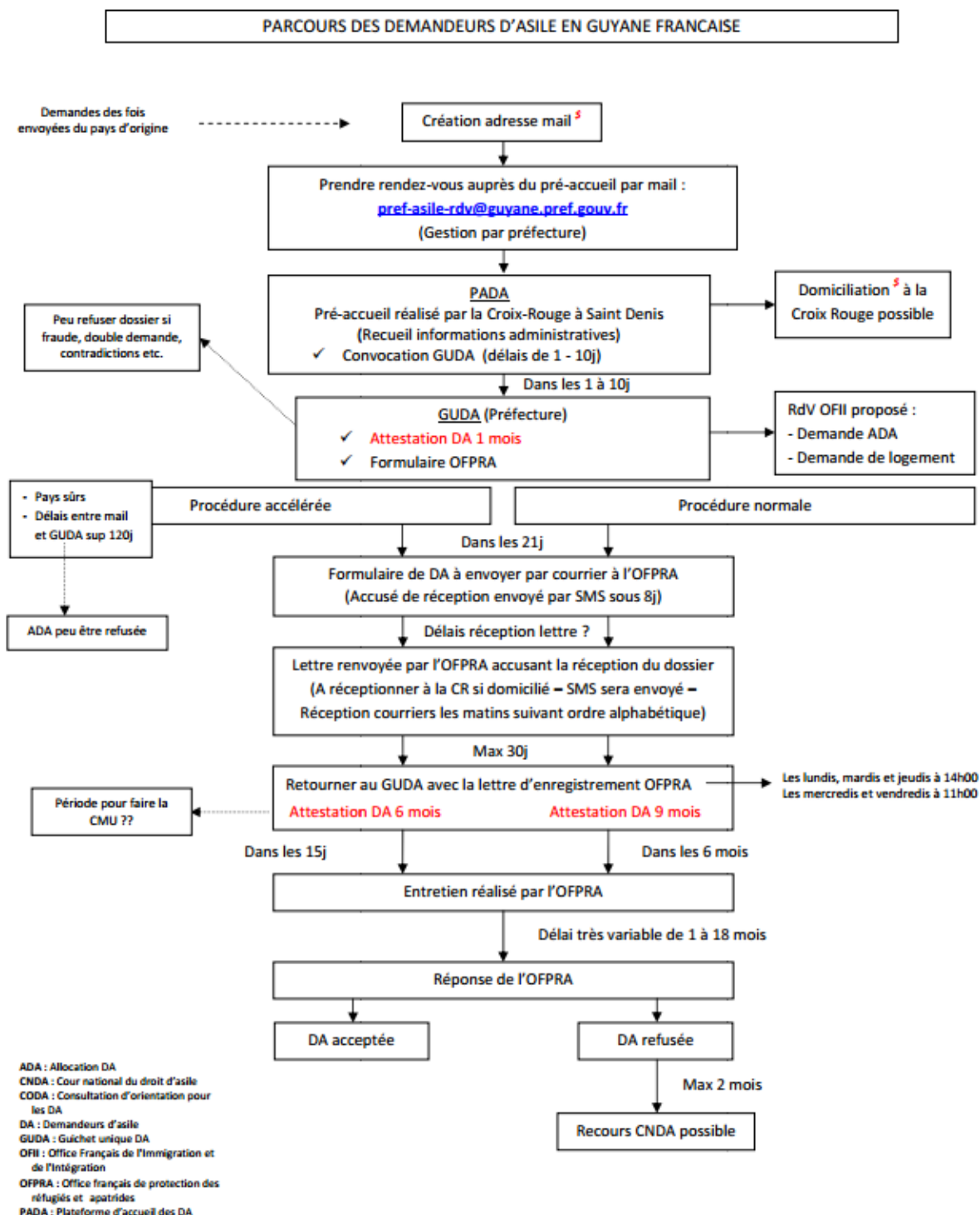
Le HCR est presque totalement financé par des contributions volontaires, dont 87 % émanent des gouvernements et de l'Union européenne et 10 % de donateurs privés

Source: HCR / 19 juin 2018



<https://www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html>

Annexe 3 : Procédure de demande d'asile en Guyane en 2017



Annexe 4 : interprétation des sérologies VHB et VHC

- Interprétation sérologies VHB :

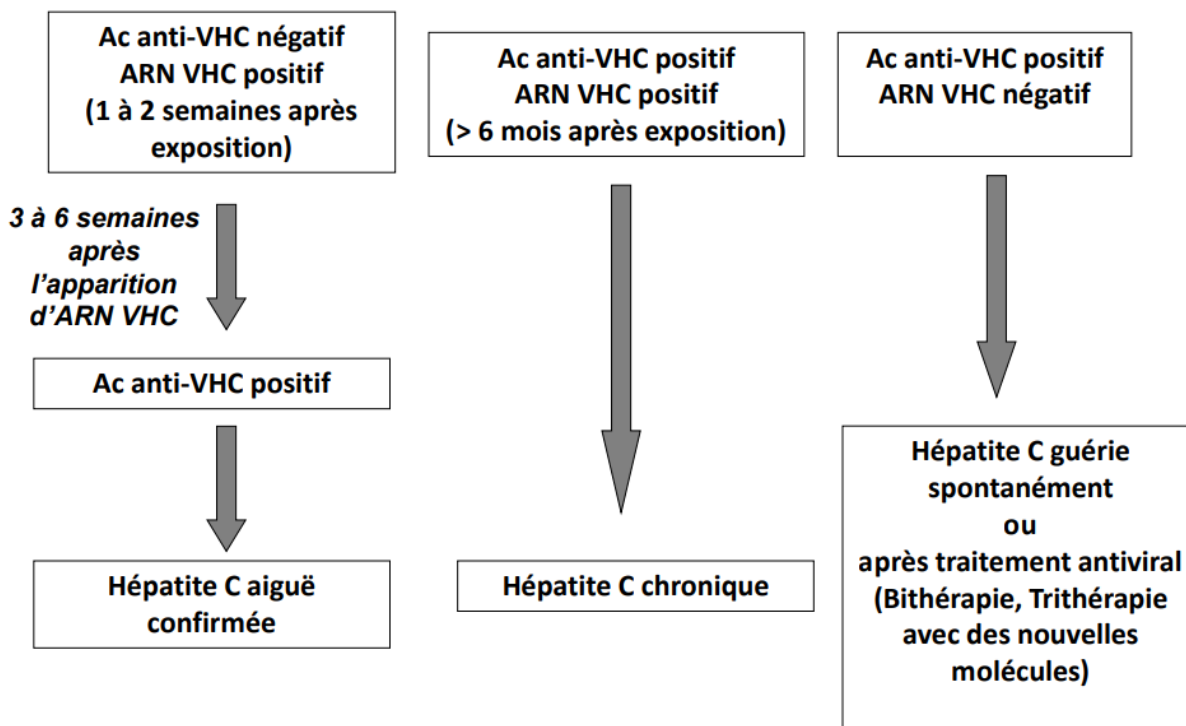
Tableau 3. Interprétation des marqueurs sérologiques de l'infection par le VHB, d'après le Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales, 2016 et la Société française de microbiologie, 2015 (4, 15)¹².

Ag HBs	Ac anti-HBc	Ac anti-HBs	Interprétations
-	-	+	Sujet vacciné.
-	-	-	Absence d'immunité, une vaccination peut être proposée selon le calendrier vaccinal.
+	+	-	Infection évolutive dont le caractère aiguë ou chronique est déterminé par la clinique, la présence d'IgM anti-HBc et l'évolution à six mois.
-	+	+	Infection guérie.
-	+	-	Infection guérie (le plus souvent) ou infection chronique inactive avant la séroconversion HBs (risque de réactivation en cas d'immunodépression) ¹³ .

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/argumentaire_hepatites-b-c-d_vd.pdf

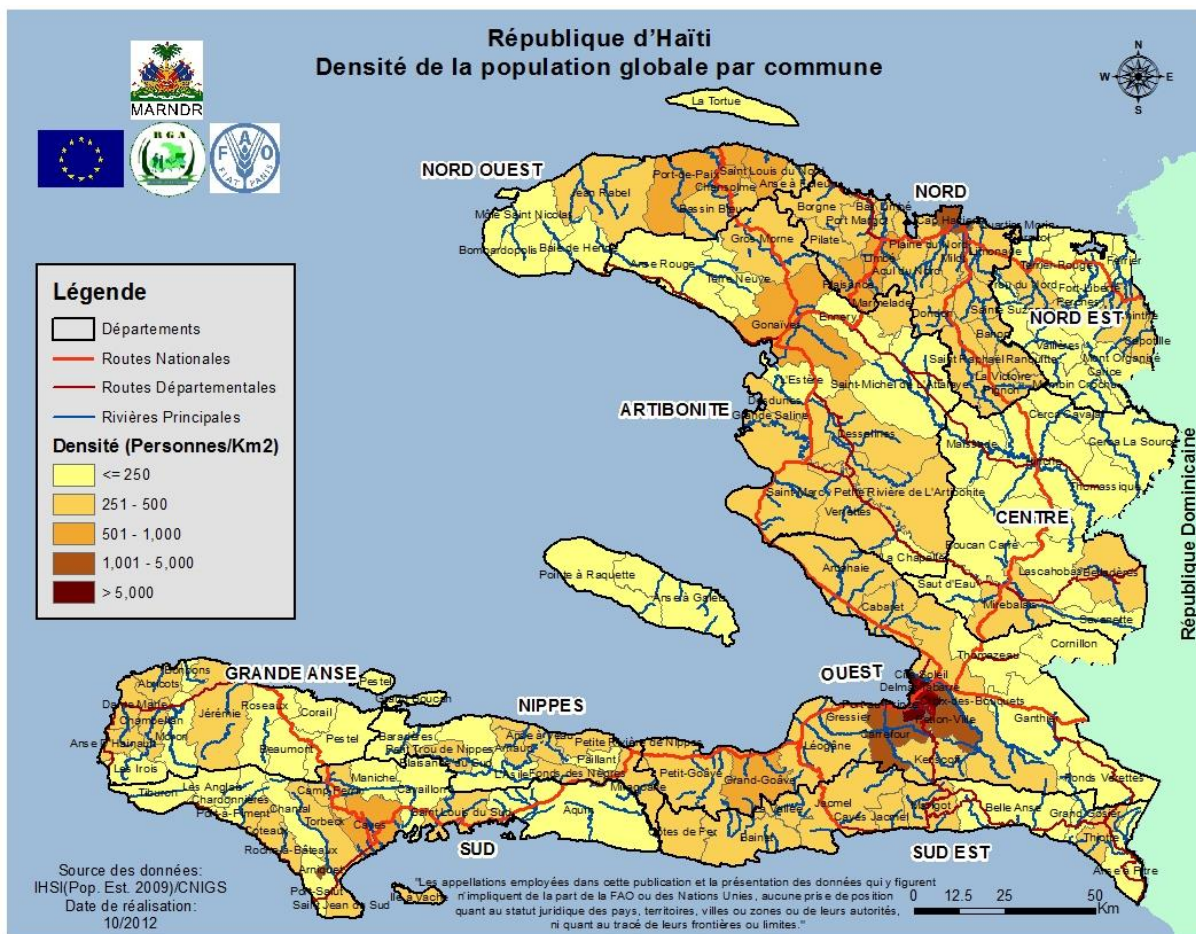
- Interprétation sérologies VHC :

Profil virologique de l'hépatite C



<http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/diaporamas/2013/diagnostic-virologiques-des-hepatites-virales-b-et-c-final-mme-barth.pdf>

Annexe 5 : Haïti : Principales villes et densité de population



http://agriculture.gouv.ht/statistiques_agricoles/Atlas/Cartes/Densite%20de%20la%20population%20globale%20par%20commune.jpg

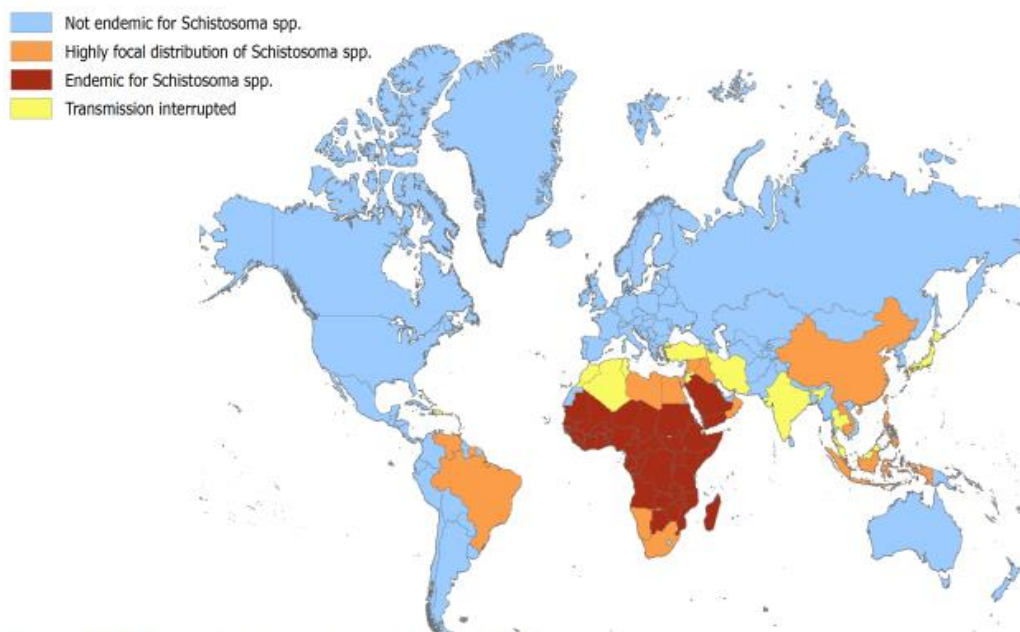
Annexe 6 : Prévalence de l'hyperéosinophilie

Variable	Hyperéosinophilie		
	N (Nb de données)	%	IC 95%
Total	78 (1404)	5.6	[4.41 – 6.88]
<u>Sexe</u>			
- Homme	50 (670)	7.6	[5.58 – 9.72]
- Femme	28 (734)	3.8	[2.54 – 5.46]
<u>Age</u>			
- < 18 ans	2 (6)	33.3	[4.32 – 77.72]
- 18 – 39 ans	46 (1122)	4.1	[3.01 – 5.43]
- ≥40 ans	30 (276)	10.9	[7.45 – 15.15]
<u>Région de départ</u>			
- Haïti	60 (1107)	5.4	[4.16 – 6.92]
- République dominicaine	7 (130)	5.4	[2.19 – 10.77]
- Syrie	0 (61)		
- Afrique	2 (45)	4.4	[0.54 – 15.14]
- Amérique latine	8 (47)	17.0	[7.64 – 30.80]
- Autres	0 (3)		
<u>Durée de voyage (en jours)</u>			
- ≤45	21 (451)	4.7	[2.90 – 7.02]
- >45	6 (139)	4.3	[1.60 – 9.15]
<u>Durée de présence en Guyane avant la consultation (en jours)</u>			
- ≤80	29 (667)	4.3	[2.93 – 6.18]
- >80	26 (316)	8.2	[5.45 – 11.82]

Annexe 7 : Prévalence de l'Anémie

Variable	Anémie		
	N (nb de données disponibles)	%	IC 95%
Total	309 (1837)	16.8	[15.13 – 18.61]
<u>Sexe</u>			
- Homme	40 (872)	4.6	[3.29 – 6.19]
- Femme	269 (965)	27.9	[25.06 – 30.82]
<u>Age</u>			
- 18 – 40 ans	250 (1492)	16.8	[14.89 – 18.74]
- > 40 ans	59 (345)	17.1	[13.28 – 21.49]
<u>Région de départ</u>			
- Haïti	254 (1406)	18.1	[16.08 – 20.17]
- République dominicaine	25 (187)	13.4	[8.84 – 19.09]
- Syrie	10 (76)	13.2	[6.49 – 22.86]
- Afrique	8 (68)	11.8	[5.21 – 21.87]
- Amérique latine	7 (69)	10.1	[4.17 – 19.79]
- Autres	0 (10)		
<u>Durée de voyage (en jours)</u>			
- ≤45	121 (727)	16.6	[14.00 – 19.55]
- >45	28 (229)	12.2	[8.28 – 17.18]
<u>Durée de présence sur le territoire avant consultation à la CODA (en jours)</u>			
- ≤80	157 (1027)	15.3	[13.14 – 17.64]
- >80	57 (343)	16.6	[12.83 – 20.9]

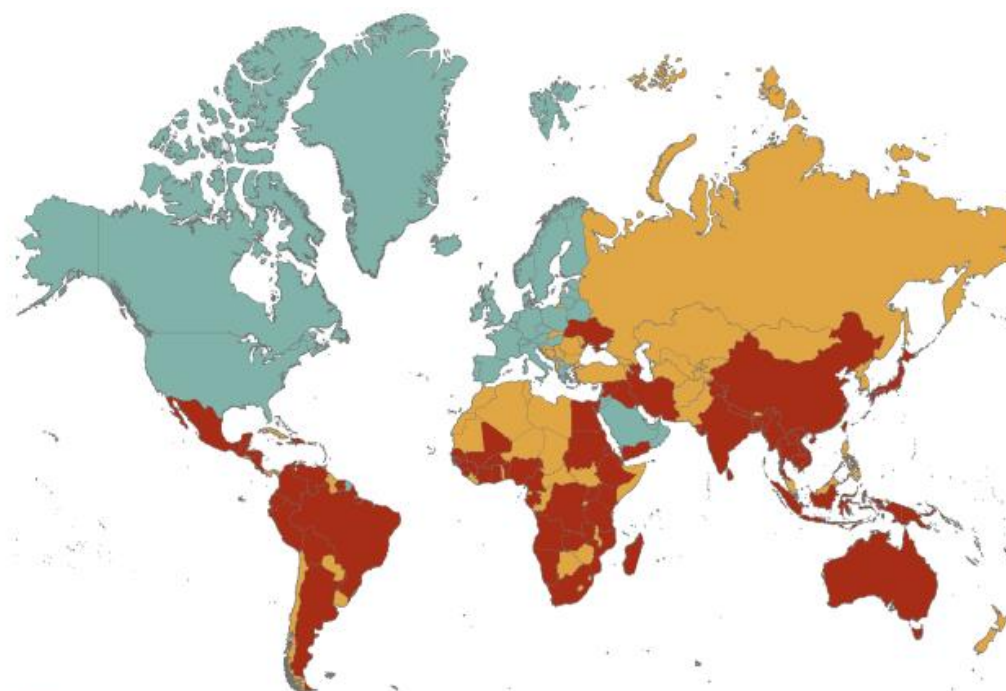
Annexe 8 : Zones d'endémie des strongyloïdes et des schistosomiases



Source: IAMAT. World schistosomiasis risk chart 2015. Available from:

https://www.iamat.org/assets/files/World%20Schistosomiasis%20Risk%20Chart_2015.pdf

Note: Public health authorities should consider schistosomiasis screening of migrants from countries marked orange and dark red.



Source: ECDC expert panel

Note: According to the ECDC expert panel, migrants from countries marked orange should be considered for strongyloidiasis screening.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Public%20health%20guidance%20on%20screening%20and%20vaccination%20of%20migrants%20in%20the%20EU%20EEA.pdf>

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Nom prénom : Hassanaly Vincent

Sujet : État de santé des demandeurs d'asile pris en charge en Guyane française en 2017 et 2018

Thèse : Médecine générale

Année : 2019

Numéro d'identification : 2019ANTI0420

MOTS-CLES : Santé / Migrants / Demandeurs d'asile / Guyane / Dépistage

INTRODUCTION : La Guyane française a connu une augmentation importante du nombre de demandeurs d'asile ces dernières années avec un pic à 5176 premières demandes en 2017. Aucune étude épidémiologique n'a été réalisé sur cette population et nous ne connaissons pas leurs états de santé en Guyane.

METHODE : Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale, monocentrique, incluant rétrospectivement toutes les personnes ayant consulté à la consultation dédiée aux DA (n=2135), entre le 1^{er} juillet 2017 et le 31 décembre 2018, suite à une demande d'asile.

RESULTATS : Les prévalences étaient de 1.7% pour le VIH, atteignant 2.0% dans la population originaire de Haïti, 5.3% pour la chlamydiae, 0.8% pour la syphilis, 0.5% pour l'hépatite C et 0.7% pour le gonocoque. La prévalence d'hépatite B chronique (Ag Hbs positif) était de 2.6. Deux cas de tuberculose-maladie ont été identifié à distance de la consultation initiale. Concernant les NCD, la prévalence de l'obésité était de 17.6%, celle de l'anémie était de 16.8 % avec une nette prédominance féminine. 10.6% des demandeurs d'asile présentaient une tension artérielle élevée et 0.7 %, une glycémie élevée.

CONCLUSION : L'état de santé des demandeurs d'asile en Guyane est préoccupant concernant à la fois les pathologies infectieuses et non infectieuses.

JURY : Président : Pr NACHER Mathieu

Juges : Pr COUPPIE Pierre

Pr DJOSSOU Félix

Dr HUBER Florence

Directeur de Thèse : Dr BONIFAY Timothée