HAL open science

Caractéristiques médico-sociales et parcours de soins de migrants reçus en médecine générale courant 2016 après bilan d'orientation infirmier

Laura Fittes-Pucheu

To cite this version:

Laura Fittes-Pucheu. Caractéristiques médico-sociales et parcours de soins de migrants reçus en médecine générale courant 2016 après bilan d'orientation infirmier. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03217300

HAL Id: dumas-03217300

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03217300v1

Submitted on 4 May 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.

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

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

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019 N° 103

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Caractéristiques médico-sociales et parcours de soins de migrants reçus en médecine générale courant 2016 après bilan d'orientation infirmier

Présentée et soutenue publiquement
le 27 mai 2019

Par

Laura FITTES-PUCHEU
Née le 9 mai 1988 à Pau (64)

Dirigée par Mme Le Docteur Hélène de Champs-Léger, PH

Jury :

M. Le Professeur Jacques Blacher, PU-PH ……. Président

M. Le Professeur Jean-Paul Viard, PU-PH

Mme Le Docteur Florence Dumas, MCU-PH

BY NC ND

Université Sorbonne Paris Cité

Remerciements

À Madame le Docteur Hélène de Champs-Léger,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour tes précieux conseils et ton soutien lors de l'élaboration et du suivi du projet de thèse. Merci de m'avoir guidée lors de mes consultations à la PASS de l'Hôtel-Dieu.

À Monsieur le Professeur Jacques Blacher,

Merci pour l'honneur de vous avoir comme président du jury de thèse. Merci pour votre enseignement.

À Monsieur le Professeur Jean-Paul Viard,

Merci pour l'honneur de votre participation au jury de thèse. Merci pour votre enseignement.

À Madame le Docteur Dumas,

Merci pour l'honneur de votre participation au jury de thèse.

À tous les membres du Centre de diagnostic et de thérapeutique de l'Hôtel-Dieu,

Merci pour votre encadrement, votre disponibilité et votre aide lors des consultations et durant l'élaboration de ce travail.

À mes parents,

Vous avez toujours cru en moi et m'avez soutenue tout le long de mon parcours. À mon père qui m'a transmis son goût pour les sciences et pour son exemple de détermination. À ma mère, pour son enseignement à la pensée positive, son sourire et son calme qui m'ont aidée à aller de l'avant.

À toute ma famille,

Merci pour votre soutien. Merci à Éloïse et Marie pour m'avoir épaulée durant toutes ces années et pour votre aide dans ce travail, et à Pierre-Olivier pour ton précieux soutien.

À mes amis, mes co-internes, mes colocataires,

Vous avez rendu ces années de médecine plus faciles.

Table des matières

REMERCIEMENTS **1**

TABLE DES MATIERES **6**

TABLE DES ILLUSTRATIONS **11**

Liste de figures 11
Liste des tableaux 12

LISTE DES ABREVIATIONS **13**

INTRODUCTION **15**

PREMIERE PARTIE : LES MIGRANTS PRIMO-ARRIVANTS FACE AU SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS ... **17**

Chapitre 1 : Une population hétérogène 17
1.1 Définitions de la population migrante 17
1.2 Approche historique de l'immigration en France 19
1.3 La « crise » migratoire actuelle. 22
Chapitre 2 : Encadrement du séjour des migrants 27
2.1 Accès au séjour 27
2.2 La demande d'asile 28
2.3 Situation administrative irrégulière 29
Chapitre 3 : Approche légale de l'accès aux soins des primo-arrivants 29
3.1 Le droit à la santé : un droit inscrit dans le droit international 29
3.2 La couverture sociale en France 30
3.3 L'accès aux soins des migrants en situation irrégulière. 32
Chapitre 4 : Place du médecin généraliste au cœur de la problématique de la santé des migrants 35
4.1 La stratégie payante des pays ouvrant aux soins de premier recours 35
4.2 Un accès aux soins centré sur les soins primaires en France 36
Chapitre 5 : Les éventuelles réticences envers l'étude de l'état de santé des migrants en France 37

PARTIE 2 : LES DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE DES MIGRANTS PRIMO-ARRIVANTS **39**

Chapitre 1 : Définitions des déterminants socio-économiques de la santé 39

1.1 Les facteurs de santé 39
1.2 Les inégalités sociales de santé 40
1.3 Différence entre l'état de santé des migrants et de la population native 41
Chapitre 2 : Influence des conditions de vie avant et après l'arrivée en France 42
2.1 L'influence des conditions pré-migratoires dans le pays d'origine 42
2.2 Un parcours migratoire éprouvant 42
2.3 Des conditions de vie très difficiles en France 43
Chapitre 3 : Barrières à l'accès et au recours aux soins 44
3.1 La précarité administrative 44
3.2 Barrières culturelles et linguistique 45
3.3 Le manque de lien social 45
3.4 Barrières liées au système de soin 45
3.4.1 Accès à la couverture sociale 45
3.4.2 Refus de soins 46

PARTIE 3 : ÉTAT DE SANTE DES MIGRANTS PRIMO-ARRIVANTS EN FRANCE ET EUROPE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES 47

Chapitre 1 : Pathologies les plus fréquemment rencontrées au sein de la population migrante 47
Chapitre 2 : Les maladies infectieuses persistantes 47
2.1 Les infections virales persistantes 48
2.2 Maladies parasitaires persistantes d'importation 50
Chapitre 3 : Les autres maladies infectieuses 51
3.1 La tuberculose 51
3.2 Autres maladies sexuellement transmissibles 51
3.3 Autres maladies infectieuses d'importation 52
3.4 Maladies transmissibles « courantes » acquises dans le pays d'accueil 52
Chapitre 4 : La santé mentale des primo-arrivants 53
4.1 Le traumatisme de l'exil 53
4.2 Des troubles mentaux fréquents dans la population migrante 55

PARTIE 4 : CONTEXTE DE L'ETUDE : DISPOSITIF D'ACCES AUX SOINS MIS EN PLACE POUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES MIGRANTS HEBERGES EN CENTRES D'HEBERGEMENT D'URGENCE PARISIENS. 56

Chapitre 1 : Mise en place d'un bilan infirmier d'orientation sanitaire 56
Chapitre 2 : Parcours de soins à l'Hôtel-Dieu 57

Chapitre 3 : Recommandations de prise en charge des migrants et prise en charge médicale à la PASS de l'Hôtel-Dieu 58
3.1 Propositions de bilan de dépistage : aucune recommandation officielle 58
3.2 La prise en charge vaccinale 61
3.2.1 Une détermination du statut vaccinal difficile 61
3.2.2 Réalisation du rattrapage vaccinal selon la SPLIF 62
Chapitre 4 : Justification et objectifs de l'étude 65

PARTIE 5 : LE TRAVAIL DE RECHERCHE 67

Chapitre 1 : Méthode 67
1.1 Type d'étude 67
1.2 Le lieu de l'étude 67
1.3 La population étudiée 67
1.4 Période de l'étude 67
1.5 Critères d'inclusion 67
1.6 Modalités d'accueil à la PASS 68
1.7 Modalités de prise en charge médicale 68
1.8 Modalités du recueil des données 69
1.9 Données recueillies 70
1.10 Analyse statistique 72
1.11 Recherche bibliographique 72
Chapitre 2 : Résultats 72
2.1 Description de la population 72
2.1.1 Taille de l'échantillon 72
2.1.2 Identité déclarée 74
2.1.3 Sexe et âge 75
2.1.4 Nationalité 76
2.2 Prise en charge médico-sociale à l'Hôtel-Dieu 76
2.2.1 Communication pendant la consultation 76
2.2.2 Couverture sociale 77
2.3 Soins de prévention 78
2.3.1 Consommation de toxiques. 78
2.3.2 Vaccination DTPCa 78
2.3.3 Vaccination hépatite B 79
2.4 Moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins de santé 80
2.4.2 Recours aux médecins spécialistes 81
2.4.3 Recours aux examens d'imagerie 82

2.4.4 Recours aux examens de biologie. 82
2.5 Motifs de consultation..... 83
2.5.1 Maladies chroniques déjà prises en charge dans le pays d'origine 83
2.5.2 Autres motifs de consultation 84
2.6 Pathologies diagnostiquées grâce aux examens complémentaires 87
2.6.1 Diagnostics radiologiques..... 87
2.6.2 Diagnostics par examens biologiques..... 88
2.7 Pathologies diagnostiquées à l'issue de la prise en charge 89
2.7.1 Pathologies par appareil selon la classification CISP-2 de la WONCA..... 89
2.7.2 Pathologies digestives..... 91
2.7.3 Pathologies ostéoarticulaires 92
2.7.4 Pathologies cutanées..... 93
2.7.5 Pathologies psychiatriques 94
2.7.7 Pathologies respiratoires et auriculaires 95
2.7.8 Pathologies urogénitales 96
2.7.9 Pathologies neurologiques 97
2.7.10 Pathologies oculaires 97
2.7.11 Pathologies cardio-vasculaires 98
2.7.13 Diagnostics fréquemment établis..... 99
2.8 Les pathologies infectieuses 99
2.9 Les pathologies chroniques..... 101

PARTIE 6 : DISCUSSION 103

Chapitre 1 : Les limites de l'étude 103
1.1 La population étudiée..... 103
1.2 Etude rétrospective..... 104
1.3 La méthode de codage 105
Chapitre 2 : Force de l'étude 105
Chapitre 3 : Analyse des principaux résultats..... 106
3.1 La population de l'étude 106
3.2 Caractéristiques sociales 108
3.3 Motifs de consultation et pathologies diagnostiquées 109
3.4 Nécessité d'un bilan médical 114
3.5 Le rattrapage vaccinal 117
Chapitre 4 : Les difficultés rencontrées dans le circuit de soins..... 119
4.1 Difficultés d'accès à l'Hôtel-Dieu 119
4.2 Difficultés d'accès à l'équipe médico-sociale 120

4.3 Difficultés d'accès au plateau technique..... 121
Chapitre 5 : Comparaison avec les données de la littérature..... 122
5.1 Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée. 122
5.2 Etat de santé 125
Chapitre 6 : Pistes d'amélioration de la prise en charge. 130

CONCLUSION.....133

BIBLIOGRAPHIE.....136

ANNEXE 1 : CLASSIFICATION CISP-2.....147

ANNEXE 2 : DOSSIER MEDICAL PATIENT 151

Table des illustrations

Liste de figures

Figure 1 : Carte des routes migratoires d'entrée en Europe 25
Figure 2 : Proportion de patients venus en consultation dans chaque centre en fonction du nombre total de patients adressés 74
Figure 3 : Proportion de patients venus en consultation en fonction du temps de trajet moyen jusqu'à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu 74
Figure 4 : Répartition de la population selon l'âge 75
Figure 5 : Répartition de la population selon le pays d'origine 76
Figure 6 : Prise en charge sociale des patients 77
Figure 7 : Couverture sociale des patients en fin de prise en charge 77
Figure 8 : Volume des consultations de médecine générale 80
Figure 9 : Type et nombre de recours aux médecins spécialistes 81
Figure 10 : Répartition des examens d'imagerie réalisés 82
Figure 11 : Motifs de consultation par appareil selon la classification CISP-2 85
Figure 12 : Motifs de consultation sans RDV de médecine générale 86
Figure 13 : Résultats des radiographies pulmonaires 87
Figure 14 : Répartitions des diagnostics posés par appareils 90
Figure 15 : Répartition des maladies infectieuses par appareil 99
Figure 16 : Traitements mis en place pour les pathologies infectieuses diagnostiquées 100

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition de la population adressée et reçue de chaque centre d'hébergement d'urgence pour migrants et moyen d'accès à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu 73
Tableau 2 : Concordance entre les identités enregistrées par le SSP et l'hôpital de l'Hôtel-Dieu 75
Tableau 3 : Moyen de communication principal utilisé en consultation..... 76
Tableau 4 : Consommation de toxiques dans la population étudiée 78
Tableau 5 : Statut vaccinal et prise en charge vaccinale par le dTPCa 79
Tableau 6 : Statut sérologique pour l'hépatite B 79
Tableau 7 : Rattrapage vaccinal des patients non immunisés contre l'hépatite B..... 80
Tableau 8 : Diagnostics réalisés par une prise de sang..... 88
Tableau 9 : Répartition des diagnostics réalisés par appareil selon la classification CISP-2 ... 89
Tableau 10 : Pathologies digestives diagnostiquées..... 91
Tableau 11 : Pathologies ostéoarticulaires diagnostiquées..... 92
Tableau 12 : Pathologies cutanées diagnostiquées 93
Tableau 13 : Pathologies psychiatriques diagnostiquées 94
Tableau 14 : Pathologies respiratoires-auriculaires diagnostiquées 95
Tableau 15 : Pathologies uro-génitales diagnostiquées 96
Tableau 16 : Pathologies neurologiques diagnostiquées..... 97
Tableau 17 : Pathologies ophtalmologiques diagnostiquées 97
Tableau 18 : Pathologies cardio-vasculaires diagnostiquées..... 98
Tableau 19 : Pathologies hématologiques, du système immunitaire, métabolique et générales diagnostiquées..... 98
Tableau 20 : Pathologies chroniques prises en charge 101

Liste des abréviations

ACS : Aide à la Complémentaire Santé
ADA : Allocation pour Demandeurs d'Asile
AME : Aide Médicale d'État
APHP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Assistant Socio-Economique
CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAFDA : Centre d'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile
CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit D'Asile
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence
CHUM : Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants
CISP-2 : Classification Internationale des Soins Primaires, deuxième version
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
COMEDE : Comité pour la santé des exilés
CPA : Centre Premier Accueil
CSHP : Conseil Supérieur d'Hygiène Publique
DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
ECDC : European Centre for Disease Prevention and Control
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité
FSVU : Fond des soins Vitaux et Urgents
GEM : Glomérulonéphrite Extra-Membraneuse
HAS : Haute Autorité de Santé
HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
INPES : Institut Nationale de Prévention et d'Éducation Sanitaire
INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Études Economiques
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IRDES : Institut de Recherche et de Documentations en Économie de la Santé
IST : Infection Sexuellement Transmissible
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MDM : Médecins Du Monde
OFFI : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMS : Organisation Mondiale pour la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PUMa : Protection Universelle Maladie
SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
SSP : Samu Social de Paris
TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
UE : Union Européenne
UNECO : United Nation for Education, Science and Culture Organisation, Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners / Family Physicians

Introduction

Les cinq dernières années ont été marquées par l'augmentation majeure du nombre de personnes migrantes arrivant illégalement sur le territoire européen. Depuis 2015, l'afflux de réfugiés venus notamment du Moyen-Orient a été présenté comme une « crise migratoire » qui serait la plus importante connue en Europe depuis la Seconde guerre mondiale. Cette affluence exceptionnelle est en partie expliquée par le contexte géopolitique, avec l'apparition de multiples conflits. Cependant, ces nombreux réfugiés de guerre n'expliquent pas à eux seuls la vague migratoire actuelle. D'autres explications peuvent être évoquées. Le passé colonial des pays européens a créé des liens avec les autres continents. La mondialisation du marché du travail encourage les déplacements. Le réchauffement climatique, prive certaines populations de ressources naturelles et les pousse à partir en quête de meilleures conditions de vie. La modernisation des moyens de transports a facilité la venue en Europe au fil des années. Dans les médias, l'arrivée et l'accueil de nombreux migrants est présentée comme une source de problèmes pour les pays d'accueil. Pourtant, cette population est aussi une richesse économique et culturelle. Elle est source de main d'œuvre et permet de dynamiser la démographie des pays européens tout en participant à la diversité culturelle des populations. C'est par le biais de l'intégration sociale des migrants et donc d'une cohésion sociale au sein de la population native que la migration peut devenir un atout pour le pays d'accueil.

Par son ampleur et sa rapidité, la récente affluence de migrants a mis l'Europe à l'épreuve quant à ses capacités d'assimilation. Elle a été mise au défi de sa capacité à faire cause commune et à respecter ses valeurs d'accueil. Par ailleurs, les questions de ses défenses sécuritaires et de la gestion de ses frontières externes ont été centrales. Le sujet de l'accueil de ces migrants a alimenté les débats politiques nationaux et internationaux. La communauté internationale dans son ensemble a semblé désemparée et a peiné à trouver un accord politique pour gérer ce phénomène, ce qui a créé des conditions de migrations et de vie extrêmement dangereuses. En témoigne la traversée de la Méditerranée, qui est une voie d'entrée par Europe marquée par un nombre de morts vertigineux. Les images des drames survenus en mer Méditerranée et des tentatives de sauvetages sont régulièrement relayées par les médias. Cette « crise des migrants » est également un défi humanitaire et confronte les politiques européennes à l'universalité des Droits de l'Homme.

Sur le territoire français, cette crise s'est traduite par une saturation des dispositifs d'accueil et de prise en charge qui se sont retrouvés rapidement submergés. Dans de nombreuses villes et particulièrement à Paris, cette réalité a entraîné la multiplication de campements illégaux avec l'installation de centaines de personnes par jour sur les trottoirs parisiens. Même avec l'aide des associations, les besoins sanitaires minimum n'étaient pas toujours assurés. Dans certains campements, des polémiques (justifiées ou non) sur la santé des migrants et le risque de transmission de maladies infectieuses sont apparues. Elles ont eu le bénéfice de mettre en lumière la nécessité de prendre aussi en charge ces personnes sur le plan sanitaire et médical.

Les dispositifs qui existaient pour répondre aux besoins médicaux des migrants primo-arrivants ont dû être repensés et renforcés. Ainsi, la consultation sans rendez-vous de la Permanence d'Accès aux Soins de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de Paris a contribué à cette réponse. Pour les médecins généralistes qui y travaillent, les difficultés rencontrées pour répondre aux besoins médicaux de ces patient étaient nombreuses. Une étroite collaboration s'est mise en place avec le Samu Social de Paris afin de coordonner les équipes. Un bilan sanitaire réalisé par une infirmière avant adressage vers la consultation sans rendez-vous de l'Hôtel-Dieu a été mis en place, comme nous le détaillerons dans ce travail. C'est dans ce contexte que j'ai fait un stage d'internat à la consultation de médecine générale sans rendez-vous de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de Paris. Il nous a semblé pertinent d'étudier objectivement quels avaient été les besoins de santé de cette population et en quoi le repérage infirmier était ou non une plus-value, en influant sur le parcours et l'orientation des patients.

Ce travail propose un état des lieux sur cette collaboration, en objectivant le parcours des patients depuis leur adressage à la consultation de médecine générale jusqu'à leur sortie du dispositif, en décrivant les pathologies rencontrées. Nous commencerons par décrire le contexte historique de la « crise migratoire » actuelle, les conditions d'accueil de ces personnes en France, et leur place dans le système sanitaire français. Nous verrons aussi les spécificités des problématiques de santé de cette population d'après la littérature.

Première partie : Les migrants primo-arrivants face au système de soins français

Chapitre 1 : Une population hétérogène

1.1 Définitions de la population migrante

La « population migrante » englobe des situations très variées : il est donc nécessaire de définir certains termes que nous emploierons dans ce travail.

Le terme de migrant n'a pas de définition juridique. Pour l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), un migrant est une personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né, et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays. (1) D'après le sens international, un migrant est une personne née à l'étranger et résidant désormais dans un autre pays. C'est cette définition que nous utiliserons dans ce travail. (2)

D'après le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est un personne née étrangère à l'étranger et vivant en France.(3) Elle garde son statut d'immigré même après acquisition de la nationalité française. Cette catégorie regroupe les personnes en situation régulière ou irrégulière, quelle que soit la raison de leur migration.

Le mot étranger désigne une personne qui n'a pas la nationalité française. Le terme étranger malade est utilisé pour le droit au séjour pour des raisons médicales.(2)

Un demandeur d'asile est une personne qui a fait la demande du statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951 et qui n'a pas encore de réponse à sa demande.

Un réfugié est une personne qui a obtenu le statut administratif de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). Ce statut peut être accordé par différentes procédures. D'après la Convention de Genève du 18 juillet 1951, peut prétendre à ce statut « toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe

social ou de ses opinions politiques, se trouvant hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte ne veut, réclamer la protection de ce pays ». La personne réfugiée obtient alors l'asile conventionnel, le plus connu. (4)

Il est possible de faire une demande d'asile constitutionnel, prévu par un article du Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile (CESEDA) en application du préambule de la Constitution de 1946, pour « toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ». De nos jours la démarche reste marginale et est le plus souvent utilisée en commission de recours.

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) peut également placer un demandeur sous mandat de protection. (5)

La protection subsidiaire est accordée à une personne qui ne peut prétendre au statut de réfugié, mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle a un risque réel de subir une atteinte grave en cas de retour dans son pays : peine de mort, exécution de tortures ou traitements inhumains ou dégradants, 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).(5)

Le terme d'exilé est utilisé pour désigner une personne qui vit hors de son pays d'origine par contrainte, quelle qu'elle soit. (2)

Les termes de sans-papiers ou clandestins ou migrants irréguliers sont utilisés pour désigner les personnes étrangères qui n'ont pas de titre de séjour les autorisant à rester sur le territoire français. (2)

La définition du primo-arrivant est floue et variable selon les organismes. Pour France Terre d'Asile, ce sont les personnes ayant obtenu depuis « peu » un titre de séjour. (6) Cette définition est peu adaptée à l'usage fait actuellement par le grand public. La durée de séjour sur le territoire français peut être très variable (quelques mois à plusieurs années) avant une régularisation avec obtention d'un titre de séjour. Pour certaines Organisations Non Gouvernementales (ONG), ce terme peut désigner des personnes arrivées sur le territoire depuis moins de 3 mois (Médecins du Monde(7)) ou les personnes récemment arrivées dont la procédure de demande de titre de séjour est en cours.(Emmaüs, centre premier accueil (8)). L'Inspection Générale des Affaires Sociales utilise ce terme pour désigner les étrangers durant les cinq premières années de présence sur le territoire français. (9)

Le terme de population native est utilisé pour désigner la population née dans le pays où est réalisée l'étude.

1.2 Approche historique de l'immigration en France

Des premiers Hommes au XXème siècle

Les mouvements et les déplacements de populations doit s'observer dans une perspective de temps longue, c'est à dire à l'échelle de l'humanité. Les premiers hominidés sortent d'Afrique il y a 2,5 millions d'années. Homo sapiens, l'Homme moderne, en fait de même, puis réalise une dispersion à l'échelle planétaire, au grès des changements environnementaux et de l'apparition de nouveaux modèles adaptatifs comportementaux.(10)

Avec l'apparition de l'agriculture il y a 15 000 ans, les hommes ont la possibilité de se sédentariser. La mobilité devient une option parmi d'autres et les phénomènes de migrations persistent.

Durant l'Antiquité, les mouvements de populations se font pour la conquête de nouveaux territoires et pour des raisons commerciales, comme avec les colonisations grecques puis romaines.

Au Moyen-Age, les migrations françaises sont le fait de la recherche de travail, de l'organisation de professions en corporations dont l'apprentissage se fait partout en Europe, des relations commerciales qui se poursuivent. À la fin du Moyen-Age, la soif de découverte du monde par les Européens est à l'origine d'expéditions terrestres à travers l'Eurasie, et d'expéditions maritimes dans le pourtour méditerranéen. C'est ensuite l'exploration de la Terre par de grands navigateurs européens qui va ouvrir de nombreuses routes maritimes transocéaniques. Elles vont être le point de départ de migrations transcontinentales.

Dès la fin du XVIIème siècle, d'importants mouvements d'émigration européenne transcontinentaux apparaissent. Les échanges sont d'abord commerciaux, puis les européens se disputent les territoires découverts dans le Nouveau-Monde. En parallèle, ils partent en mission de christianisation des nouveaux territoires. Différents empires coloniaux européens se développent, entretenant les échanges commerciaux mais faisant aussi la traite humaine entre les différents continents. A cette époque, l'Europe est une terre d'émigration transcontinentale.

C'est à la fin du XVIIIème siècle et durant de XIXème siècle que la France devient une terre d'immigration : sa fécondité diminue mais le besoin de main d'œuvre ne cesse

d'augmenter avec le développement de l'industrialisation, encourageant l'immigration économique. (11) En parallèle une immigration politique apparaît avec le droit d'asile constitutionnel qui est proclamé pour la première fois lors de la Constitution de 1793.(12)

Du début du XXème siècle à 2016

Durant le XXème siècle, l'histoire de la migration Française est fortement liée aux conflits européens. Au début du siècle, la part de la population immigrée est estimée à 3% en France.

Après la Première Guerre Mondiale, l'État conclut des conventions internationales pour favoriser l'immigration économique afin de compenser le manque de main d'œuvre, dû aux pertes dans la population des jeunes hommes français. La population immigrée augmente progressivement jusqu'à atteindre 6,6 % de la population. Les immigrés sont majoritairement européens, pour beaucoup des Italiens et des Européens de l'Est. Parallèlement, l'immigration en provenance du Maghreb commence. Nous pouvons compter environ 175 000 Algériens qui arrivent en France au début des années 1920. La problématique des réfugiés et apatrides se développe à la suite de la dissolution des grands Empires et de l'apparition de pratiques de déchéance forcée et automatique de nationalité pour des motifs idéologiques.

Dans les années 1930, la crise économique entraîne un ralentissement de l'immigration. Le nombre de migrants diminue globalement mais la part des réfugiés parmi les migrants augmente, avec notamment la population espagnole qui fuit la guerre civile.

Après la Seconde Guerre Mondiale, les populations déplacées sont nombreuses. L'Organisation Internationale des Réfugiés est créée en 1946, qui deviendra ensuite le Haut-Commissariat aux Réfugiés (HCR). En France, l'immigration est à nouveau encouragée pour la reconstruction du pays et c'est l'Office National de l'Immigration qui est créé pour l'encadrer. Plus de 1 millions d'étrangers auraient été recrutés.

En 1951, les pays membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) rédigent la Convention de Genève définissant la condition de réfugié. La France signe cette Convention avec une restriction géographique à l'Europe. En 1952, l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) est créé. La population immigrée est encore majoritairement européenne, avec une augmentation persistante de la part de migrants originaires du Maghreb. Durant cette période, les populations immigrées sont originaires de pays proches géographiquement. Pour la plupart, les populations sont culturellement proches des populations natives. Environ 112 000 étrangers arrivent chaque année sur le territoire français entre 1956 et 1965.

Durant les années 1970, le ralentissement économique entraîne une nouvelle période de restriction de l'immigration économique. Seul le rapprochement familial est maintenu. En parallèle, les conflits mondiaux entretiennent une migration politique. L'ouverture du dispositif d'asile au monde entier en 1971 entraîne une diversification de l'origine des immigrés.(11,12) Les premières demandes d'asile non européennes émanent de Chiliens à la suite du coup d'État de 1973. L'immigration depuis l'Afrique Sub-Saharienne débute également dans les années 1970 dans un contexte de décolonisation. En 1974, ce sont 4 millions d'étrangers environ qui vivent en France. La proportion d'immigrés atteint 7,4 % de la population française en 1975 puis va rester stable de nombreuses années. (13) Entre 1976 et 1982, de nombreux immigrés originaires d'Asie du Sud Est arrivent sur le territoire. Ils correspondent notamment à des réfugiés qui fuient le régime communiste instauré après l'effondrement du Sud Vietnam. Ils quittent le pays sur les embarcations de fortune, jusqu'aux pays limitrophes avant de rallier l'Europe. C'est pourquoi ils ont été appelés les Boat-people. Ce sont environ 120 000 personnes qui sont accueillies en France. Les réticences à l'accueil de ces populations immigrées se développent à cette période en Europe en lien avec l'augmentation des différences ethniques et culturelles ente immigrés et population native.(14)

En 1985, cinq pays, l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, le Luxembourg et la France, créent l'espace Schengen. L'ouverture des frontières internes entre ces pays, et donc la libre circulation des personnes est instaurée, mais n'entrera en application qu'en 1995. (15) L'immigration économique ayant été restreinte au rapprochement familial, les migrants sont majoritairement représentés par les demandeurs d'asile et migrants arrivés illégalement sur le territoire.

En 1989, un premier pic de demandes d'asile est enregistré. Il fait suite à de nombreux conflits dans lesquels les populations civiles sont prises pour cible. Cette année-là, la France enregistre 61 422 demandes d'asile, provenant essentiellement de ressortissants du Zaïre et des Kurdes de Turquie.

Entre 1999 et 2003, l'origine géographique des immigrés arrivant sur le sol français évolue : la part des européens et des asiatiques du sud-est diminue et la part des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et du Maghreb, notamment du Maroc augmente. Les premiers migrants originaires d'Afrique sub-saharienne arrivant en Europe illégalement en traversant la méditerranée jusqu'à Lampedusa (en Italie) apparaissent. Leur nombre passe de quelques centaines à quelques milliers par an durant cette période. (11)

En 2003, un nouveau pic de demandes d'asile est atteint. La France est le premier pays d'Europe sollicité par les demandes d'asile. Les 52 204 demandes enregistrées proviennent

essentiellement de ressortissants d'Ex-Yougoslavie, de Bosnie-Herzégovine, d'Algérie et de Tchétchénie. Les politiques migratoires se sont alors durcies au fil des années et le taux d'admission à l'asile a chuté. Nous pouvons comparer les chiffres entre les années 1976 et 2003. En 1976, 14 797 demandes avaient été acceptées sur les 18 478 demandes déposées, alors qu'en 2003, seules 9790 demandes sont acceptées sur les 52 204 demandes d'asile déposées. (16) Après ce pic atteint en 2003, le nombre de demandes d'asile diminue jusqu'à seulement 23 804 demandes en 2007. Les primo-demandes d'asile augmentent ensuite progressivement.

Jusqu'en 2011, l'espace s'agrandit pour englober 26 pays membres. (15) Depuis l'application de la libre circulation des personnes au sein de l'espace Schengen seules les frontières extérieures de l'Union Européenne peuvent être surveillées. Les pays membres s'accordent pour permettre l'harmonisation des contrôles aux frontières extérieures. C'est l'agence Frontex, créée en 2004, qui est chargée de ce contrôle. Elle dénombre les passages illégaux de frontières.

L'afflux de migrants continue à augmenter jusqu'à 2015 où 1 820 000 entrées illégales ont été enregistrées au sein de l'Union Européenne. Cette année-là, les immigrés représentent 9,3% de la population vivant en France. (13)

En 2016, le nombre des entrée illégales sur le territoire européen reste élevé mais descend à 511 371 passages. (17) En ce qui concerne les demandes d'asile, c'est en 2016 que le dernier pic est atteint en France avec 76 790 primo-demandes déposées.(18,19) Cette année-là, 35,7% des immigrés arrivés en France sont nés en Afrique et seulement 37% sont nés en Europe, contre 66% en 1975. (13)

C'est cette affluence qui correspond à ce que nous appelons la « crise migratoire » actuelle que nous allons développer dans le paragraphe suivant.

1.3 La « crise » migratoire actuelle.

➔ Les conflits récents

L'affluence massive de migrants qui entrent en Europe illégalement ces dernières années s'inscrit dans la suite des « printemps arabes ». Ces mouvements naissent d'une contestation populaire à la fin de l'année 2010 et vont se transformer en mouvements révolutionnaires nationaux.

La Tunisie amorce les événements avec la chute du régime de Ben Ali en janvier 2011. Un effet domino va ensuite être constaté en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, en Egypte, au Yémen, en Lybie, en Irak et en Syrie. Ces conflits entraînent des déplacements des populations civiles fuyant les affrontements.

Parallèlement, en août 2011, le renversement du régime de Mouammar Kadhafi en Lybie va mettre un terme aux accords de coopération entre la Lybie et l'Europe pour lutter contre l'immigration clandestine. La Lybie, en guerre civile, devient alors un pays de transit pour de nombreux migrants se dirigeant vers l'Europe. Les réseaux d'immigration irrégulière s'y multiplient pour faciliter l'entrée en Europe de migrants d'Afrique sub-saharienne.

En Syrie, les mouvements révolutionnaires débutés en mars 2011 plongent le pays dans une véritable guerre civile entre les forces du régime de Bachar el Asad et la rébellion armée. Dans le même temps, l'organisation Etat Islamique s'installe dans la région et conquiert un territoire qui s'étend au cours de la période 2012-2014. L'instauration de la loi islamique sur le territoire et les conflits armés touchant les populations civiles poussent de nombreux Syriens sur la voie de l'exil.

Entre 2011 et 2014, les Syriens se réfugient dans les pays limitrophes notamment au Liban, en Irak, en Jordanie et en Turquie, dans l'espoir de rapidement rentrer chez eux. À partir de la fin de l'année 2014, le conflit persiste et les pays limitrophes de la Syrie sont submergés de migrants. Les conditions de vie dégradées poussent les Syriens à venir demander l'asile en Europe dans l'espoir de meilleures conditions d'accueil et de protection.

L'HCR estime qu'à la fin de l'année 2014, 1,55 millions de syriens avaient quitté leur pays et avaient demandé la protection d'autres pays. La Syrie est alors devenue le premier pays pourvoyeur de réfugiés en 2014, devant l'Afghanistan qui avait cette place auparavant.

A la fin de l'année 2015, 1,2 millions de syriens avaient migré vers l'Union Européenne. (20)

Les migrants originaires d'Afghanistan représentent une grande part des migrants arrivant actuellement en Europe. L'instabilité du pays et le déplacement des populations trouvent leur origine en 1994, quand les talibans instaurent le Régime Islamique d'Afghanistan. Après l'entrée en guerre contre les Etats-Unis et la dégradation des conditions sécuritaires, de nombreux Afghans prennent la voie de l'exil. Les déplacements sont essentiellement internes et dans les pays limitrophes mais certains Afghans vont jusqu'en Europe pour demander la mise

sous protection. Durant l'année 2015, 200 000 Afghans ont rejoint l'Europe.

➔ Les principaux pays d'origine des migrants

La population des migrants traversant la frontière n'est pas superposable à la population des demandeurs d'asile. Cependant, leur proportion étant importante, l'étude de la population ces demandeurs d'asile reste un moyen d'approcher l'évolution des caractéristiques des primo-arrivants.

Nous avons vu que 1 820 000 entrées illégales ont été répertoriées en 2015 au sein de l'Union Européenne.(21) Le nombre de demandes d'asile enregistrées s'élevait à 1,26 millions en 2015 sur la totalité de l'Europe des 28. (22)

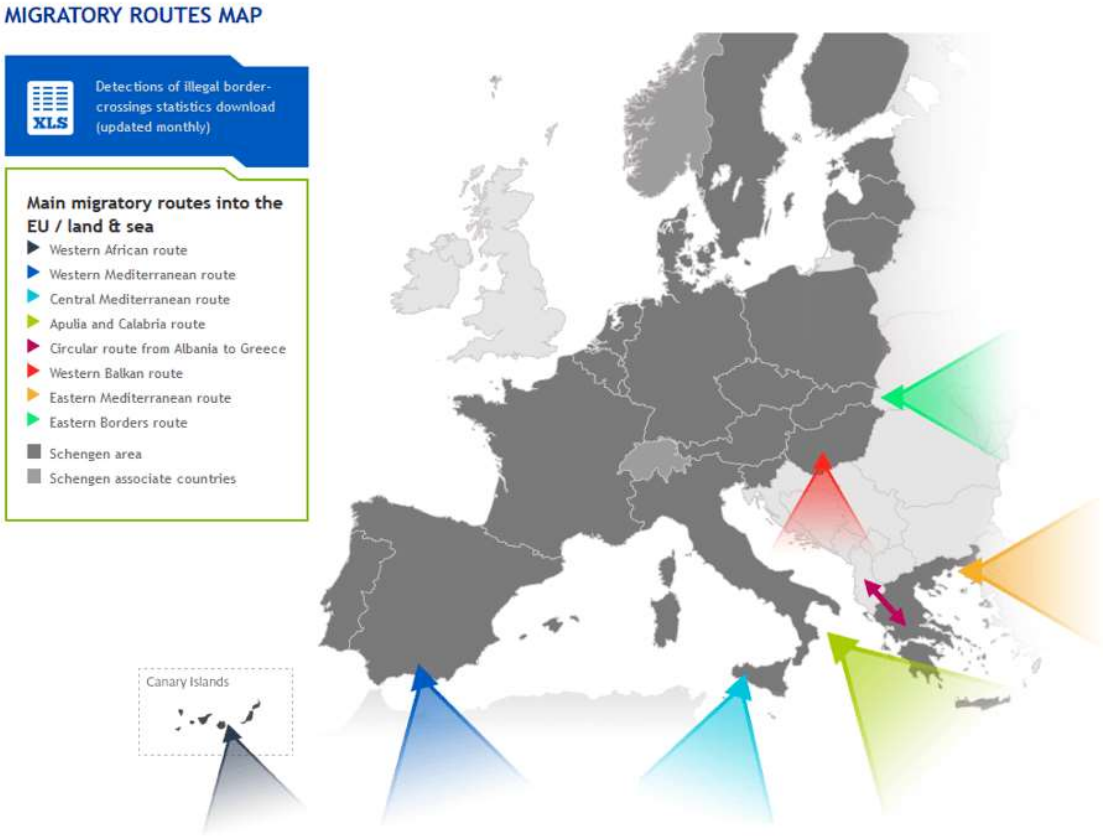
Le HCR a dressé la liste des 10 pays qui comptaient le plus de réfugiés et demandeurs d'asile en 2014 dans le monde entier. En premier on retrouve la Syrie puis la Colombie, l'Irak, la RDC, le Pakistan, le Soudan, le Soudan Sud, la Turquie, l'Afghanistan, puis le Nigeria. (23)

Les 10 pays d'origine les plus représentés parmi les demandeurs d'asile en Europe en 2015 sont : la Syrie avec près de 350 000 demandes d'asiles déposées, puis l'Afghanistan avec environ 155 000 demandes, viennent ensuite l'Iraq, le Kosovo, l'Albanie, le Pakistan, l'Erythrée, le Nigeria, l'Iran, l'Ukraine. (24)

Les 10 pays d'origine des réfugiés et demandeurs d'asile en 2015 en France sont : le Soudan, la Syrie puis le Kosovo, le Bangladesh, Haïti, la République Démocratique du Congo, la Chine, l'Albanie, l'Irak et enfin l'Afghanistan. En 2016, le nombre de demandes de personnes originaires de Syrie reste stable mais le pays passe en 4ème position alors que nombre de demandes de personnes originaires d'Afghanistan double ce qui amène le pays en 2ème position. (25)

➔ Les voies d'entrée en Europe

Figure 1 : Carte des routes migratoires d'entrée en Europe



Source : frontex.europa.eu.

Il existe différentes voies d'entrée en Europe pour les migrants entrant de façon illégale. Nous détaillerons les principales utilisées.

La route de Méditerranée de l'Est (en orange sur la carte), par les îles grecques, est la plus empruntée durant l'année 2015, avec 885 386 passages contre 182 534 en 2016. Les migrants empruntant cette voie sont originaires par ordre de fréquence de la Syrie, d'Afghanistan et de Somalie. Le nombre de migrants originaires d'Afrique subsaharienne l'empruntant augmente également.

L'Europe réagit en érigeant un mur de barbelés le long de la frontière terrestre Grèce-Turquie. Cette mesure déplace les traversées à la frontière Bulgare et pousse à l'ouverture de nouvelles routes maritimes par les passeurs.

La route des Balkans de l'Ouest (en rouge sur la carte) correspond à la continuité de la route de la Méditerranée de l'Est. Les migrants sortent de l'UE par la frontière nord de la Grèce puis entrent à nouveau par la frontière Serbie-Hongrie dans un premier temps, puis, après l'érection d'un mur le long de la frontière hongroise, par la frontière Serbie-Croatie. Elle concerne des Syriens, des Afghans, des Irakiens mais aussi des personnes originaires du Kosovo et des Somaliens. (26)

La deuxième route la plus empruntée en 2015 est la route de la Méditerranée Centrale (en bleu cyan sur la carte), entre la Tunisie ou la Lybie et l'Italie, notamment par Lampedusa. En 2015, 153 946 traversées sont dénombrées. Le pic est ensuite atteint en 2016 avec 181 126 passages. Les migrants utilisant cette route sont essentiellement originaires du Nigeria, de la Guinée, de la Côte d'Ivoire, de l'Érythrée et de la Somalie. Les Syriens ont d'abord emprunté la route Méditerranée centrale mais se sont rapidement reportés sur la route orientale, plus sûre. Ce sont donc les migrants originaires d'Afrique sub-saharienne qui empruntent le plus cette voie d'entrée. La traversée est organisée par des contrebandiers qui entassent les migrants dans des embarcations vétustes ou de simples bateaux en caoutchouc. C'est le voyage le plus meurtrier au monde. (27,28)

La route dite de Méditerranée de l'Ouest (en bleu sur la carte), a connu une augmentation de son affluence elle aussi, mais dans de plus faibles proportions avec 10 231 passages en 2016. Les personnes qui l'empruntent sont essentiellement originaires du Maroc et d'Afrique sub-saharienne. C'est une voie qui est empruntée depuis longtemps. Dans les années 2000, cette route était majoritairement empruntée par des migrants économiques, originaires d'Algérie ou du Maroc. Progressivement, des migrants d'Afrique sub-saharienne (Mali, Tchad, Soudan, Nigeria, Cameroun, République Centrafricaine) ont emprunté cette voie pour fuir les conflits et rallier l'Europe. Les flux migratoires entre le Maroc et l'Espagne avaient atteint un pic en 2011 avec 8450 traversées illégales. (29)

→ Les mesures politiques en Europe et en France

L'Europe tente de réguler les flux de migration illégale. En 2001, des barrières anti migrants sont mises en place aux frontières de Ceuta et Melilla, deux enclaves espagnoles au Maroc, pour limiter l'immigration en Espagne. D'autres accords permettent le renforcement des contrôles aux frontières espagnoles, ainsi qu'en 2011 la réadmission au Maroc des migrants

clandestins ayant emprunté cette voie. Ces mesures permettent de limiter l'utilisation de cette route migratoire, cependant les flux se déplacent sur la route centrale puis orientale. (30)

En 2015, pour faire face aux flux migratoires depuis le Moyen-Orient, l'Europe met en place des programmes de relocalisation et de réinstallation. La relocalisation correspond à la répartition dans les différents pays d'Europe des réfugiés originaires de Syrie, d'Irak et d'Érythrée rassemblés dans les « hot spot » en Grèce. La réinstallation concerne les Syriens réfugiés en Lybie, Jordanie et Turquie.

En juin 2015, en France, le Conseil des ministres met en place le plan dit « migrant » dans lequel le pays s'engage à accueillir 30 700 réfugiés sur le territoire entre juin 2015 et l'année 2017.

En France, les côtes sont trop lointaines pour permettre une arrivée par la mer. Les migrants illégaux arrivent par voie terrestre depuis l'Italie par Vintimille, puis rejoignent majoritairement Paris ou Calais. La France est la destination finale ou une terre de transit. Les migrants se dirigent vers Calais pour rejoindre le Royaume-Uni. La pression migratoire se concentre autour de Vintimille, à Calais et en région parisienne.

La région parisienne concentre à elle seule 40 % des demandes d'asile. Depuis juin 2015, de nombreuses opérations de démantèlement de campements de fortune sur les trottoirs de la capitale ont lieu, et des efforts de répartition sur l'ensemble du territoire sont réalisés pour désengorger la région.(25) Entre juin 2015 et novembre 2016, 31 campements ont été démantelés et 21 241 personnes ont été évacuées. En novembre 2016, le Centre Premier Accueil, ou CPA, a été créé pour faire l'intermédiaire entre la rue et les centres d'hébergements pour migrants. Il sera fermé au printemps 2018. (31)

Chapitre 2 : Encadrement du séjour des migrants

2.1 Accès au séjour

Les étrangers vivant en France peuvent relever du droit à la protection au titre de l'asile ou du droit général de l'immigration.

Pour ce qui est du droit général de l'immigration, tout étranger doit demander un visa avant de demander le titre de séjour adapté à sa situation. La demande doit se faire avant l'arrivée en France. Seuls les ressortissants de certains pays et de l'Union Européenne ont des statuts particuliers. (32)

Dans certaines configurations, un étranger en situation irrégulière déjà présent sur le territoire peut faire une demande d'admission au séjour, pouvant conduire à la délivrance d'un titre de séjour « vie privée et familiale » ou « salarié » ou « travailleur temporaire ». (33)

2.2 La demande d'asile

Les migrants peuvent obtenir le statut de réfugié ou une protection subsidiaire par une demande d'asile faite auprès de l'OFPRA, qui est une instance publique sous tutelle du Ministère de l'Intérieur. (5,16) Une personne réfugiée ou dont la demande est en cours est placée sous la protection administrative et juridique de l'OFPRA. La Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) est sollicitée en cas de recours. Une directive signée en 2003 prévoit des conditions d'accueil minimales pour les demandeurs d'asile, en particulier en ce qui concerne le logement. C'est l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) qui gère cet hébergement ainsi que des plateformes de premier accueil, et qui coordonne un Dispositif National d'Accueil des demandeurs d'asile et réfugiés.

Les demandeurs d'asile sont logés en Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile ou CADA. Les demandeurs d'asile en famille peuvent bénéficier d'un Centre d'Accueil des Familles Demandeuses d'Asile ou CAFDA.

Devant l'afflux massif de migrants, les CADA ont été saturés, privant certains demandeurs d'asile d'accès à un logement. C'est dans ce contexte que les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) ont été mis en place. Les migrants y ont accès s'ils n'ont pas obtenu de place en CADA. Ces centres appelés CHU durant l'étude sont aujourd'hui appelés Centres d'Hébergement d'Urgence pour Migrants (CHUM).

Une Allocation pour demandeurs d'asile (ADA) peut être versé à tout demandeur d'asile, son montant varie en fonction de ses ressources et de ses conditions de logement.

Les plateformes de premier accueil sont des lieux d'information et d'orientation pour accompagner les démarches de la personne qui demande l'asile.

En ce qui concerne les soins, le demandeur d'asile étant en situation régulière, il bénéficie d'un accès à la protection sociale avec la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc), dès l'enregistrement de la demande d'asile, pendant un an, sous condition de ressources. En cas de rejet de la demande d'asile, la CMUc reste valable jusqu'à sa date de renouvellement. (34)

2.3 Situation administrative irrégulière

Certains migrants, primo-arrivants sur le territoire français, se retrouvent en situation administrative irrégulière : soit ils ne connaissent pas la possibilité de déposer une demande d'asile, soit ils ne veulent pas faire cette demande, soit leur demande a été rejetée. Par ailleurs, nous venons de voir que certains migrants ne veulent pas aller dans les CADA ou n'y ont pas accès par manque de place. Les migrants ayant déposé leur demande d'asile dans un autre pays n'ont pas non plus accès aux CADA. Comme nous l'avions vu dans l'introduction, c'est dans ce contexte que se sont créés des campements de fortune dans la ville de Paris et en Île de France.

C'est la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL) qui est chargée de l'anticipation et l'accompagnement des évacuations de ces campements. Elle centralise les logements vacants du parc social et privé. Les migrants concernés par les campements illicites sont relogés en CHUM. (35) Les missions de ces centres sont de mettre à l'abri les personnes, de leur fournir une alimentation suffisante, de donner accès aux besoins d'hygiène, de faciliter les démarches administratives et sociales compatibles avec la durée de séjour dans le centre. (36)

Chapitre 3 : Approche légale de l'accès aux soins des primo-arrivants

3.1 Le droit à la santé : un droit inscrit dans le droit international

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement à l'absence de maladie. » Le préambule de la Constitution de 1946 déclare que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion ou ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Ce droit est rappelé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels dans l'article 12. Chaque État doit prendre les mesures nécessaires pour assurer ce droit qui s'applique « à toute personne, quelle que soit sa nationalité ».

En 2000, l'ONU a chargé le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de contrôler la mise en œuvre du Pacte. Selon ce Comité, le pacte doit être lu comme le droit pour

toute personne de bénéficier de « l'ensemble des installations, des biens et des services nécessaires » pour subvenir à ses besoins de santé. Ils doivent être « disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité ». Le principe de non-discrimination garantit que ce droit soit appliqué sans distinction sur la race, la couleur, le sexe, la religion, l'opinion politique ou la situation économique et sociale. (37,38)

Néanmoins, beaucoup de pays estiment qu'ils ne peuvent pas accorder le même niveau de protection aux migrants et à leurs propres ressortissants, notamment pour les migrants en situation irrégulière. D'autre part, comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce travail, l'accès au « meilleur état de santé » dépend également d'autres droits : au logement, au travail dans de bonne conditions, à la liberté et à la sécurité des personnes.

3.2 La couverture sociale en France

En France, la couverture sociale est fondée sur un principe humaniste, avec un accès aux soins à tous. Le niveau de protection n'est cependant pas le même pour tous, en particulier pour les migrants en situation irrégulière.

3.2.1 L'assurance maladie

En France, avant la réforme du 1er janvier 2016 instaurant la Protection Maladie Universelle (PUMa), l'affiliation à l'Assurance maladie était structurée autour de l'activité professionnelle. Toute personne affiliée à un régime de la sécurité sociale avait droit au remboursement de ses soins médicaux. Le droit à l'affiliation s'obtenait après avoir cotisé un certain montant ou sur une durée de travail minimum pour une période donnée. L'accès au remboursement des soins restait en vigueur pour douze mois à partir de la date à laquelle les conditions n'étaient plus remplies. Les prestations étaient les mêmes pour les périodes d'arrêt de travail durant lesquelles la personne était inscrite à Pôle emploi. Certaines catégories de personnes, répondant à des critères bien précis, pouvaient avoir accès aux prestations sans remplir les conditions de travail. Les conditions d'accès à la Sécurité Sociale ont été simplifiées depuis le 1er janvier 2016 avec la PUMa. Toute personne travaillant ou ayant une résidence stable en France et qui est en situation régulière a droit à une couverture sociale. Elle assure le remboursement de la part des frais de santé remboursés par la Sécurité Sociale. Pour les honoraires médicaux, cela représente 70% du montant qui est remboursé par la sécurité sociale.

Les immigrés qui sont en situation régulière, dont les demandeurs d'Asile font partie, peuvent y prétendre. Des améliorations restent à prévoir pour éviter que les droits ne s'interrompent à chaque interruption ou renouvellement du titre de séjour.

3.2.2 Les complémentaires :

- Les mutuelles

Pour être remboursés du reste des soins, appelé part complémentaire, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent souscrire à un contrat de mutuelle qui prend alors en charge cette part complémentaire. Pour les personnes en situation régulière et vivant sur le sol français depuis au moins 3 mois, une aide financière au paiement de cette mutuelle peut être accordée : c'est l'aide à la complémentaire santé (ACS). Elle est attribuée sous condition de ressources. Elle garantit également des soins sans dépassement d'honoraires et permet la dispense de l'avance de frais auprès de tous les professionnels de santé pour les soins remboursables. (39)

- La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc)

Les personnes en situation régulière et dont les revenus sont inférieurs à un seuil déterminé peuvent bénéficier d'une complémentaire gratuite gérée par l'assurance maladie : la CMUc. Les frais de santé sont entièrement pris en charge par la sécurité sociale, à hauteur des tarifs fixés et avec une dispense d'avance de frais. Le tiers payant intégral est obligatoire chez tous les professionnels de santé pour les soins remboursables, sur présentation d'une carte vitale à jour ou d'une attestation de sécurité sociale. (40) Par ailleurs, les bénéficiaires ont accès à un panier de soins qui leur permet la prise en charge de soins optiques et dentaires, au-delà des montants remboursables par l'assurance maladie. (41)

Les demandeurs d'asile dont les ressources sont en dessous du barème ont droit à la CMUc dès l'enregistrement de leur demande. Si l'asile est refusé, ils deviennent en situation irrégulière et ne peuvent donc plus y prétendre. Ils doivent alors faire une demande d'Aide Médicale d'État (AME).

3.3 L'accès aux soins des migrants en situation irrégulière.

3.3.1 L'aide médical d'État

L'AME a été créée avec la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, pour la prise en charge médicale des ressortissants étrangers en situation irrégulière en France. Elle est financée par un régime d'assistance de l'État et non par le régime de Sécurité Sociale. Le dispositif est géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie avant remboursement par l'État. Elle est accessible à toute personne en situation irrégulière vivant sur le territoire français de manière stable depuis au moins 3 mois, sous conditions de ressources. Elle permet la prise en charge des frais médicaux dans les limites des tarifs de la Sécurité Sociale avec dispense de l'avance de frais.

Le remboursement des soins est cependant limité : l'assistance médicale à la procréation, les cures thermales, les médicaments dont le remboursement est fixé à 15 % par la sécurité sociale ne sont pas pris en compte dans ce dispositif. (42) D'autre part, les bénéficiaires de l'AME n'ont pas accès à un panier de soins pour les frais dentaires et optiques. (43)

3.3.2 La prise en charge au titre des soins urgents et titre de séjour pour raison de santé

Pour les personnes n'ayant pas de droit ni à la Sécurité Sociale ni à l'AME et qui nécessitent des soins en urgence, une demande au Fond de Soins Vitaux et Urgent (FSVU) peut être faite par l'administration de l'hôpital. (44) Ce dispositif permet la prise en charge financière des soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne. » Ce dispositif inclut également « les soins destinés à éviter la propagation de pathologie à l'entourage ou à la collectivité », « tous les soins et traitement délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France », « les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse », les interruption volontaires et médicales de grossesses.(45)

Par ailleurs, un étranger en situation irrégulière, résidant en France depuis plus d'un an, peut obtenir un titre de séjour pour raisons de santé, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences graves sur sa santé et s'il n'a pas accès au traitement approprié dans son pays d'origine. (2) Une fois en situation régulière, il pourra prétendre à la PUMA ou à la CMUc.

Pour les migrants en situation irrégulière sans couverture maladie, la prise en charge financière des soins reste difficile. Les soins peuvent être pris en charge soit par des associations qui ont mis en place des consultations médicales ou des entretiens infirmiers gratuits, soit par certains centre médico-sociaux municipaux, soit par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dispositifs mis en place pour les personnes en situation précaire, avec gratuité des soins si nécessaire.

Dans ce travail, nous nous intéressons particulièrement à une Permanence d'Accès aux Soins de Santé, celle où se déroule l'étude.

3.3.3 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les PASS ont été créées par l'article L6112-6 du Code de la Santé Publique afin de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. (46) Leur création fait suite à la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. (47) Elles ne sont donc pas dédiées spécifiquement aux migrants.

La Circulaire du 07 juin 2013 établit les missions des PASS et rappelle leur financement. Leur activité recouvre 3 champs d'actions. Tout d'abord, elles ont une fonction d'accueil médico-social (avec entretiens sociaux, consultations médicales et parfois paramédicales) et d'aide aux démarches administratives. Une autre mission des PASS est de sensibiliser, informer et former l'ensemble des personnels de la structure dont elles dépendent aux problématiques de la précarité. Le but est de faciliter la collaboration entre les différents intervenants. Enfin, elle a une mission à l'extérieur de l'établissement : elle doit former des partenariats avec les autres acteurs du secteur sanitaire et social et tous les professionnels qui agissent dans le réseau local de lutte contre la précarité.

Les PASS peuvent se situer à l'intérieur ou à l'extérieur des établissements de santé auxquels elles sont rattachées. La majorité des PASS sont généralistes. Pour répondre à certaines pathologies pour lesquelles l'accès aux soins est difficile, des PASS spécialisées ont été créées. C'est le cas de PASS dentaires, ophtalmologiques et psychiatriques. Ces dernières travaillent en collaboration avec des équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP).

Une enquête nationale menée en 2016 décrit les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les PASS françaises. Cette population était essentiellement composée d'hommes jeunes, demandeurs d'asile ou sans droit au séjour, en situation de précarité ou d'isolement social. Les personnes arrivées sur le territoire depuis moins d'un an étaient

majoritaires. Dans cette population, les migrants sans domicile, sans couverture maladie et en insécurité alimentaire étaient davantage représentés. (48)

Des assistants socio-éducatifs (ASE) travaillent dans ces PASS. Ils permettent entre autres l'ouverture de droits pour les personnes y ayant accès mais n'étant pas allées au bout des démarches. Pour ceux ne bénéficiant pas de couverture sociale, ils donnent accès à une prise en charge avec financement sur l'enveloppe PASS si nécessaire.

Le public ciblé par ces structures comprend les patients qui n'ont pas de couverture sociale ou une couverture sociale incomplète, ainsi que les patients qui n'accèdent pas aux soins pour des raisons d'ordre sociales, comportementales ou autres. (49)

La PASS de l'Hôtel-Dieu est incluse dans le centre de diagnostic et de thérapeutique de ce Centre Hospitalier Universitaire de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Cette polyclinique délivre des consultations de médecine générale et de spécialités médicales dont des soins dentaires (devenus PASS bucco-dentaire depuis cette étude). Le service d'ophtalmologie de cet hôpital accueille depuis 2016 une PASS d'ophtalmologie. Les consultations à la PASS généralistes sont ouvertes du lundi au vendredi, sans rendez-vous. La consultation de médecine générale du centre de diagnostic et de thérapeutique est ouverte à tous, mais elle est très particulièrement dédiée aux personnes en situation de précarité, qui ne peuvent pas ou n'arrivent pas à bénéficier de soins ailleurs, en raison de leur précarité. Un ASE est également présent sur les mêmes horaires.

3.3.4 Le Samu Social de Paris (SSP)

Le SSP est un Groupement d'Intérêt Public réunissant des partenaires publics et privés dans un objectif de lutte contre la grande exclusion. Il a été créé en 1993. Ses premières missions ont été l'aide aux sans-abris par des maraudes d'équipes mobiles. Les missions se sont peu à peu diversifiées pour s'organiser en pôles : hébergement et logement, santé et soins, accompagnement, observation et analyse. L'observatoire, créé en 1998, comprend un pôle observation sociale, un pôle santé publique épidémiologie et un pôle sciences sociales. (50) Depuis octobre 2015, le SSP permet l'organisation de bilans infirmiers d'orientation sanitaires pour les migrants hébergés en CHUM, comme nous le détaillerons dans la suite de ce travail.

3.3.5 Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité (EMPP)

Le Réseau Psychiatrie Précarité de Paris comporte cinq EMPP et une équipe Réseau Souffrance et Précarité. Ces équipes sont rattachées aux établissements spécialisés en psychiatrie de Paris. Leur mission est la prise en charge de la santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion avec des actions d'orientation, de coordination, de conseil et de mise en place de réseau. Les actions se font en coopération avec les différents acteurs du réseau.(51)

3.3.6 Autres intervenants

D'autres intervenants permettent la prise en charge médicale des migrants. Nombreux, le plus souvent du milieu associatif, nous ne citerons ici que :

- Médecin du Monde, ONG ayant différents centres de consultations médicales ou d'orientation, est destinée aux populations les plus vulnérables dont les migrants ;
- Le Comité pour la santé des exilés (COMEDE) agit par le biais d'un centre de consultations médicales et sociales, des permanences téléphoniques et un dispositif d'observation de la santé des exilés et de leur accès aux soins ;
- La Croix Rouge Française propose des services dans les secteurs sanitaire, humanitaire, social, médico-social et dans la formation ;
- De nombreux médecins généralistes, anonymes et en toute discrétion, dispensent des soins gratuits aux personnes migrantes qui n'ont pas encore de couverture sociale ou en rupture de droits en attendant la régularisation.

Chapitre 4 : Place du médecin généraliste au cœur de la problématique de la santé des migrants

4.1 La stratégie payante des pays ouvrant aux soins de premier recours

Par leurs engagements internationaux, la majorité des pays Européens se sont engagés à donner un accès aux soins à toutes les personnes qui vivent sur leur territoire, et ce quel que soit le statut juridique de ces personnes. Toutefois, les conditions d'accès aux soins et l'accessibilité des soins varient d'un pays à l'autre : certains n'accordent que l'accès aux soins

urgents, d'autres l'accès aux soins primaires et secondaires. Les restrictions d'accès sont justifiées par des raisons financières, avec une peur de l'augmentation des dépenses de soins en cas d'ouverture des droits. Une autre crainte est celle de « l'appel d'air », c'est-à-dire la peur que l'accès aux soins incite la venue de nouveaux migrants. Toutefois, seulement 2,3 % des migrants ont mentionné des problèmes médicaux comme raison de la migration. L'accès aux soins dans le pays d'accueil n'est pas la priorité dans le choix du pays d'installation. (52) Le budget correspondant à la prise en charge de ces personnes n'est pas connu.

Après analyse des budgets, certains pays qui ne donnaient accès qu'aux services des urgences ont ouvert la prise en charge aux soins primaires. Sur le plan financier, l'accès aux services d'urgence seuls se révélerait plus coûteux que l'accès aux soins primaires et préventifs. Ce surcoût est expliqué par la restriction d'accès aux soins de premier recours, entraînant des retards de prise en charge, conduisant à plus d'hospitalisations et donc à des coûts plus élevés. (52) Cette stratégie place le médecin généraliste en premier recours pour la prise en charge de ces patients.

4.2 Un accès aux soins centré sur les soins primaires en France

La France a choisi un accès centré sur les soins primaires, plaçant le médecin généraliste au cœur de la prise en charge médicale, y compris pour les migrants. La santé des patients migrants fait clairement partie du référentiel métier de la médecine générale.(53) En effet, les compétences du médecin généraliste sont centrées sur le premier recours, la coordination des soins, la prise en charge globale centrée patient, ce qui fait de lui l'interlocuteur dédié, quel que soit le statut administratif de la personne. Il est en première ligne pour les migrants en situation régulière bénéficiant d'une couverture sociale. Pour les migrants en situation irrégulière et sans couverture sociale, les médecins généralistes sont les premiers intervenants sollicités dans la plupart des structures orientées vers la prise en charge des populations fragiles comme les PASS et les ONG.

Le coût de cette prise en charge est régulièrement questionné. En 2016, les dépenses au titre de l'AME de droit commun se sont élevées à 784 millions d'euros. À la fin de l'année 2016, 311 310 personnes étaient bénéficiaires de l'AME de droit commun. La ville de Paris concentre 22% des bénéficiaires et le reste de l'Ile de France 31% des bénéficiaires. 66% des dépenses concernent les prestations hospitalières. Au premier semestre 2016, le montant moyen de dépense par bénéficiaire de l'AME de droit commun était de 1235 euros. (54) À titre

comparatif, en 2016, la consommation de soins et de biens médicaux a été évaluée à 198,5 milliards d'euros en France. Cela représentait une moyenne de 2970 euros par habitant. (55)

En 2016, la dotation nationale pour les permanences d'accès aux soins de santé s'élevait à 60 432 182 euros. La PASS généraliste de l'Hôtel-Dieu a été financée à hauteur de 686 870 euros par les dotations des Agences Régionales de Santé (ARS). (56)

Chapitre 5 : Les éventuelles réticences envers l'étude de l'état de santé des migrants en France

La différence fait peur et n'est pas toujours tolérée. L'étranger est étrange et fait peur, et cela d'autant plus que l'immigration est forte, en croissance, ou que les différences culturelles entre les migrants et la population d'accueil sont importantes. Une personne risque d'être marginalisée lorsqu'elle n'est identifiée que par ses différences. (57)

D'un point de vue sanitaire également, les immigrés sont victimes de représentations négatives par la population d'accueil. L'idée la plus couramment répandue est que les migrants sont pourvoyeurs d'un risque épidémique. Comme nous le verrons dans la troisième partie de ce travail, les migrants sont exposés à des problématiques infectieuses spécifiques. Il existe donc un risque théorique de développement de pathologies dans la population d'accueil. Les études épidémiologiques sérieuses concernant la santé des migrants manquent, ce qui laisse la porte ouverte aux idées reçues et amalgames entre pathologies et origine géographique ou sociale. (58,59)

Et de fait, en France, pendant longtemps, ces représentations n'ont pas été accompagnées d'études scientifiques du fait de la réticence à inclure les variables de nationalité ou d'ethnie dans les études. Cette position était justifiée par la peur d'utilisation des données à des fins xénophobes, et le parti pris de ne pas voir l'origine comme déterminant direct de la santé. Seuls les déterminants socio-économiques post-migratoires étaient pris en compte en supposant que c'est par leur biais que l'origine pouvait avoir une influence sur la santé. (60)

A partir des années 1990, les études de santé publique ont élargi les liens entre santé et migration, pour prendre en compte les conditions pré-migratoires, migratoires et post-migratoires dans les déterminants de santé. La problématique ne se limitait plus à l'importation de maladies dues à la migration elle-même.(58) L'intérêt a d'abord été épidémiologique, le but étant d'apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies. Le champ de la Santé Publique a fini par s'intéresser aux migrants dans le cadre de l'étude des populations

vulnérables.(61) L'étude de la santé des migrants mobilise les déterminants sociaux de la santé mais aussi l'étude des conséquences des politiques d'immigration, les pratiques de soins acquises des migrants, des professionnels de santé et du contexte de leurs interactions.(62)

Partie 2 : Les déterminants socio-économiques de la santé des migrants primo-arrivants

Chapitre 1 : Définitions des déterminants socio-économiques de la santé

1.1 Les facteurs de santé

Les facteurs de santé sont des variables qui influent sur l'état de santé d'une personne. Ils peuvent être regroupés en différentes catégories.

Les déterminants biologiques englobent l'âge, le sexe, le patrimoine génétique. Ils sont indépendants de la position sociale.

Les déterminants comportementaux : la consommation alcoolo-tabagique, les comportements alimentaires, l'activité physique…Certains sont des facteurs de risques directs pour la santé et sont directement liés au contexte socio-économique. L'alimentation est un exemple de facteur révélateur, à mettre en corrélation avec l'éducation. Dans les foyers les plus pauvres les enfants ont déjà beaucoup de limites à la consommation. Si à cela s'ajoute le manque d'éducation à l'alimentation équilibrée, les enfants ne seront pas limités sur leurs choix alimentaires et iront vers des aliments leur apportant le plus de satisfaction immédiate : aliments sucrés, gras…. Au contraire dans les foyers plus riches, ayant plus accès à l'éducation alimentaire, l'alimentation est un moyen d'éducation à la santé, au bien-être et une alimentation équilibrée est considérée comme satisfaisante.

Les déterminants professionnels : le travail, par le niveau de salaire, conditionne l'accès aux ressources, au logement, aux services. Par ailleurs, la santé est directement conditionnée par les conditions de travail : la pénibilité, l'exposition à des toxiques, à des tâches manuelles répétitives, à des travaux physiquement difficiles. De plus en plus, nous prenons conscience que les techniques de management et les relations entre professionnels sont liés au risque de troubles psychologiques.

L'entourage et le réseau social conditionnent le soutien social face aux événements de vie. Par exemple, la perte de l'emploi, et ce d'autant qu'elle peut être durable, sera moins problématique si le foyer peut s'appuyer sur un autre salaire ou sur la solidarité familiale. Par ailleurs, une personne surmontera plus facilement un événement de vie traumatisant si elle

bénéficie d'un entourage aidant, qu'il soit amical ou familial. Le capital social serait le facteur le plus important expliquant les différences d'état de santé entre la population immigrée et la population native, avant le revenu ou la profession et catégorie socio-professionnelle. La possibilité d'un recours à un réseau d'entraide et l'insertion dans un réseau familial et amical, est liée de façon positive à l'état de santé. (63) (64)

Les déterminants socio-économiques de l'ensemble de la société : richesse nationale, marché du travail, facteurs culturels, distribution de la population, accès aux soins. Les comportements de santé sont également liés aux politiques publiques : éducation alimentaire, restauration collective, accès à l'activité physique… La politique en matière de logement et d'urbanisme conditionne également l'exposition à des facteurs de risque de santé.

La catégorie sociale des individus conditionne une combinaison variable de ressources et de contraintes et expose donc à une combinaison variable de facteurs de santé. C'est ce que l'on appelle les déterminants socio-économiques de la santé.

1.2 Les inégalités sociales de santé

La notion d'inégalité sociale de santé renvoie au fait que l'état de santé d'un individu est lié directement à la catégorie socio-professionnelle. En France, malgré un bon état de santé global de la population, il existe d'importantes inégalités entre les catégories socio-professionnelles. (65)

Nous citerons les données les plus révélatrices établies en 2008. La différence d'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier était inférieure de 5 ans à celle d'un cadre, et l'espérance de vie en bonne santé perçue d'un ouvrier de 35 ans était de 9 ans inférieure à celle d'un cadre. Entre 1982 et 1990, la morbidité par maladies coronariennes avait baissé de 47% chez les cadres et professions libérales alors qu'elle n'avait baissé que de 14% chez les ouvriers. À âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplôme était multipliée par 3,5 par rapport aux hommes dont le niveau d'étude est « bac et plus » (en partie liée aux différences de comportement vis-à-vis du tabac en fonction de la catégorie socio-professionnelle). Selon les résultats de l'Enquête santé et protection sociale 2014 portants sur l'état de santé déclaré, ce sont encore une fois les ouvriers non qualifiés qui déclarent le plus souvent un état de santé dégradé, après ajustement au sexe et à l'âge. (65) Il ressort clairement que s'interroger sur les inégalités de santé implique de réfléchir aux inégalités sociales.

1.3 Différence entre l'état de santé des migrants et de la population native

Dans les années 1990, les premières études sur la santé des migrants réalisées en Amérique du Nord, introduisaient le paradoxe du « healthy migrant effect ». Les patients migrants récemment arrivés présentaient un meilleur état de santé global déclaré que les patients de la population native, alors qu'ils étaient souvent originaires d'un pays moins riche que le pays d'accueil. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce constat : seules les personnes en bonne santé seraient candidates à la migration, ou alors les personnes migrantes feraient partie d'une classe sociale plus éduquée, plus entreprenante dans le pays d'origine, ou encore que seuls les migrants dont le projet de migration a abouti favorablement resterait dans le pays d'accueil. Cependant, l'enquête se portant sur l'état de santé déclaré, il serait également possible que les migrants sous estiment leurs problèmes de santé pendant la phase de migration et de réinstallation. (66,67) Les mêmes études montrent que leur état de santé se détériore à mesure du séjour dans le pays d'accueil jusqu'à devenir globalement moins bon que celui de la population native. La population migrante serait donc confrontée à des facteurs de vulnérabilité sociaux qui dégraderaient leur état de santé durant leur séjour dans le pays d'accueil. (68,69) Ces résultats sont à modérer par les biais que présentaient ces études. En Europe, en 2012, des études réalisées pour comparer la population migrante à la population native du pays d'accueil sur des variables objective de mortalité et de morbidité vont dans le même sens. (70)

Pourtant, d'autres études apportent des résultats contradictoires. Selon les données de l'enquête décennale de santé menée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) entre 2002 et 2003, l'état de santé perçu des personnes immigrées est moins bon que celui de la population née en France, après ajustement au sexe et à l'âge. Après ajustement aux caractéristiques socio-économiques, l'écart entre l'état de santé des deux populations se réduit. Ces résultats suggèrent que la population immigrée française est plus souvent exposée à des facteurs socio-économiques défavorables que la population née en France. Le fait qu'un écart persiste après ajustement montre cependant que les facteurs socio-économiques dans le pays d'accueil n'expliquent pas à eux seuls la différence de santé perçue. (71)

La population des migrants en France continue de changer. Nous avons vu l'accroissement de la migration illégale et des demandes d'asiles. Les données sur la santé des migrants en général et des primo-arrivants doivent donc également être actualisées.

Chapitre 2 : Influence des conditions de vie avant et après l'arrivée en France

2.1 L'influence des conditions pré-migratoires dans le pays d'origine

Les résultats de l'enquête décennale de santé de 2012-2013 suggèrent un effet à long terme des conditions de vie dans le pays d'origine. Cela explique que l'on observe un meilleur état de santé chez les personnes originaires des pays les plus riches, par rapport aux personnes originaires d'un pays à niveau de développement moyen.(71) Comme nous l'avons vu précédemment, les habitudes culturelles et d'hygiène de vie sont des facteurs de santé. Les politiques sanitaires du pays de naissance conditionnent en partie la santé des migrants. Cela concerne l'éducation à la santé, les politiques de prévention sanitaire, l'accès aux soins avec par exemple la couverture vaccinale.

Les données d'une surveillance épidémiologique réalisée sur un an sur les camps de Grande Synthe et de Calais vont dans le même sens. La plupart des alertes infectieuses a concerné des migrants originaires de pays avec des conditions de vie plus précaires. Les alertes ont essentiellement concerné des hommes jeunes originaires de la Corne de l'Afrique et d'Afghanistan et très peu les migrants originaires du Moyen-Orient qui vivaient à Grande-Synthe. (72) Cependant, les conditions de vie étaient beaucoup plus précaires à Calais qu'à Grande-Synthe, où le camp étaient aux normes internationales, cette différence pourrait expliquer à elle seule l'écart dans les alertes infectieuses.

Dans le cadre de la santé mentale, une faible éducation avec niveau socio-économique moins élevé dans le pays d'origine serait liée à une meilleure santé mentale. Une hypothèse avancée est que la perte de statut social serait un facteur péjoratif de la santé mentale. Les personnes originaires de pays à niveau socio-économiques plus élevés sont plus exposées à la perte du statut social en arrivant en Europe en tant que migrant. (73)

2.2 Un parcours migratoire éprouvant

Les conditions de vie durant le parcours jouent un rôle sur l'état de santé à l'arrivée en France des migrants primo-arrivants. Comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, le parcours des primo arrivants arrivés de façon irrégulière est difficile. Tout d'abord, le voyage

est long. D'après l'étude Epicentre sur les migrants de Calais en 2016, la médiane estimée de la durée totale de voyage était de 100 jours. (74)

En Lybie, les conditions de vie avant la traversée sont éprouvantes et ont été dénoncées par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. Dans certains centres de détention les migrants seraient victimes de traite, d'enlèvements, de torture, de violences physiques et sexuelles, d'exploitation et travail forcé et exposés à la malnutrition. (75) Cela est corroboré par les récits de migrations que les patients nous rapportaient en consultation à la PASS.

Une fois la Lybie quittée, la traversée clandestine de la Méditerranée est le voyage le plus meurtrier au monde. Après l'arrivée en Europe, le voyage en situation irrégulière continue à se faire dans des conditions difficiles. En hiver, on peut mentionner la traversée de la frontière Franco-Italienne par des cols enneigés. Les migrants franchissent les Alpes sans équipement adapté à la situation météorologique, ce qui les expose à des risques de gelure, voire des risques vitaux. Par ailleurs, l'étude menée à Calais a montré que deux tiers des personnes interrogées disait avoir subi au moins une fois des violences durant leur parcours en France. (74)

Pour les migrants ayant une maladie chronique, la migration rend leur prise en charge complexe. Elle est source de ruptures thérapeutiques pouvant favoriser les complications aiguës ou un déséquilibre de la pathologie chronique. Les conditions de vie, les déplacements forcés entraînent perte d'ordonnances, de médicaments, d'accès aux soins difficile avec rupture de suivi. (76)

2.3 Des conditions de vie très difficiles en France

Les migrants primo-arrivants sont exposés à plusieurs facteurs de vulnérabilité socio-économiques une fois sur le sol français.

Le COMEDE a répertorié les conditions de vulnérabilité sociale auxquelles sont exposés les exilés ayant effectué un bilan de santé au COMEDE entre 2012 et 2016. Il en ressort que 24 % des patients sont à considérer comme en détresse sociale car ils cumulent au moins cinq des 8 facteurs de vulnérabilité suivants : faibles ressources financières, absence de logement et d'hébergement, précarité du séjour, défaut de protection maladie, obstacles linguistiques, difficultés d'accès à l'alimentation, isolement relationnel et isolement social. (77) L'observatoire de Médecins du Monde a établi le portrait socio-économique des patients consultant dans leurs centres en 2016, dont 96 % sont de nationalité étrangère. 64,8% des patients sont considérés comme primo-arrivants puisque arrivés en France depuis moins de 12

mois. 65,1% de patients ont déclaré une situation administrative irrégulière au moment de leur première visite. Sur les 19,4% des patients qui ont déclaré une activité, 17,3% avaient une activité non déclarée du fait de leur statut administratif. (7)

Le Samu Social de Paris qui a recueilli les données socio-démographiques des migrants primo-arrivants hébergés en centre d'hébergement d'urgence entre octobre 2015 et avril 2016. 82 % des résidents déclaraient avoir séjourné en campement de fortune à Paris. Cela implique des conditions sanitaires très précaires et une exposition aux pathologies liées au manque d'hygiène.(79) Par ailleurs, dans les bilans de santé effectués sur le campement de Calais, menés entre novembre et décembre 2015 montrent que l'exposition à la violence continue en France : 22,1% des personnes avaient subi des violences à Calais. (74)

Dans ces conditions de précarité socio-économique, on comprend aisément que pour les primo arrivants, la priorité est donnée aux démarches d'accès aux droits et au logement. Tout se passe comme s'il fallait que les conditions socio-économiques soient réunies pour que la santé devienne une préoccupation. (58) À besoins de santé équivalents, les immigrés ont un plus faible recours aux médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, et un moindre recours aux soins préventifs par rapport à la population française native. Selon un rapport de la DRESS 2008, les bénéficiaires de l'AME renoncent plus souvent aux soins que les bénéficiaires d'une couverture sociale classique. (80) Les difficultés entravent également le contenu du soin : en Europe, 65% de la population native prend entièrement son traitement contre la tuberculose, contre 50% de la population d'origine étrangère. (81)

Chapitre 3 : Barrières à l'accès et au recours aux soins

3.1 La précarité administrative

Pour les migrants avec un statut irrégulier, la peur des autorités est un facteur limitant du recours aux soins même si une AME est accordée. Ces dernières années, les politiques migratoires européennes se sont montrées de plus en plus restrictives. (82) D'après le rapport de médecin du Monde, 35% des patients en situation irrégulière limitent leurs déplacements de peur d'une interpellation. (7) Selon une étude de la DRESS menée en 2008, la peur d'un contrôle de police était à l'origine de 4 % des défauts de recours aux soins des bénéficiaires de l'AME. (80)

3.2 Barrières culturelles et linguistique

La barrière linguistique est un facteur qui limite non seulement le recours aux soins mais aussi la qualité des soins délivrés. Les primo-arrivants sont particulièrement concernés. Elle peut entraver le soin lui-même par une mauvaise compréhension du traitement, une mauvaise compréhension de la démarche de soin, entraînant une moindre adhésion et une moindre observance ou la non délivrance d'informations de prévention. L'incompréhension peut aussi affecter la perception même de l'état de santé. (83)

Les barrières dites culturelles conditionnent également la qualité de la prise en charge. Elles comprennent la différence de représentation de la maladie, de la personne malade, et les différences d'expression du ressenti et des symptômes. (58) La diversité de la population migrante, qui s'est accentuée ces dernières années, est source d'incompréhensions mutuelles et favorise « le recours à un jugement stéréotypé fondé sur une appréciation réductrice de la culture du patient ». (84)

3.3 Le manque de lien social

Les migrants primo-arrivants sont plus souvent exposés au manque de lien social. Ils ne peuvent pas faire appel à un réseau d'entraide qui faciliterait l'accès au système de soins par une aide aux démarches administratives, une orientation vers des professionnels de confiance, un accompagnement tout au long des différentes étapes des soins.

3.4 Barrières liées au système de soin

3.4.1 Accès à la couverture sociale

Comme nous l'avons vu précédemment, en France, les migrants peuvent avoir accès à des soins quel que soit leur statut administratif. Le problème est le plus souvent le manque d'accès aux droits existants. En théorie, sous couvert d'un seuil de ressources, une personne en situation administrative irrégulière peut prétendre à l'AME après 3 mois sur le territoire français.

Dans le rapport 2016 de l'observatoire de Médecin du Monde, seulement 15% des patients étrangers en situation irrégulière et en France depuis plus de 3 mois avaient une couverture sociale. Après un an sur le territoire, la proportion n'augmentait qu'à 23%. La complexité administrative et l'opacité dans les démarches sont les premières raisons pointées par les patients. (7) Les primo-arrivants sont particulièrement confrontés à la complexité des dispositifs

administratifs et un manque d'information sur les recours existants en l'absence de possibilité de couverture sociale.

Pour les patients avec une PUMA sans CMUc, l'accès à la complémentaire santé est également plus souvent difficile pour les personnes immigrées. (85)

3.4.2 Refus de soins

Une enquête « testing », menée à Paris par l'IRDES entre décembre 2008 et janvier 2009 auprès de 861 praticiens, révèle un taux de refus discriminatoire envers les bénéficiaires de la CMUc de 9,2 %, de la part des médecins généralistes de secteur 1, pouvant aller jusqu'à 36,1 % de la part des dentistes. (86) Parmi les refus de soins signalés en 2014 à la CPAM, 40,6% concernent le refus de la dispense d'avance de frais, 21,5% le refus de l'application des tarifs opposables, 7,9% le refus d'établir un devis. (87) Beaucoup de demandeurs d'asile bénéficient d'une CMUc et sont exposés à ces refus.

En ce qui concerne l'AME, en 2008, un bénéficiaire sur trois (1/3) a expérimenté un refus de soins.(88) Même avec une couverture sociale en cours, les migrants sont plus susceptibles d'expérimenter un refus de soins que la population native.

Toutefois, dans le recueil socio-démographique du Samu Social de Paris, lors des bilans infirmiers en centre d'hébergement d'urgence, seulement 6 % seulement des résidents du centre d'hébergement d'urgence interrogés déclaraient avoir été confronté à un refus de soins. La principale explication au refus était l'absence de couverture sociale. (79)

Partie 3 : État de santé des migrants primo-arrivants en France et Europe : état des lieux des connaissances

Chapitre 1 : Pathologies les plus fréquemment rencontrées au sein de la population migrante

Selon les données des consultations réalisées par le COMEDE, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont, dans l'ordre de fréquence : les psycho-traumatismes, les infections chroniques par le VHB, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les infections chroniques par le VHC, l'asthme, l'infection par le VIH, les handicaps, les cancers et la tuberculose.(89) L'observatoire de Médecin du Monde a retrouvé pour l'hypertension artérielle une prévalence de 6,7%, une prévalence du diabète de 4,3% et une prévalence de l'épilepsie de 0,6%. (7) Ces données concernent l'ensemble des migrants vus en consultation dans ces centres et pas seulement les primo-arrivants.

En Italie, une étude a été menée entre 2012 et 2013 sur l'état de santé des demandeurs d'asile au sein des centres de santé qui leur étaient dédiés. Les pathologies les plus souvent diagnostiquées étaient, par ordre de fréquence : l'état de stress post traumatique (17,4 %), l'épisode dépressif majeur (7,3 %) puis bien après, l'hypertension artérielle (0,7 %), l'épilepsie et le diabète à 0,5%. Au sein de la population des demandeurs d'asile italiens actuels, les maladies cardio-vasculaires chroniques sont moins prévalentes que dans la population globale des immigrés. La population étudiée dans les centres de santé italiens était en moyenne plus jeune, ce qui explique la plus faible prévalence observée d 'hypertension artérielle et de diabète (âge moyen de 25 ans contre 33,3 ans dans l'étude de MDM).(90) Rappelons que la population des demandeurs d'asile n'est pas le reflet de la totalité de la population des migrants primo-arrivant en Europe. La forte proportion de demandeurs d'asile dans la population primo-arrivante reste cependant un moyen d'approcher les problématiques de santé de cette population.

Chapitre 2 : Les maladies infectieuses persistantes

On appelle maladie infectieuse persistante une maladie à laquelle une personne a été exposée et qui peut rester pauci- ou asymptomatique de nombreuses années après un contage.

Dans les pays européens, les patients migrants ont une prévalence de certaines maladies infectieuses persistantes plus élevée que dans la population native, principalement du fait d'une plus forte prévalence de ces infections dans leur pays d'origine. Le contage se fait dans le pays d'origine avant le départ, mais le diagnostic n'est souvent réalisé qu'après l'arrivée dans le pays d'accueil, du fait du délai qui peut être long avant l'apparition de symptômes et du manque de dépistage dans le pays d'origine. Ces maladies peuvent aussi avoir été contractées dans le pays d'accueil après l'arrivée, favorisées par les conditions de vies difficiles.

Ce sont souvent ces pathologies-là qui viennent d'abord à l'esprit quand la santé des migrants est abordée. Les principales sont l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH.(91)

2.1 Les infections virales persistantes

2.1.1 Les hépatites :

Les migrants représentent une minorité de la population des différents pays d'Europe. Leur part varie entre 4 et 15 % de la population. Néanmoins, selon le centre européen de contrôle et de prévention des maladies (ECDC), leur part au sein des patients présentant une hépatite chronique à VHB ou VHC dans ces mêmes pays est élevée, entre 10 et 45 %. (92)

L'hépatite B :

L'épidémie mondiale touche essentiellement le la région Pacifique Ouest et l'Afrique avec des prévalences respectives à 6,2% et 6,1%. A l'échelle de l'Europe, la prévalence est de 1,6%.(93)

L'enquête de prévalence menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2004 montre que la prévalence française de l'Ag Hbs était de 0,65%. La prévalence de l'Ac anti-Hbc est de 7,3% en France métropolitaine. L'évolution de cette prévalence est difficile à appréhender du fait du manque d'étude antérieure en population générale. (68)

Les facteurs de risques associés au portage du virus étaient l'usage de drogue IV, l'homosexualité, la précarité, la naissance dans un pays où la prévalence de l'infection est supérieure à 2 %, un séjour de plus de 3 mois en institution sanitaire ou sociale. (94) Les migrants hébergés sont souvent concernés par les deux derniers facteurs de risque. 54 % des patients pris en charge en France pour une hépatite B chronique sont originaires d'Afrique subsaharienne selon l'InVS. (68)

En 2011, selon les données de l'ECDC, lorsque le mode de contamination était connu, 52,6% des cas européens étaient qualifiés d'importés, c'est-à-dire acquis dans un pays autre que le pays d'accueil. Ces variations allaient de 0 % en Estonie à 96,5 % en Suède. (93)

Pour la majorité des migrants originaires de pays en voie de développement, la contamination a été verticale à la naissance, ou a été faite dans la petite enfance, favorisant l'apparition d'hépatite chronique. A l'échelle européenne, cela contraste avec la population native, dans laquelle on retrouve majoritairement une contamination à l'âge adulte et au sein des populations à risque. (92) En France, les constatations sont similaires, comme décrit dans l'enquête InVS menée en 2008-2009 dans les pôles de référence pour la prise en charge d'une hépatite B chronique. Pour les patients nés en France, le mode de contamination majoritaire regroupait les contaminations faites dans un contexte professionnel, nosocomial, d'usage de drogues et de tatouage. Pour les patients originaires de pays de moyenne endémicité, la répartition des différents modes de contamination était plus homogène.(68)

Hépatite C

Selon l'OMS, la prévalence d'une virémie à VHC est la plus élevé dans la région Est de la Méditerranée (Moyen Orient et Afrique du Nord-Est). L'Europe est la deuxième région la plus touchée avec une prévalence à 1,5%. (93)

En Europe de l'Ouest, la prévalence de l'Ac anti-VHC, reflétant le contact avec le virus, est de 0,9 % et la prévalence d'une virémie VHC est de 0,6 %. En Europe et donc aussi en France, les politiques de santé publique ont permis de limiter la transmission due aux soins. La contamination est essentiellement liée à l'usage de drogues IV. Dans les autres zones mondiales à forte prévalence, elle est liée à l'utilisation de matériel médical, dentaire et de toilette non stérile. (92)

En France, la prévalence du contact avec le virus est de 0,84% (présence d'Ac anti-VHC) et la prévalence d'une virémie VHC de 0,53% d'après l'étude InVS de 2004. Seules 57,4% des personnes concernées connaîtraient leur statut. Cette prévalence varie selon le pays d'origine. Les personnes migrantes originaires de pays de forte et de moyenne endémicité étaient les plus touchées. La prévalence du contact avec le virus était de 10,17% pour les personnes originaires du Moyen-Orient et de 3,12% pour les personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne. (94)

2.1.2 Le VIH

A la fin de l'année 2016, le VIH touchait 36,7 millions de personnes dans le monde selon les données de l'OMS. Seulement 54 % des personnes recevaient une trithérapie à vie à ce moment-là. Le continent africain comptabilisait les deux tiers des nouvelles infections à la fin 2016. L'OMS estimait que seulement 70 % des personnes vivants avec le VIH connaissaient leur statut. (76)

En Europe, selon les données du système de surveillance de l'ECDC, entre 2007 et 2012, 39,9% des cas de VIH rapportés concernaient des personnes migrantes. Quel que soit le mode de contamination, ils représentaient une part importante des patients concernés.

Dans cette population de migrants porteurs du VIH, 54,3 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne, 12,2 % étaient originaires d'Amérique Latine, 9,5 % étaient originaires d'Europe de l'Ouest, et 6 % étaient originaires d'Europe Centrale. (92)

En France, en 2009, 48% des découvertes de séropositivité au VIH se faisaient chez des personnes migrantes. Parmi les patients migrants découvrant leur séropositivité cette année-là, 69% étaient originaires d'Afrique Sub-Saharienne.(68)

2.2 Maladies parasitaires persistantes d'importation

Plusieurs infections parasitaires comme la schistosomiase, la strongiloïdase et la maladie de Chagas peuvent être latentes plusieurs années. Elles ont des prévalences élevées dans certains pays d'Afrique ou d'Amérique du Sud. Chez les migrants originaires de zones endémiques, la mise en place d'un dépistage rendrait possible une détection précoce, permettant d'éviter les complications. Il se ferait par examen parasitologique des selles ou des urines pour la strongiloïdase et la schistosomiase, et par frottis sanguin pour la maladie de Chagas. (91)

La bilharziose urogénitale, provoquée par Schistosoma haematobium est prévalente en Afrique inter tropicale, mais aussi au Moyen-Orient et dans la vallée du Nil. La phase d'invasion est souvent asymptomatique. En France, dans la population migrante, la maladie est le plus souvent diagnostiquée au stade chronique. (95)

Chapitre 3 : Les autres maladies infectieuses

3.1 La tuberculose

En 2015, 10,4 millions de personnes ont contracté la tuberculose à l'échelle mondiale. Le pays qui présentait l'incidence la plus élevée était le Nigéria avec 338 cas pour 100 000 habitants. Au niveau européen, l'incidence moyenne était de 39 cas pour 100 000 habitants en 2015. (96)

En France l'incidence de la tuberculose en 2015 était de 7,1 cas déclarés pour 100 000 habitants. Une décroissance régulière du taux de déclaration était observée en 2015. Les taux de déclaration sont les plus élevés en Mayotte, Guyane et Île-de-France. Les personnes nées à l'étranger avaient un plus fort taux de déclaration de tuberculose maladie que les personnes nées en France (35,1 /100 000 habitants contre 3,2/100 000 habitants). Les personnes originaires d'Afrique Sub-Saharienne avaient le plus fort taux de déclaration de tuberculose maladie avec 108,1 pour 100 000 habitants. En proportion du nombre total de déclarations, 59% des personnes ayant déclaré une tuberculose étaient nées à l'étranger. Parmi les personnes nées à l'étranger, 40% étaient nées en Afrique Sub-Saharienne, 25% étaient nées en Afrique du Nord et 16% dans un pays Européen. (96)

3.2 Autres maladies sexuellement transmissibles

La population migrante, et notamment les primo arrivants, auraient plus de comportements à risque d'infections sexuellement transmissibles. Ces comportements seraient favorisés par la séparation conjugale, les mauvaises conditions de vie, des normes sociales et culturelles différentes ainsi que par l'isolement et le stress. (76) Peu d'études de prévalence des infections sexuellement transmissibles ont comparé la prévalence de ces maladies entre population migrante et population native en Europe. Quelques données sont disponibles pour les infections par le HSV-2, la syphilis et le gonocoque.

Pour le HSV-2, souche la plus représentée dans les infections génitales par herpès, les quelques études réalisées dans des pays européens montrent une plus grande prévalence de l'infection dans la population migrante par rapport à la population native. (91) Cela peut également être expliqué par une plus grande prévalence dans certaines régions du monde par rapport à l'Europe. Une étude de prévalence mondiale du HSV-2 en 2012 a montré une prévalence chez les 19-45 ans de 11,3 %. Elle était la plus élevée en Afrique avec 31,5 % puis

en Amérique avec 14,4 %. En Asie du sud-est et l'ouest pacifique la prévalence était de 8 %. En Europe, la prévalence était de 7%. (97)

Pour la syphilis, une étude menée en Italie a retrouvé une prévalence plus importante chez les migrants que dans la population native. Une grande limite est que le test n'a été fait qu'avec le VDRL. Ce test isolé ne permet pas d'écarter les faux positifs qui peuvent être nombreux, avec d'autres spirochètes mais également par de nombreuses autres infections.(98)

Un rapport de l'ECDC utilisant des données de 2010 va dans ce sens pour la syphilis, mais aussi pour l'infection par le gonocoque. Peu de pays ont recueilli ces données sur la population migrante et la nationalité n'a pas été renseignée, ce qui rend les résultats peu représentatifs.(92)

3.3 Autres maladies infectieuses d'importation

Les cas de coronavirus rapportés en Europe correspondaient à des cas importés. Jusqu'à présent, aucune propagation du virus n'a été signalée.

Pour les maladies à transmission vectorielle, des cas de paludisme indigène ont été rapportés en Grèce, liés à l'afflux de migrants. La transmission a rapidement été contenue mais la vigilance doit être maintenue. (99) En France métropolitaine, aucun cas de paludisme autochtone n'a été signalé.

3.4 Maladies transmissibles « courantes » acquises dans le pays d'accueil

Nous venons de détailler les pathologies qui ont une plus forte prévalence dans la population des migrants du fait de la forte prévalence dans le pays d'origine ou de la différence d'exposition au risque de transmission. Cette population est aussi vulnérable aux maladies transmissibles plus communes pour la population native, acquises dans le pays d'accueil. Cette vulnérabilité est expliquée par leur santé fragilisée par le parcours, par leurs conditions de vie précaires et l'absence d'exposition antérieure à certains germes dans leur pays d'origine.

La majorité des recours médicaux sur les campements de Calais et de Grande Synthe concernait des pathologies infectieuses courantes acquises en France et non des pathologies d'importation. Il s'agissait notamment d'infections respiratoires aiguës hautes et basses, de syndromes grippaux et de la gale. Une surveillance avait été mise en place afin de réagir au mieux face aux différentes épidémies. Une épidémie de varicelle a été signalée, poussant à la mise en place de vaccinations systématiques des cas contacts. Une diminution du nombre de cas a été constatée dans les semaines qui ont suivi. 13 cas de rougeole étaient apparus entre le 5 janvier et le 11 févier 2016. La souche identifiée a fait suspecter une importation par des

bénévoles étrangers. Une politique vaccinale des cas contacts a été mise en place. Un fort taux d'immunisation dans la population migrante et certainement la campagne de vaccination mise en place ont permis de limiter l'épidémie. (100) En Europe, les cas de rougeole déclarés chez des patients des patients migrants étaient majoritairement contractés dans le pays d'accueil. 2,7 % étaient des cas importés, 88,9 % étaient des infections endogènes et pour les autres cas le mode de contamination était inconnu. (99)

Les infections digestives à salmonelles, campylobacters ou shigelles mais aussi à certains virus comme l'hépatite A sont favorisées par un accès à l'eau difficile ainsi qu'un faible accès à l'électricité provoquant la prise d'aliments pas ou mal cuits. Ces conditions d'hygiène précaires concernent beaucoup des nouveaux arrivants vivant sur les campements de fortune, ce qui constitue un risque théorique d'épidémie. À Calais, durant la période de surveillance de l'étude Epicentre, aucun cas de maladie entérique infectieuse invasive n'a été signalé. Seuls des syndromes diarrhéiques sans nécessité d'examens complémentaires ont été constatés. (72) L'observatoire de MDM a rapporté que 1,3% des patients consultant dans leurs centres avaient présenté des diarrhées infectieuses. (7) Ces syndromes n'ont pas été documentés, la prévalence de différents germes en cause chez les primo-arrivants n'est donc pas connue.

Chapitre 4 : La santé mentale des primo-arrivants

4.1 Le traumatisme de l'exil

L'histoire des migrants est jalonnée de ruptures. Une personne migrante doit faire face à des deuils multiples : de sa famille, de son environnement familier (son pays avec ses coutumes, son travail, son statut social…). Ils peuvent s'accompagner de repères allant jusqu'à la perte d'identité. Cette histoire est aussi jalonnée de conflits, de violence, soit qui l'ont poussé à fuir son pays, notamment pour les demandeurs d'asile. Pour ceux qui ont subi des conflits ou des guerres, quand des proches ont été tués ou sont restés dans le pays d'origine, un sentiment de culpabilité peut se développer.

Les consultations réalisées entre 2012 et 2016 par le COMEDE montrent que les migrants sont particulièrement exposés à la violence : 62 % des patients déclaraient des antécédents de violence, 14 % des antécédents de torture, 13 % de violences liées au genre ou l'orientation sexuelle. (77) Ces antécédents d'exposition à la torture, la violence et d'autres événements pouvant être traumatisants sont associés à une moins bonne santé mentale. (101) Le

traumatisme ressenti dépend de l'histoire de la personne, de ses antécédents, des causes et conséquences de sa migration.

Les études de la santé mentale des migrants ont fait leur apparition dans les années 1990 avec l'apparition dans le DSM III de l'état de stress post traumatique. En 2013, sa version actualisée, le DSM V, classe le trouble de stress post-traumatique dans la catégorie troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Les symptômes du trouble de stress post-traumatique sont répertoriés dans 4 catégories : reviviscences de l'événement, évitement des stimuli évocateurs de l'événement, altération des cognitions et de l'humeur, altération de la vigilance et de la réactivité. (102) Longtemps, la santé mentale des migrants a été étudiée principalement sous l'angle du traumatisme.

Actuellement, les études ne se contentent pas d'étudier le trouble de stress post-traumatique. Elles ont une approche plus globale de la santé mentale des migrants. Elles retrouvent que la notion d'acculturation est associée à une moins bonne santé mentale. (73) Une étude s'intéressant à l'étiopathogénie des troubles mentaux chez les patients migrants a fait la comparaison au sein de la population migrante, entre population saine et population malade. Il ressort de cette étude, que l'intégration de la migration dans les choix familiaux, est un facteur important influençant l'apparition de troubles mentaux. Une migration intégrée dans un projet familial est source de stabilisation. La stabilité peut être compromise par l'accumulation de pressions acculturatives dans le pays d'accueil. Une contradiction élevée entre la culture considérée comme référence par l'individu et la culture du pays d'accueil (ou la culture considérée comme référence par l'entourage proche, si elle est différente), est facteur de développement de troubles mentaux. (103)

L'éclatement familial dû à la migration est également un facteur péjoratif sur la santé mentale. Il concerne de nombreux migrants. 59,1% des patients ayant consulté dans les centres Médecin du Monde ne vivaient pas avec leurs enfants d'après le rapport 2016. (7) Des études portant spécifiquement sur les facteurs socio-économiques déterminant la santé des patients migrants ont montré que l'accès à un logement privatif est un facteur protecteur de santé mentale. Le manque d'opportunité socio-économique, l'incertitude de l'issu de la demande de titre de séjour et une intégration sociale réduite sont associés à une moins bonne santé mentale. (73)(104) Les exilés fuyant les conflits et en situation irrégulière cumulent des facteurs défavorables à leur santé mentale.

4.2 Des troubles mentaux fréquents dans la population migrante

Le rapport 2016 du COMEDE montre que les troubles psychiques constituent le premier motif de suivi. 41 % des patients qui consultent présentent un trouble psychique. La prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6 % de cette population, ce qui en fait la pathologie grave la plus représentée. Dans la publication portant sur les consultations entre 2012 et 2016, 60 % des troubles psychiques rapportés sont des syndromes psycho traumatiques, et pour 8 % des traumatismes complexes. (77) Ils sont particulièrement représentés chez les demandeurs d'asile et les victimes de violences intentionnelles.

La prévalence du syndrome de stress post-traumatique est variable selon les études, cependant elle est toujours plus élevée dans la population réfugiée que dans la population non réfugiée, au sein des pays participant à la surveillance en santé mentale de l'ONU. (105)

22 % des troubles psychiques sont représentés par des syndromes dépressifs. Ces derniers sont plus représentés chez les exilés en situation de détresse sociale et chez les migrants dont la demande d'asile a été refusée. (77) Selon la méta-analyse de 2009, au sein de populations exposées à des conflits, les études les plus rigoureuses retrouvent une estimation de prévalence de la dépression et du syndrome de stress post-traumatique aux alentours de 15 %, alors que la prévalence estimée du SSPT en population générale du pays d'accueil était estimée à 1,1 %. (101)

L'analyse des bilans infirmiers réalisés par le SSP dans les centres d'hébergement d'urgence entre octobre 2015 et mars 2016 montre que plus des deux tiers des résidents déclarent un sentiment de solitude important (se sentent seuls ou très seuls). Plus de la moitié des personnes interrogées sur leur état psychologique disaient souffrir de troubles du sommeil, d'idées noires, de crises de larmes ou d'irritabilité. Les symptômes étaient fréquents ou quotidiens pour plus d'un tiers des personnes les déclarant. (79)

Partie 4 : Contexte de l'étude : dispositif d'accès aux soins mis en place pour la prise en charge médicale des migrants hébergés en centres d'hébergement d'urgence parisiens.

Chapitre 1 : Mise en place d'un bilan infirmier d'orientation sanitaire

Nous venons de voir que face à l'augmentation du flux des migrants primo-arrivants de nombreux campements de fortune se sont formés dans Paris. Les personnes les composant ont été mises à l'abri dans des CHUM. L'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France a organisé un dispositif de soins spécifique à partir de 2015. Des bilans infirmiers d'orientation sanitaires ont été organisés, directement dans les structures d'hébergement d'urgence. Ces bilans infirmiers ont été initiés à l'automne 2015. Leurs modalités ont varié au fil du temps. Ils ont été interrompus entre février et mai 2016 du fait de l'arrêt des subventions financières permettant leur réalisation. Ils ont ensuite été rétablis à partir du 1er mai 2016 et jusqu'à fin octobre 2016. Les modalités de réalisation n'ont pas varié sur cette dernière période.

Après cette date, l'ouverture du CPA, sur le boulevard Ney à la Porte de La Chapelle, a considérablement modifié le circuit de soins de la population des migrants primo-arrivants. Les patients ont alors été reçus au CPA par une IDE qui les adressait à un médecin généraliste sur place si nécessaire. Si besoin, celui-ci les adressait secondairement vers des partenaires extérieurs à la bulle, dont la PASS de l'Hôtel-Dieu. Nous y reviendrons en fin de document.

Ces bilans infirmiers d'orientation sanitaire étaient assurés par le SSP pour les centres parisiens, et par la Croix Rouge pour le reste de l'Île de France. A partir des bilans d'orientation, le suivi épidémiologique était réalisé par l'Observatoire du SSP afin d'optimiser la prise en charge des événements sanitaires. Le bilan consistait en un entretien infirmier, avec des questions relatives au parcours migratoire, à l'état de santé antérieur et actuel ainsi que la prise de la pression artérielle et de la glycémie capillaire. L'IDE pouvait être en binôme avec un interprète.

Compte tenu de la population ciblée, les PASS à proximité des centres d'hébergement étaient désignées comme interlocutrices privilégiées pour la suite de la prise en charge. Les EMPP étaient désignées comme principaux interlocuteurs pour le soutien psychologique de ces personnes hébergées en CHUM. (106)

Ce dispositif a permis de faciliter le recours aux soins de ces migrants. La venue des infirmiers sur place, et la présence d'interprètes, permettaient de pallier la barrière de la langue, la peur d'un contrôle de police et le renoncement aux soins. La proposition de ces bilans permettait de remettre la santé au cœur des préoccupations de ces personnes en grande précarité.

Chapitre 2 : Parcours de soins à l'Hôtel-Dieu

Plusieurs atouts de la PASS de l'Hôtel-Dieu en ont fait un interlocuteur naturel pour le SSP : sa localisation centrale dans Paris avec un accès en transports en commun facile, son ouverture matin et après-midi du lundi au vendredi, son expérience, mais aussi son implantation au sein d'une polyclinique avec la présence de nombreuses consultations de spécialités, citons particulièrement l'ophtalmologie et les soins dentaires, ainsi que la présence d'un plateau technique fort et réactif avec centre de prélèvements et service de radiologie.

L'infirmière du SSP pouvait orienter un patient vers un médecin généraliste de la PASS soit sur demande du patient, soit à la suite de l'identification d'un besoin médical pour le patient. Le parcours de soins que nous allons décrire était alors le même que pour toute personne consultant an centre de diagnostic.

Un accueil médico-social par un binôme médecin-assistant social est proposé dans un premier temps. Ensuite, si nécessaire, les patients peuvent bénéficier de l'ensemble du plateau technique de l'hôpital, de consultations spécialisées et de la pharmacie.

Durant la période étudiée, deux jeunes volontaires pour le service civique étaient présentes en soutien à l'issue des consultations, pour orienter et accompagner physiquement les patients dans l'hôpital à l'issue de leur consultation, mais aussi pour les aider dans leurs démarches administratives et sociales.

Les patients se présentent le matin ou l'après-midi, sans rendez-vous, et sont inscrits par un agent d'accueil sur la liste des consultations de la demi-journée correspondante. Les patients sont appelés par les différents médecins en poste à la consultation de médecine générale ce jour-là, dans l'ordre d'inscription ou, parfois, en fonction de l'urgence identifiée de la prise en charge. Des internes et au moins un médecin senior en charge de la supervision assurent les consultations de médecine générale.

À l'issue de la consultation de médecine générale, si des examens complémentaires sont demandés, les patients sont systématiquement conviés à revenir en consultation pour explications et remise des résultats. Dans la mesure du possible un patient est vu par le même

médecin pour ses différentes consultations. Du fait de la rotation des médecins présents cela n'est pas toujours réalisable.

L'entretien avec l'ASE peut être proposé à l'issue de la consultation de médecine générale mais peut aussi être programmé dès l'accueil si un repérage préalable a été réalisé (par des associations, le SSP ou lors de son enregistrement administratif aux caisses de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu). Cet entretien permet de faire un état des lieux de la situation sociale de la personne. Il peut permettre d'ouvrir des droits à une couverture sociale. Pour les patients n'ayant droit à aucune couverture sociale au moment de la consultation, l'ASE peut délivrer un « bordereau PASS ». Il s'agit d'un document papier donnant droit à l'accès à un financement spécifique pour la prise en charge des dépenses de santé de ces patients. Le bordereau est délivré pour une durée déterminée (entre 1 et 30 jours) et couvre les consultations et/ou les examens complémentaires et/ ou les traitements délivrés à la pharmacie de l'hôpital. Il peut donc couvrir tous les soins ambulatoires mais pas l'hospitalisation.

Chapitre 3 : Recommandations de prise en charge des migrants et prise en charge médicale à la PASS de l'Hôtel-Dieu

3.1 Propositions de bilan de dépistage : aucune recommandation officielle

En France, des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Institut National de Prévention et d'Éducation Sanitaire (INPES) existent pour le dépistage de certaines pathologies (VHB, VHC, VIH, tuberculose) en population générale. Il n'existe pas de recommandation officielle sur le dépistage spécifique des patients migrants primo-arrivants. Nous allons présenter la prise en charge présentée à l'Hôtel-Dieu en fonction des recommandations existantes.

<u>Interrogatoire proposé à la PASS de l'Hôtel-Dieu</u>

L'interrogatoire comprend un volet social systématique pour repérage des besoins sociaux, orientation et repérage des intrications ente le médical et le social : couverture sociale, logement ou hébergement, alimentation, isolement…

Le parcours migratoire est systématiquement questionné : pays d'origine, conditions de vie durant le parcours, existence de traumatismes physique ou moral.

Ensuite, l'interrogatoire est ciblé sur les pathologies prévalentes au sein de la population migrante : antécédents médicaux dont antécédents de drépanocytose, perte de poids, signes fonctionnels (comme la toux, signes fonctionnels digestifs) …

La prévalence élevée d'antécédents de violences et de troubles psychiques au sein de la population des migrants incite l'équipe à aborder la question du bien être mental préventivement, ainsi que la recherche d'exposition à des violences physiques ou à des psycho traumatismes.

L'interrogatoire aborde également la question des vaccinations que nous verrons en détail ci-dessous, ainsi que les frottis cervico-utérin, les mammographies et la réalisation du test de dépistage hémocult en fonction de l'âge du patient.

Dépistage clinique

L'examen physique doit être rigoureux, et ce d'autant que nous avons vu que les médecins sont souvent confrontés à la barrière de la langue qui limite l'interrogatoire.

La mesure systématique de la pression artérielle est conseillée.

Le poids doit également être systématiquement mesuré du fait du risque de malnutrition.

Ensuite, l'examen est complet : état général, évaluation de l'état bucco-dentaire, auscultation cardio-pulmonaire à la recherche de signes pouvant orienter vers une cardiopathie, palpation abdominale, examen cutané, examen gynécologique pour les femmes.

Le dépistage des infections virales

L'INPES recommande le dépistage des hépatites B et C dans les populations considérées comme à risque. Les migrants sont concernés en fonction de leur origine (pays à forte endémie), de leurs conditions de logement avec promiscuité, d'éventuels voyages en zones à risque. Les migrants irréguliers, les personnes sans couverture sociale et les demandeurs d'asile seraient insuffisamment dépistés. (94)

Le dépistage est réalisé à l'aide de sérologies. Pour l'hépatite B, trois marqueurs sont utiles : antigène Hbs, anticorps anti-Hbs, anticorps anti-Hbc. (107) (108) La présence d'Ac anti-Hbc isolés signe le plus souvent une hépatite guérie avec perte des anticorps anti-Hbs, parfois une hépatite en voie de guérison avant l'apparition des anticorps anti-Hbs. Pour 2 à 5% des patients, ce statut sérologique peut être le reflet d'une infection occulte avec antigène-Hbs indétectables ou provoquée par un mutant de l'antigène Hbs. Dans cette situation, la recherche d'ADN-VHB doit être effectuée. Dans ce travail, nous considérons les patients porteurs d'Ac anti-Hbc isolés

qui n'ont pas pu bénéficier de la recherche d'ADN-VHB comme immunisés car c'est la situation la plus fréquente. (109)

Pour l'hépatite C, c'est la détection des Ac anti-VHC qui est utilisée pour le dépistage. (94)

En ce qui concerne le VIH, le dépistage doit être proposé tous les ans à toutes les personnes originaires de pays endémiques du VIH notamment les Caraïbes et l'Afrique subsaharienne. Il se fait par une sérologie avec dosage ELISA combiné des anticorps anti-VIH et de l'Ag p24. En cas de positivité, un test de confirmation (western blot ou immunoblot) est réalisé sur le même échantillon. Si celui-ci est positif, une confirmation se fait sur un deuxième prélèvement. (110)

A la consultation sans rendez-vous de l'Hôtel-Dieu, le dépistage par les sérologies VHB, VHC et VIH sont systématiquement proposées aux patients migrants.

Les autres infections sexuellement transmissibles

Comme nous l'avons vu précédemment, du fait des comportements à risques d'infection sexuellement transmissibles et du manque de prévention, certains médecins conseillent la prescription d'un bilan d'IST plus global. A l'Hôtel-Dieu, la recherche de syphilis était systématiquement proposée et effectuée par dosage sanguin du TPHA et du VDRL au moment de l'enquête. La stratégie de dépistage a changé depuis. La recherche de chlamydia et de gonocoque par PCR sur prélèvement urinaire et également proposée bien que moins systématiquement, et plus rarement la recherche de mycoplasme urinaire.

La tuberculose

En 2015, l'OMS a rédigé une stratégie de lutte contre la tuberculose avec pour objectif de réduire de 90 % le taux d'incidence de la tuberculose en 2035 par rapport à 2015. Elle préconise le dépistage systématique des populations à risque et des cas contacts. (111)

En France, la stratégie de dépistage repose sur la réalisation d'une radiographie pulmonaire. Elle est recommandée pour les groupes les plus à risque. Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France a publié des recommandations en 2005 relative à la lutte contre la tuberculose chez les migrants en France. Il recommande un dépistage des migrants originaires de pays de forte endémie. Il précise que le dépistage concerne toutes les catégories de migrants y compris ceux arrivés sur le territoire français de façon illégale. Une radiographie pulmonaire

annuelle doit être réalisée pendant les deux premières années après leur arrivée sur le territoire. (81)

L'IDR à la tuberculine est préconisée pour les sujets contacts d'un cas de tuberculose maladie à la recherche de tuberculose latente, pour les personnes de moins de 15 ans venant d'un pays à fort risque de tuberculose, et pour les personnes immunodéprimées. (112)

Certaines PASS et associations proposent systématiquement le dépistage de la tuberculose aux migrants qui consultent dans leur site, c'est ce qui est fait à la PASS de l'Hôtel-Dieu. La population reçue étant adulte, le dépistage se fait uniquement par une radiographie pulmonaire.

Reste du bilan proposé :

La réalisation d'une Numération Formule Sanguine (NFS) est également proposée de façon systématique pour dépister une éventuelle parasitose avec hyperéosinophilie, une anémie par carence ou hémoglobinopathie.

Une bandelette urinaire est proposée à la recherche d'une hématurie ou d'une leucocyturie. En cas d'hématurie microscopique, la recherche de bilharziose est proposée. Une leucocyturie isolée fait rechercher une tuberculose urinaire.

Les autres examens de dépistage proposés sont les mêmes qu'en population générale une recherche de sang dans les selles après 50 ans, un frottis cervico-utérin à partir de 25 ans et une mammographie pour les femmes de plus de 50 ans.

3.2 La prise en charge vaccinale

3.2.1 Une détermination du statut vaccinal difficile

L'objectif du rattrapage vaccinal est d'aligner le statut vaccinal sur celui recommandé pour la population française. Le comité technique de vaccination a émis des recommandations de rattrapage du calendrier vaccinal pour les personnes incomplètement ou jamais vaccinées. Lorsque le programme de vaccination a été interrompu, le médecin doit le compléter avec le nombre d'injections total que la personne aurait dû avoir à son âge.

Une des principales barrières au rattrapage vaccinal des patients migrants est qu'ils ne connaissent pas exactement leur statut vaccinal. La très grande majorité n'a pas de carnet de vaccination. Il n'existe pas de recommandations officielles françaises pour les personnes dont le statut vaccinal est incertain comme les migrants. L'OMS publie les calendriers vaccinaux des différents pays. Ils peuvent servir de base au rattrapage mais en l'absence de carnet ou

d'attestation, ces données n'assurent pas que le patient qui consulte a effectivement bénéficié de toutes les vaccinations recommandées dans son pays d'origine.

Les migrants sont au moins autant exposés que la population du pays d'accueil aux maladies « à prévention vaccinale ». Même si leur prévalence a diminué dans les pays d'Europe, ces maladies ne sont pas éradiquées. Selon une revue de la littérature réalisée par une équipe italienne et danoise sur la couverture vaccinale des migrants et réfugiés en Europe, les migrants et réfugiés ont un taux de couverture vaccinale plus bas que les populations originaires d'Europe. (113) Du fait d'une couverture vaccinale parfois incomplète dans leur pays d'origine, les primo-arrivants sont plus susceptibles d'être contaminés. (114) Nous avons vu dans le troisième chapitre que des épidémies de rougeole et varicelle s'étaient déclarées dans les campements de Calais et de Grande Synthe du fait d'une immunité insuffisante au sein de la population migrante.(100) Ces données soulignent l'importance de l'accès à la vaccination en prévention primaire.

Selon l'ECDC, la vaccination des primo arrivants doit d'abord se concentrer sur la vaccination contre le DTPcaHib, le ROR et l'hépatite B. (115) Si les documents sont inexistants ou incertains, la personne doit être considérée comme jamais vaccinée. Les vaccins à considérer dans un second temps sont les vaccins contre le méningocoque, le pneumocoque, varicelle grippe et tuberculose. (115)

Différentes stratégies de rattrapage existent, beaucoup s'appuient sur la recherche sérologique d'anticorps pour documenter le statut immunologique du patient contre une maladie à prévention vaccinale.

3.2.2 Réalisation du rattrapage vaccinal selon la SPLIF

Nous verrons dans cette partie les modalités de rattrapage vaccinal préconisés par la Société Française d'Infectiologie de Langue Française (SPLIF), à partir des données de l'ECDC et de l'OMS.

<u>DTPCaHib</u>

Pour les vaccins avec une valence tétanos, la sérologie antitétanique est réalisable mais n'est pas recommandée en dépistage systématique. Chez l'adulte pour lequel aucune information écrite n'existe sur ses vaccinations antérieures, un schéma vaccinal en 1, 2 ou 3 doses peut être administré en fonction du souvenir des dernières injections. Cette stratégie permet de mettre en place la vaccination plus rapidement, ce qui est nécessaire pour cette population très mobile.

L'inconvénient de cette stratégie est qu'il existe un risque d'hyper-immunisation en réalisant 3 injections.

Il est possible de réaliser une sérologie après la première injection et les résultats conditionnent la réalisation d'un autre rappel. Cependant, cette stratégie ne prend en compte que l'immunité antitétanique, sans indication sur l'immunité contre la coqueluche, la diphtérie ni la poliomyélite.

Chez l'adulte jamais vacciné, il convient d'utiliser le DTPCa et non pas le dTPca qui est peu immunogène et n'a pas été testé en primo vaccination. En pratique, les adultes se rappellent souvent avoir reçu des injections dans l'enfance, sans autre souvenir, ce qui justifie le recours aux valences de rappel par dTPca. (115)

À l'Hôtel-Dieu, pour les patients n'ayant pas de preuve d'antécédent vaccinal et dont l'histoire vaccinale est floue, le rattrapage vaccinal est fait sans sérologie préalable avec des vaccins dTP ou dTPca. 1 dose de dTPca (REPEVAX® ou BOOSTRIX®) est injectée. Les rappels à 1 mois et 1 an sont effectués par une injection de dTP (REVAXIS®). Pour les patients ayant des antécédents vaccinaux mais n'étant pas à jour, 1 dose de dTPca est injectée pour couvrir la coqueluche.

Hépatite B

La vaccination contre l'hépatite B est recommandée par l'OMS de façon universelle pour tous les enfants avec l'injection d'une première dose précoce et 3 injections au total. Selon l'OMS, 84% des enfants nés après 2015 ont reçu 3 doses de vaccinations à l'échelle mondiale. (116) Cependant, en 1990, il était estimé que seulement 1% des enfants recevaient 3 doses de vaccins contre l'hépatite B dans le monde, et donc une grande partie des adultes arrivant en France depuis des pays endémiques n'a pas eu de vaccination dans l'enfance.

Le rattrapage se fait en fonction du statut sérologique. La sérologie est également réalisée dans un but de dépistage de la maladie. Un taux d'Ac anti VHB <10 UI est considéré comme non protecteur. A l'Hôtel-Dieu, la sérologie VHB est systématiquement proposée. Si le patient ne présente pas d'immunité contre l'hépatite B, le rattrapage vaccinal par 3 injections d'ENGERIX B20® est proposé. Les injections se font à 0, 1 et 6 mois.

ROR

Le rattrapage Rougeole Oreillons Rubéole est recommandé sans contrôle sérologique préalable, en 2 injections à intervalle de 1 mois minimum. S'agissant de vaccins vivants atténués, ces injections ne peuvent être réalisées que sous réserve d'un dépistage de la

tuberculose et du VIH négatifs ce qui en rend la mise en pratique plus complexe. (115) La vaccination n'était pas proposée en première intention aux patients consultant à l'Hôtel-Dieu ce qui a été corrigé depuis 1 an.

Tuberculose

En ce qui concerne la tuberculose, la vaccination par le BCG n'est recommandée que pour les enfants migrants jusqu'à l'âge de 15 ans. La PASS de l'Hôtel-Dieu n'accueillant que des adultes, cette vaccination n'est pas proposée.

Varicelle

Le vaccin contre la varicelle est recommandé en France chez les adultes n'ayant jamais contracté la pathologie ou ayant un antécédent douteux. Cette vaccination n'est pas abordée en priorité chez les primo arrivants. Une vaccination est discutée en cas de contage ou en phase d'épidémie.

Grippe

La vaccination anti-grippale est recommandée pour les personnes âgées de plus de 65 ans, ou, quel que soit l'âge pour les personnes séjournant dans un établissement médico-social d'hébergement ou présentant un risque de grippe grave du fait d'une pathologie sous-jacente. La vaccination se fait par 1 dose annuelle de vaccin grippal tri ou tétravalent. La vaccination est proposée pour les patients migrants présentant ces critères à l'Hôtel-Dieu.

Pneumocoque

La vaccination antipneumococcique est recommandée pour tout patient présentant une immunosuppression ou une pathologie sous-jacente prédisposant à la survenue d'une infection invasive par le pneumocoque (dont le diabète). Chez l'adulte non vacciné, le rattrapage se fait par l'injection d'un vaccin pneumococcique conjugué 13-valent puis l'injection d'un vaccin non conjugué 23-valent 8 semaines après.

Méningocoque

Un rattrapage vaccinal est proposé jusqu'à l'âge de 24 ans avec un vaccin méningococcique C conjugué selon un schéma à 1 dose. Il était fait de façon exceptionnelle lors de notre travail. Depuis, la population de patients jeunes ayant augmenté, il est beaucoup plus souvent proposé.

À l'Hôtel-Dieu, le rattrapage a ciblé en priorité les vaccins contre l'hépatite B et la diphtérie-tétanos-poliomyélite et la coqueluche. Ces vaccins étaient directement à disposition des soignants dans le centre de diagnostic et de thérapeutique pour faciliter la mise en œuvre du rattrapage vaccinal pour les patients sans couverture sociale. Les autres patients devaient aller chercher leur vaccin en pharmacie puis revenir pour bénéficier de l'injection vaccinale. Le rattrapage vaccinal est à coordonner avec le reste du parcours de soins et de l'état de santé de la personne.

Chapitre 4 : Justification et objectifs de l'étude

Comme nous l'avons vu dans la deuxième partie de ce travail, les données sur la santé des migrants en comparaison avec la population native du pays d'accueil sont contradictoires. Les études portent souvent sur l'ensemble de la population migrants. Certaines décrivent un « healthy migrant effect », alors que d'autres retrouvent un état de santé moins bon dans la population migrante. Ces discordances sont le fait de l'évolution de la population des migrants au fil des années mais aussi des biais des enquêtes portant sur des franges de population. Il en est d'ailleurs de même dans notre travail. La population des migrants est diverse. La population actuelle des migrants comprend en grande partie des personnes arrivées sur le territoire de façon illégale, après un parcours migratoire éprouvant mais aussi des migrants issus du rapprochement familial, des étudiants et des travailleurs. De nouvelles études sont nécessaires pour appréhender les problématiques de santé des nouvelles populations de migrants.

L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques sociales et médicales et le parcours de soins d'une sous-population de migrants primo-arrivants adressée en consultation de médecine générale par une infirmière.

L'originalité de ce travail est qu'il étudie la santé d'une sous-population de migrants primo-arrivants ayant bénéficié et d'un dispositif de repérage infirmier des besoins sanitaires et d'une prise en charge globale au niveau médico-social.

Les hypothèses retenues sont :

- Cette sous-population de migrants a des caractéristiques médico-sociales spécifiques : il s'agit d'une population jeune, majoritairement masculine, avec des problématiques de santé spécifiques qu'il est nécessaire de dépister notamment au niveau infectieux et psychiatrique,

- Le bilan d'orientation réalisé par une infirmière au plus près du lieu de vie de ces personnes est une plus-value.

Partie 5 : Le travail de Recherche

Chapitre 1 : Méthode

1.1 Type d'étude

Ce travail est une étude descriptive rétrospective, transversale, monocentrique sur l'état de santé d'une sous-population de migrants primo-arrivants adressés dans une PASS après entretien infirmier d'orientation sanitaire avec analyse systématique de cas.

1.2 Le lieu de l'étude

L'étude a été réalisée à la consultation de médecine générale sans rendez-vous PASS de l'hôpital de l'Hôtel Dieu à Paris, hôpital faisant partie de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris.

1.3 La population étudiée

La population cible correspond aux personnes ayant bénéficié d'un bilan infirmier d'orientation sanitaire organisé par une infirmière du SSP. Il s'agit de personnes qui vivaient dans divers campements illicites parisiens puis qui ont été mises à l'abri en centre d'hébergement d'urgence pour migrants (CHUM) à Paris. Les patients de cette population sont tous ceux qui ont été reçus à la PASS de l'Hôtel-Dieu à la suite de ce bilan d'orientation durant la période de l'étude.

1.4 Période de l'étude

L'étude a porté sur les patients orientés à la PASS par une IDE du SSP entre le 1er mai et le 31 octobre 2016.

1.5 Critères d'inclusion

L'IDE du SSP a recensé tous les patients qui ont été reçus en bilan d'orientation sanitaire. Sur la liste établie, elle notait les patients adressés vers une PASS, en particulier sur celle de l'Hôtel-Dieu. Les patients inclus étaient donc ceux notés comme adressé vers la PASS de

l'Hôtel-Dieu sur la liste du SSP et reçus en consultation à la PASS de l'Hôtel-Dieu.

L'identité déclarée au SSP et celle déclarée à l'Hôtel-Dieu pouvaient varier. Quand un patient n'était pas retrouvé, une recherche phonétique et/ou une recherche par prénom et/ou par date de naissance était réalisée sur le logiciel ORBIS. Quand aucun patient n'était retrouvé après cette recherche, la recherche d'une inversion nom prénom a été effectuée. Si malgré cela le patient n'apparaissait pas, il était indiqué comme non venu (et non inclus).

1.6 Modalités d'accueil à la PASS

Les patients de cette étude ont été accueillis selon les modalités d'accueil à la PASS décrites précédemment. En résumé, ils étaient reçus en consultation de médecine générale par un médecin senior généraliste ou par un des trois internes de médecine générale (dont les consultations étaient supervisées) et pouvaient également être reçus en entretien avec l'ASE. Ils pouvaient ensuite être orientés sur le plateau technique et/ou les consultations selon les besoins identifiés.

1.7 Modalités de prise en charge médicale

La prise en charge des patients était la même que pour toute personne consultant dans le dispositif. Elle est développée dans la partie précédente. Nous la résumons ainsi :

1 /Prise en charge en consultation des motifs de consultation ;

2/ Bilan de dépistage systématiquement proposé qui comprenait :

- Une prise de sang : sérologie du VIH, sérologie VHB (anticorps anti-Hbs, anticorps anti-Hbc, antigène Hbs), anticorps anti-VHC, TPHA/VDRL, Numération Formule Sanguine (NFS) ;
- Une radiographie pulmonaire pour dépistage de la tuberculose maladie ;
- Une bandelette urinaire à la recherche d'hématurie pour dépistage d'une bilharziose urinaire et d'une leucocyturie (infection urinaire dont tuberculose urinaire).

Ce bilan systématique pouvait être complété en fonction des besoin individuels identifiés et particulièrement :

- La recherche de chlamydiae et/ou gonocoque par PCR urinaire ;
- Le dosage des transaminases avec dosage des Gamma GT et de phosphatases alcalines si une hépatite virale était suspectée ;
- Le dosage de la ferritine si suspicion carence (alimentaire ou autre) ;
- La glycémie à jeun.

3/ Un rattrapage vaccinal était également systématiquement proposé en cas de retard du calendrier avec :

- Le dTP ou dTPca, par REVAXIS® ou REPEVAX® ;
- Et pour les patients non immunisés contre l'hépatite B, une vaccination par ENGERIX B20® était réalisée (3 injections en 3 mois)

Toutes les prescriptions étaient manuscrites et sans traçabilité informatique. Elles étaient, ou non, notifiées en fin d'observation dans la partie conduite à tenir (annexe 2). Pour les patients bénéficiant d'un bordereau PASS, des ordonnances dédiées étaient utilisées permettant une délivrance intra-hospitalière.

1.8 Modalités du recueil des données

Les données recueillies dans les dossiers ont porté sur les consultations effectuées durant les 6 mois suivant la première consultation. Ce délai de 6 mois a été choisi afin d'obtenir une meilleure image des pathologies présentes en particulier des pathologies chroniques.

Les observations médicales étaient réalisées sur le logiciel MICROSOFT WORD 2007®. Les dossiers médicaux à la PASS sont construits avec une trame d'observation standard préétablie complétée pour chaque nouveau patient avec des données médicales, administratives et sociales. Cela a permis d'uniformiser les données recueillies (Annexe 2).

Les résultats des examens complémentaires étaient consultables sur différents logiciels. Le logiciel STARE® permettait le recueil des résultats biologiques. Le Logiciel MEDIWEB RESULT® donnait accès aux comptes-rendus des examens de radiologie, aux comptes-rendus des consultations spécialisées et des hospitalisations. Ce logiciel permettait de retracer le parcours du patient au sein de l'hôpital.

Les données sociales renseignées par l'assistant socio-éducatif étaient recueillies dans un logiciel MICROSOFT EXCEL®.

Après octobre 2016, le logiciel ORBIS® a été installé au centre de diagnostic et de thérapeutique. J'ai pu l'utiliser pour retrouver les dossiers. Il m'a permis d'identifier les patients ayant consulté dans un autre hôpital de l'APHP équipé du même logiciel.

Les données ont été extraites par des requêtes informatiques à partir des différents logiciels. Elles ont ensuite été saisies dans un tableur Microsoft Excel 2017® appelé grille de recueil. Chaque ligne correspondait à un patient et les différentes colonnes correspondaient aux différents critères étudiés. Les données ont été recueillies par un seul enquêteur et reportées

dans la grille de recueil. Pour chaque patient une nouvelle consultation était enregistrée comme une nouvelle ligne.

1.9 Données recueillies

Différentes variables médico socio administratives et de parcours de soin ont été retenues dans le champ médico-social.

Les données administratives retenues étaient :

- La concordance d'identité entre celle du SSP et celle de l'HD : identités concordantes ou discordantes. En cas de discordance, les données recensées étaient : une erreur d'orthographe du nom sur une lettre ou plusieurs lettres, une inversion nom prénom ou une association de différentes erreurs.
- Les caractéristiques démographiques des patients : âge (alphanumérique), sexe (homme/femme) et nationalité (déclarée ou d'après un papier officiel).
- Les langues parlées (langue maternelle et autres langues parlées).
- Les techniques de communication utilisées lors de la consultation : langue commune avec le soignant (le niveau de maîtrise de la langue n'a pas pu être renseigné), outil de traduction informatique en ligne, recours à un interprète non professionnel, recours à un interprétariat professionnel téléphonique.

Les données sociales recueillies étaient :

- Les rendez-vous avec l'assistant socio-économique : oui/ non et nombre d'entretiens.
- La délivrance d'un bordereau PASS : nombre et durée (court entre 1 et 14 jours, long pour 30 jours).
- La couverture sociale au début de la prise en charge : absence ou présence et type de couverture sociale.
- La couverture sociale acquise en cours de prise en charge : oui/non et type de couverture sociale acquise.

Les données médicales recueillies étaient :

- Les antécédents médicaux.
- Les consommations de toxiques : tabagisme actif ou sevré, consommation d'alcool occasionnelle ou régulière (définie à plus d'une fois par semaine), consommation de cannabis occasionnelle ou régulière (définie à plus d'une fois par semaine) ou absence d'intoxication déclarée.
- Les maladies chroniques déjà connues avant la consultation : type et nombre.

- Les plaintes énoncées ayant motivé les consultations : type et nombre.
- Les pathologies aiguës et chroniques diagnostiquées lors de la prise en charge : les diagnostics réalisés grâce à la réalisation d'examens complémentaires ou au terme de la prise en charge complète.
- Le statut vaccinal au début de la prise en charge :
    - Sur résultats des sérologies pour l'hépatite B (anticorps anti-Hbs, anticorps anti-Hbc, antigène Hbs). Étaient distingués : immunité acquise post-infectieuse (anticorps anti-Hbs et anti Hbc positifs), portage isolés d'Ac anti Hbc, immunité vaccinale (anticorps anti-Hbs isolés), hépatite en cours (antigène Hbs positif), absence d'immunité (3 marqueurs négatifs).
    - Sur déclaration pour les autres vaccins : les personnes sans souvenir de vaccination antérieure ou sans attestation vaccinale étaient considérés comme non vaccinées.
- La mise en œuvre du rattrapage vaccinal : type et nombre d'injections réalisées pour chaque patient.

Les données recueillies sur le parcours de soins étaient le recours :

- Aux différents médecins :
    - Médecins généralistes : type et nombre de consultations.
    - Médecins spécialistes : type et nombre de consultations pour chaque spécialité.
- Au plateau technique :
    - Nombre de radiographies du thorax prescrites et réalisées.
    - Type et nombre d'autres examens de radiologie réalisés.
    - Type et nombre de bilans biologiques prescrits et réalisés.

La classification CISP2 a été retenue pour harmoniser l'intitulé des plaintes et des diagnostics recensés (Annexe 1). Cette classification a été établie par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practionners/Family Doctors) qui est une organisation mondiale de médecins généralistes. Elle a été élaborée pour la pratique de la médecine générale pour classer les plaintes et symptômes répertoriés selon les différents appareils. Au sein des différents appareils, les plaintes et diagnostics sont classés en 6 catégories : plaintes et symptômes, infections, néoplasies, traumatismes, anomalies congénitales, puis autres diagnostics. Les catégories plaintes et symptômes ont permis de répertorier les motifs de consultations, les autres catégories ont permis de lister les diagnostics. Certaines sous catégories ont été ajoutées dans les diagnostics

« autres ». Le total était effectué sur les catégories de la CISP. Ces sous-catégories permettent de mieux rendre compte de l'état de santé de ces patients.

1.10 Analyse statistique

L'analyse statistique a consisté en une macro analyse à partir du tableur MICROSOFT EXCEL 2017®. Elle est descriptive.

1.11 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été établie à partir des moteurs de recherche internet Pubmed, Google Scholar, le catalogue Sudoc, la BDSP.

Les références bibliographiques ont été listées à l'aide du logiciel ZOTERO. La classification a été réalisée selon la norme Vancouver.

Chapitre 2 : Résultats

2.1 Description de la population

2.1.1 Taille de l'échantillon

Parmi les 306 personnes adressées, 130 personnes sont effectivement venues en consultation soit 42,5 %.

Les patients étaient hébergés dans 16 centres d'hébergement d'urgence parisiens ou limitrophes de Paris, et un patient venait d'un lit halte soins santé (LHSS).

Le logiciel Orbis étant commun à toutes l'APHP, nous avons constaté que certains patients ont consulté dans d'autres hôpitaux de l'APHP équipés du logiciel ORBIS.

Tableau 1 : Répartition de la population adressée et reçue de chaque centre d'hébergement d'urgence pour migrants et moyen d'accès à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu

Centre d'hébergement (arrondissement ou code postal)	N adressés	N venus	Taux de venue par centre	Temps de trajet transports en commun le plus court	Correspondance pour temps de trajet équivalent	N ayant consulté autre hôpital APHP	Dont N dans hôpital plus proche
ESI LHSS La maison dans le jardin (12ème)	1	1	100	-	-	0	0
René Coty (14ème)	6	6	100	20 min	0	0	0
Le Près Saint Gervais (93)	47	36	76,6	35 min	1	1	1
Redoute Gravelle (12ème)	6	4	66,7	40 min	1	0	0
Jules Siegfried (92)	36	21	58,3	45 min	0 ou 1	0	0
Coustou (18ème)	19	10	52,6	30 min	0 ou1	1	1
Gymnase Auguste Renoir (14ème)	5	2	40,0	30 min	1	0	0
Saint Pétersbourg (8ème)	28	11	39,3	25 min	0 ou 1	7	5
Boulogne (92)	11	4	36,4	45 min	1	2	2
Fort d'Aubervilliers (93)	9	3	33,3	40 min	1	0	0
La mie de Pain (13ème)	3	1	33,3	30 min	0	1	1
Gymnase Bourneville (13ème)	33	10	30,3	30 min	0	3	0
Gymnase Keller (15ème)	25	6	24,0	30 min	0	3	0
Le Loiret (13ème)	34	8	23,5	25 min	0	8	7
Résidence Palatino (13ème)	20	4	20,0	30 min	0	2	1
Sans nom	21	3	14,3	-	-	-	-
Gymnase Pyrénées (20ème)	2	0	0,0	25 min	1	0	
Total	**306**	**130**	**42,5**			**28**	**18**

Figure 2 : Proportion de patients venus en consultation dans chaque centre en fonction du nombre total de patients adressés

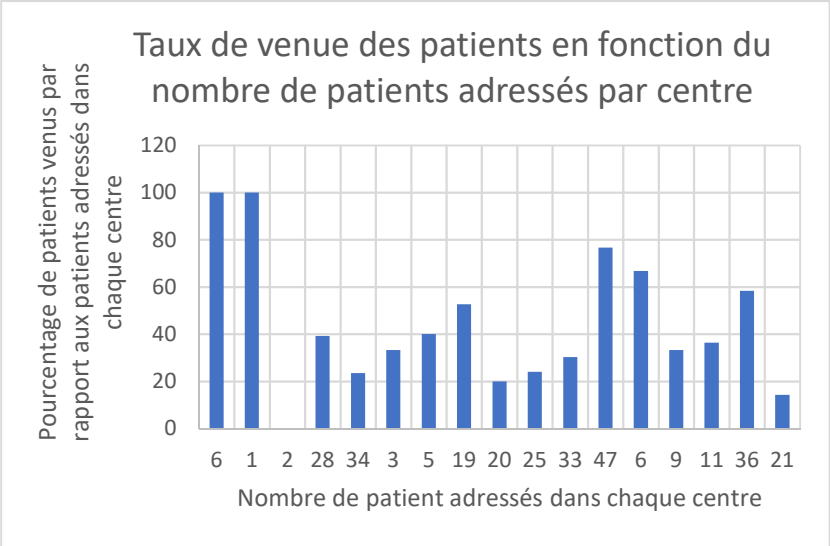
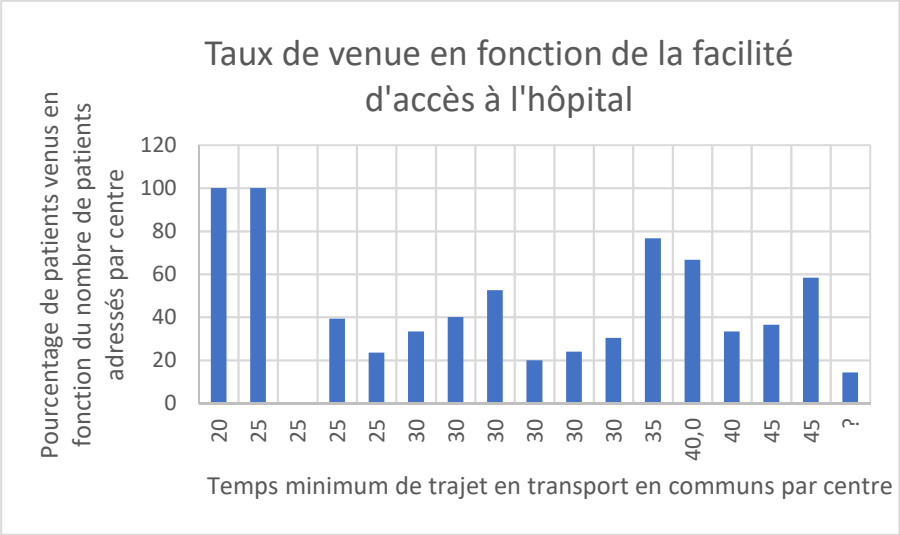


Figure 3 : Proportion de patients venus en consultation en fonction du temps de trajet moyen jusqu'à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu



2.1.2 Identité déclarée

Pour plus d'un patient sur deux, l'identité déclarée au SSP est différente de celle déclarée à l'Hôtel-Dieu.

Tableau 2 : Concordance entre les identités enregistrées par le SSP et l'hôpital de l'Hôtel-Dieu

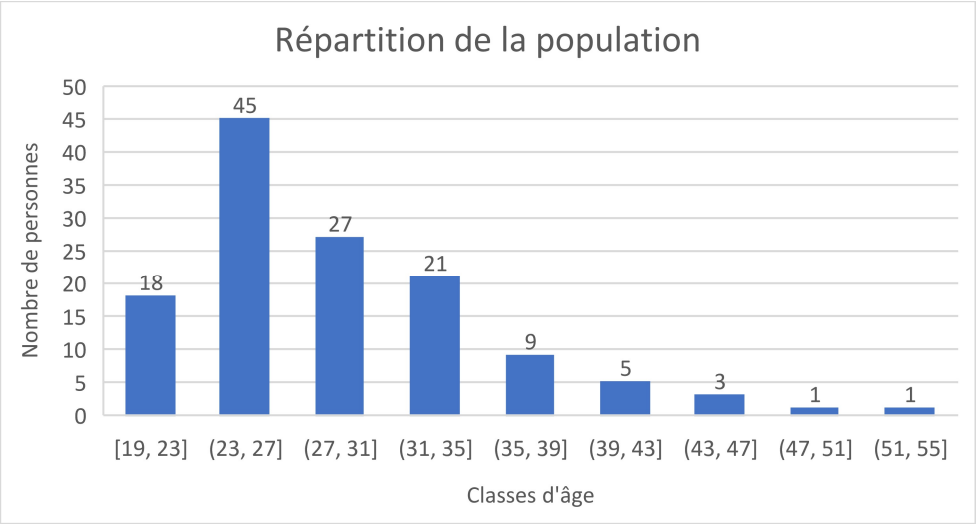
Concordance des identités	Nb personnes	% population reçue
Identités concordantes	**63**	**48,5**
Identités discordantes	**67**	**51,5**
Orthographe différente	32	24,6
1 lettre	*18*	*13,8*
Plusieurs lettres	*14*	*10,8*
Inversion nom-prénom	35	26,9
Même orthographe	*26*	*20*
Orthographe différente	*9*	*6,9*
Total	130	100

2.1.3 Sexe et âge

La population de cette étude est quasi totalement masculine : elle comprend 129 hommes pour 1 femme.

L'âge varie entre 19 et 55 ans. L'âge moyen est de 29 ans et l'âge médian de 28 ans. Le premier quartile est à 25 ans, le troisième est à 32 ans.

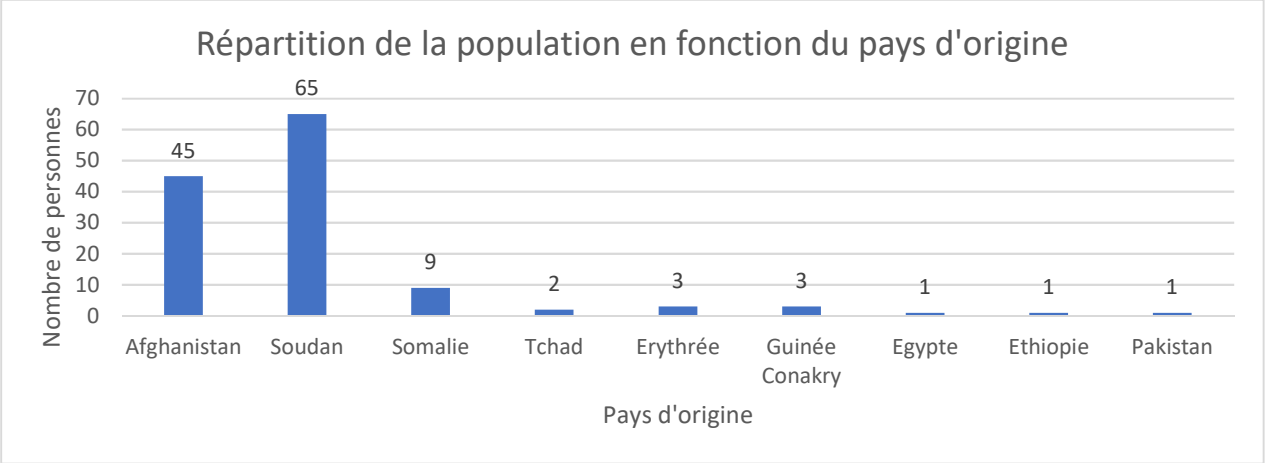
Figure 4 : Répartition de la population selon l'âge



2.1.4 Nationalité

Les patients sont originaires de 9 pays différents dont deux sont majoritairement représentés, le Soudan et l'Afghanistan, qui à eux deux englobent 84,6 % de la population étudiée.

Figure 5 : Répartition de la population selon le pays d'origine



2.2 Prise en charge médico-sociale à l'Hôtel-Dieu

2.2.1 Communication pendant la consultation

Tableau 3 : Moyen de communication principal utilisé en consultation

Moyen de communication utilisé	Nombre de personnes	Pourcentage de la population reçue
Français	7	5,4
Langue commune	95	73,1
Anglais	*66*	*50,8*
Arabe	*29*	*22,3*
Traduction par un tiers non professionnel	14	10,8
Présent	*13*	*10,0*
Téléphone	*1*	*0,8*
Recours à l'ISM	10	7,7
Non renseigné	4	3,1
Total	**130**	**100**

Pour 7 patients, en plus d'une langue commune et de la traduction par un tiers non professionnel, un recours à un outil de traduction en ligne a été utilisé.

2.2.2 Couverture sociale

Figure 6 : Prise en charge sociale des patients

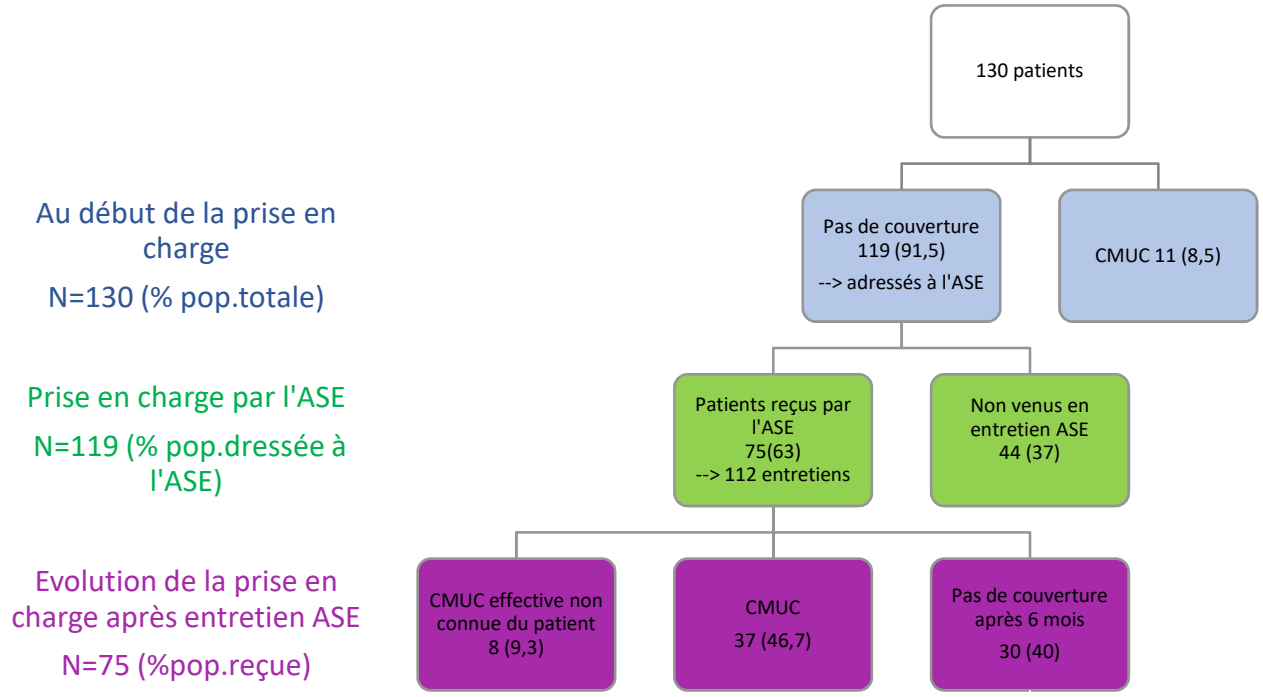
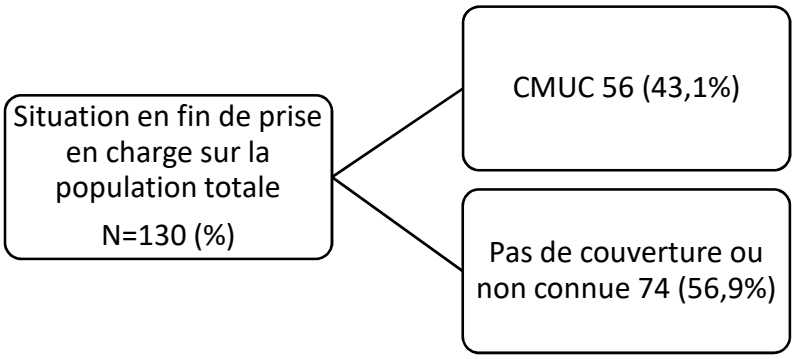


Figure 7 : Couverture sociale des patients en fin de prise en charge



Les 67 patients n'ayant pas eu de couverture sociale pour une partie ou pour la totalité des 6 mois ont pu bénéficier de bordereaux PASS.75 bordereaux PASS de 1 mois et 14 bordereaux PASS valables pour une durée plus courte ont été délivrés au patient.

2.3 Soins de prévention

2.3.1 Consommation de toxiques.

Tableau 4 : Consommation de toxiques dans la population étudiée

Habitus	Nombre de personnes	Pourcentage
Consommation déclarée de toxique	46	35,4
1 substance	*42*	*32,3*
2 substances	*3*	*2,3*
3 substances	*1*	*0,8*
Pas de consommation déclarée	68	52,3
Non renseigné	16	12,3
Total	**130**	**100,0**
Type de consommation		
Tabagisme	41	31,5
Actif fumé	*35*	*26,9*
Tabac chiqué	*4*	*3,1*
Sevré	*2*	*1,5*
Alcool	6	4,6
Occasionnel	*6*	*4,6*
Régulier	*0*	*0,0*
Cannabis	3	2,3
Occasionnel	*1*	*0,8*
Régulier	*2*	*1,5*

2.3.2 Vaccination DTPCa

La vaccination DTP n'était pas à jour pour la grande majorité des patients. Aucun n'avait d'attestation de vaccination ni de souvenir précis des différents vaccins réalisés antérieurement.

Tableau 5 : Statut vaccinal et prise en charge vaccinale par le dTPCa

Statut vaccinal dTPCa	Nombre de personnes	Pourcentage de la population au statut renseigné
A jour	6	4,9
Non à jour	116	95,1
Vaccinés à la PASS	23	18,9
1 dose	*8*	*6,6*
2 doses	*14*	*11,5*
Non vaccinés	93	76,2
Total	**122**	**100**

93,8% des dossiers étaient renseignés sur le statut vaccinal dTPCa. 80% de la population non à jour n'a bénéficié d'aucune dose de vaccination contre le dTPCa.

2.3.3 Vaccination hépatite B

Tableau 6 : Statut sérologique pour l'hépatite B

Résultat de la sérologie	Interprétation	Nombre de personnes	Pourcentage de la population dépistée N=76
Ac antiHbs-/ Ac anti Hbc -/Ag Hbs -	Non malade non immunisé	35	46,1
Ag Hbs +	Hépatite en cours	8	10,5
Total Ac +/Ag Hbs -	Total immunisés	33	43,4
Ac anti Hbs +/Ac anti Hbc +/ Ag Hbs -	*Immunité post infectieuse*	*19*	*25,0*
Ac anti Hbs -/Ac anti Hbc +/Ag Hbs -	*Ac anti Hbc isolés*	*11*	*14,5*
Ac anti Hbs +/Ac anti Hbc -/Ag Hbs -	*Immunité vaccinale*	*3*	*3,9*
Total personnes ayant fait la sérologie		**76**	**100,0**

52 patients n'ont pas réalisé le bilan biologique permettant de déterminer leur statut par rapport au virus de l'hépatite B soit 40% des patients pour lesquels le statut par rapport à l'hépatite B est inconnu.

Les résultats des sérologies de l'hépatite B ont permis de repérer 35 personnes à vacciner, soir près de la moitié de patients testés.

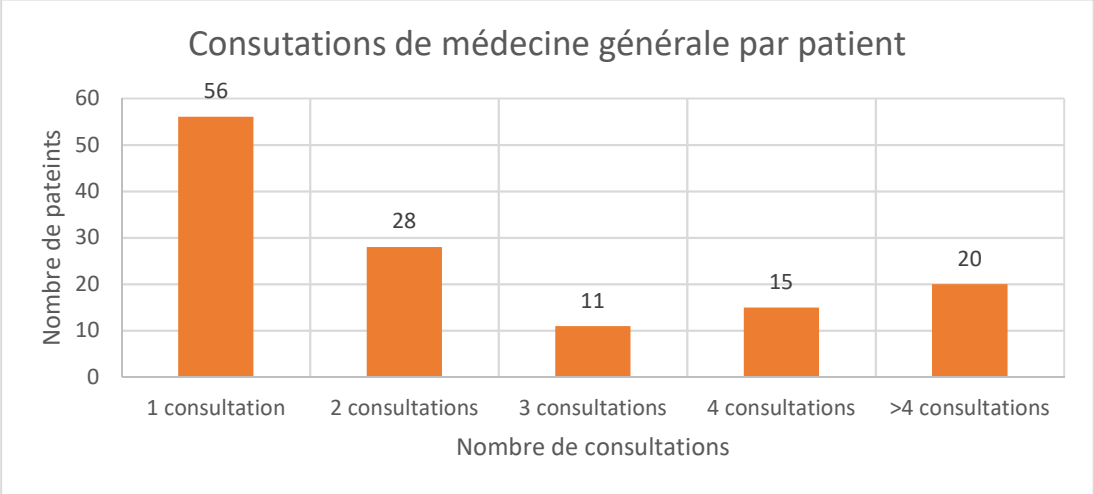
Tableau 7 : Rattrapage vaccinal des patients non immunisés contre l'hépatite B

Rattrapage vaccinal hépatite B	Nombre de personnes	Pourcentage des patients à vacciner	Pourcentage des personnes reçues
Indiqué mais non effectué	21	60	16,2
Rattrapage initié ou complet	14	40	10,8
1 dose	*5*	*14,3*	*3,8*
2 doses	*3*	*8,6*	*2,3*
3 doses	*6*	*17,1*	*4,6*
Total personnes identifiées à vacciner	**35**	**100**	**26,9**

2.4 Moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins de santé

2.4.1 Recours aux consultations de médecine générale130 premières consultations de médecine générale ont été réalisées. 128 ont été conviés à revenir en consultation. 74 patients (57,8%) sont revenus à la deuxième consultation.

Figure 8 : Volume des consultations de médecine générale



Au total, 344 consultations de médecine générale ont été effectuées pour ces 130 patients soit en moyenne 2,6 consultations de médecine générale par patient.

20 patients (15,4%) sont venus plus de 4 fois et représentent à eux seuls 111 consultations soit 32,3% des consultations. Le nombre maximum de consultation par patient a été de 13 consultations pour 1 patient. 43,1 % des patients ne se sont présentés qu'une seule fois. Cela représente 16,3 % du total des consultations.

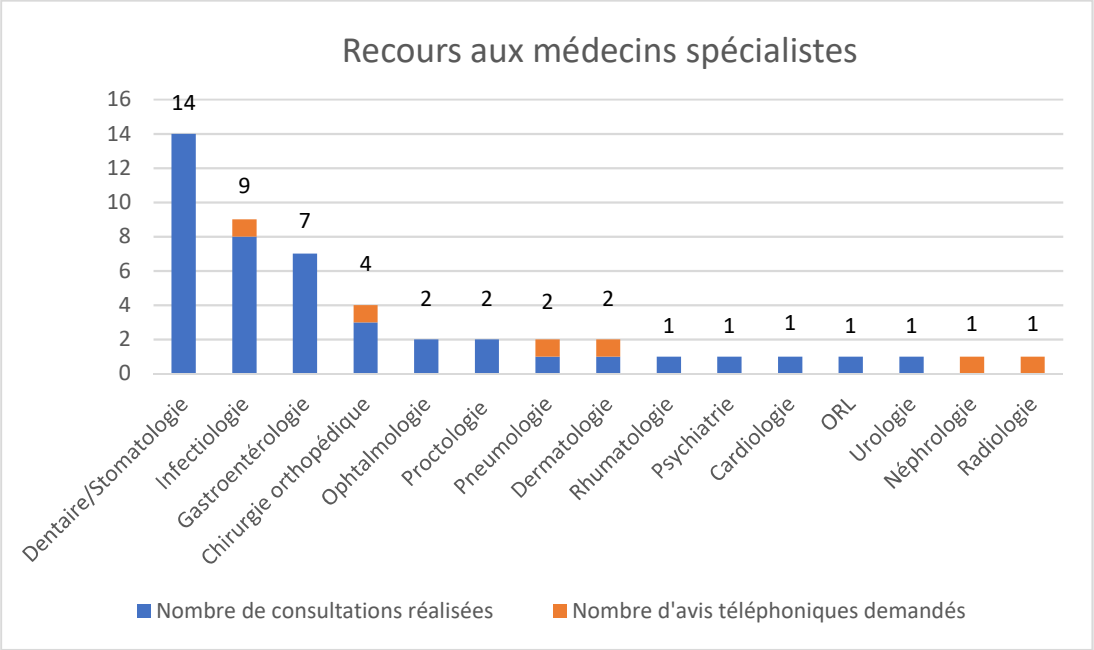
2.4.2 Recours aux médecins spécialistes

Pour 34 patients (26,2% des patients) un avis spécialisé a été demandé : en consultation spécialisée pour 28 patients et par un avis téléphonique pour 6 patients.

43 consultations et 6 avis téléphoniques ont été effectués soit 52 recours au médecin spécialiste réalisés.

3 avis ont été demandés mais n'ont pas été effectués.

Figure 9 : Type et nombre de recours aux médecins spécialistes



1 patient a bénéficié d'une hospitalisation en urgence à la suite de sa consultation de médecine générale pour lombosciatique déficitaire.

1 patient devait bénéficier d'une hospitalisation programmée mais il a été perdu de vue et ne s'est pas présenté au RDV. Il s'agissait du patient présentant une glomérulonéphrite extra-

membraneuse et une hépatite B ; 1 patient a été orienté vers les urgences pour avis chirurgical pour un abcès périanal.

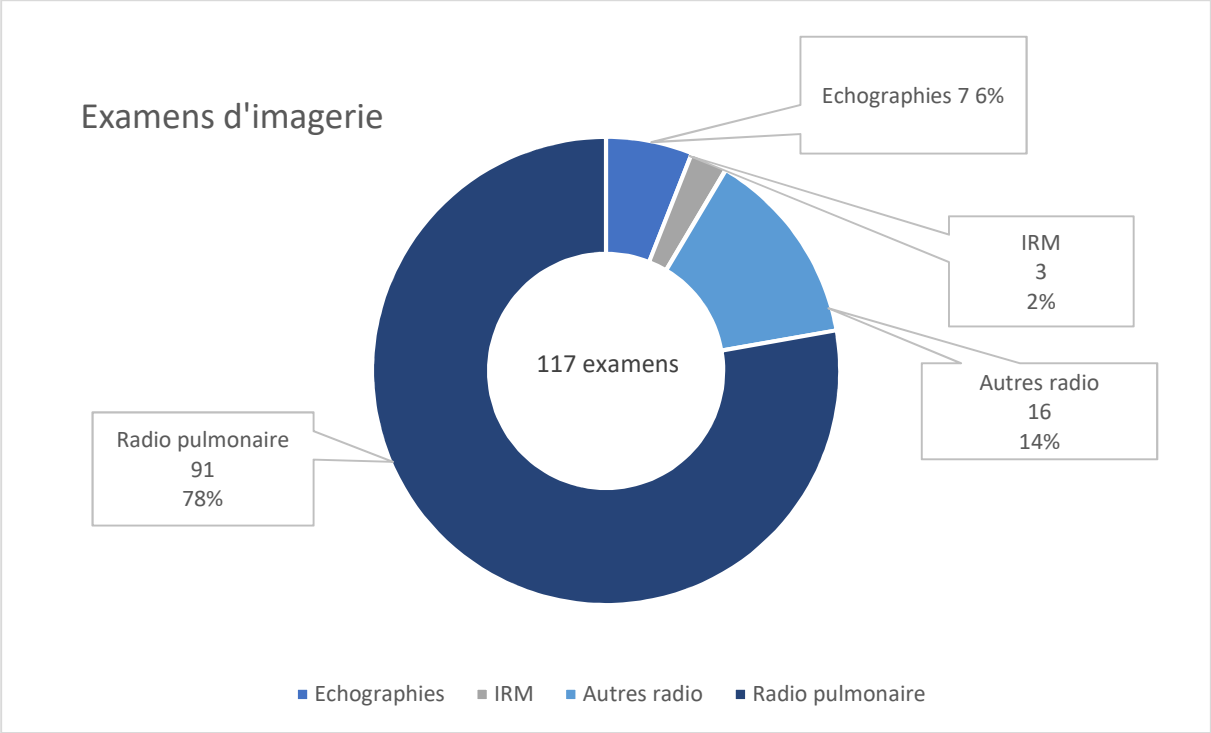
2.4.3 Recours aux examens d'imagerie

Dans le cadre du dépistage systématique, 125 radios thoraciques ont été prescrites, 91 ont été réalisées soit 72,8 % de prescriptions effectuées. 5 patients n'ont pas eu de prescription de radio pulmonaire parmi lesquels 2 patients avaient déjà bénéficié de ce dépistage ailleurs. Pour les 3 autres patients le motif de la non-prescription n'a pas été notifié.

93 patients (71,5% des patients) ont donc bénéficié d'un dépistage radiologique de la tuberculose.

Les autres examens de radiologie réalisés ont été des radiographies, des échographies et des IRM.

Figure 10 : Répartition des examens d'imagerie réalisés



2.4.4 Recours aux examens de biologie.

2 patients n'ont pas eu de prescription :

Un patient avait fait le bilan de dépistage récemment dans un autre pays européen.

Pour l'autre patient, le dossier ne mentionne pas pourquoi le dépistage n'a pas été demandé.

128 bilans biologiques de dépistage ont été prescrits et 76 bilans biologiques ont été réalisés. En ajoutant le patient qui avait déjà été dépisté, 77 patients (58,5% % des patients) ont bénéficié d'un dépistage par examen biologique après leur arrivée en Europe.

Bien que le détail des prescriptions n'ait pas été noté dans le dossier, la grande majorité des patients a bénéficié du bilan de dépistage tel que décrit précédemment.

Des examens complémentaires orientés par la consultation ont été prescrits en plus du bilan de dépistage pour 5 patients.

Tous les bilans biologiques effectués ont pu être retrouvés sur le serveur des résultats, que le patient soit revenu ou non.

2.5 Motifs de consultation

2.5.1 Maladies chroniques déjà prises en charge dans le pays d'origine

20 patients avaient des pathologies chroniques connues et déjà prises en charge antérieurement. Cela représente 15,4 % des patients reçus. Les différentes pathologies chroniques connues étaient :

- Glomérulonéphrite extra-membraneuse (GEM) associée à une hépatite B : 1 patient
- Il n'était pas possible de déterminer si le traitement de la GEM avait réactivé l'hépatite B ou si un traitement d'hépatite B avec provoqué une GEM. Il était en rupture de traitement.
- Maladie épileptique en rupture de traitement : 1 patient.
- Syndrome dépressif sévère en rupture de traitement : 1 patient.
- Ophtalmologie :
    - Baisse d'acuité visuelle unilatérale faisant suite à un traumatisme facial : 1 patient.
    - Baisse d'acuité visuelle d'aggravation progressive associée à une surdité non appareillée : 1 patient.
- Asthme chronique : 1 patient.
- Lésions cutanées récidivantes non précisées : 1 patient.
- Syndromes douloureux chroniques :
    - Lombosciatique intermittente récidivante : 1 patient.
    - Lombalgie commune chronique : 1 patient.
    - Douleurs de chevilles persistantes post-traumatiques et laxité latérale séquellaire : 1 patient.

- Douleurs abdominales chroniques : 2 patients.
- Douleurs post-amputation : 2 patients.
- Douleurs musculaires chroniques : 1 patient.

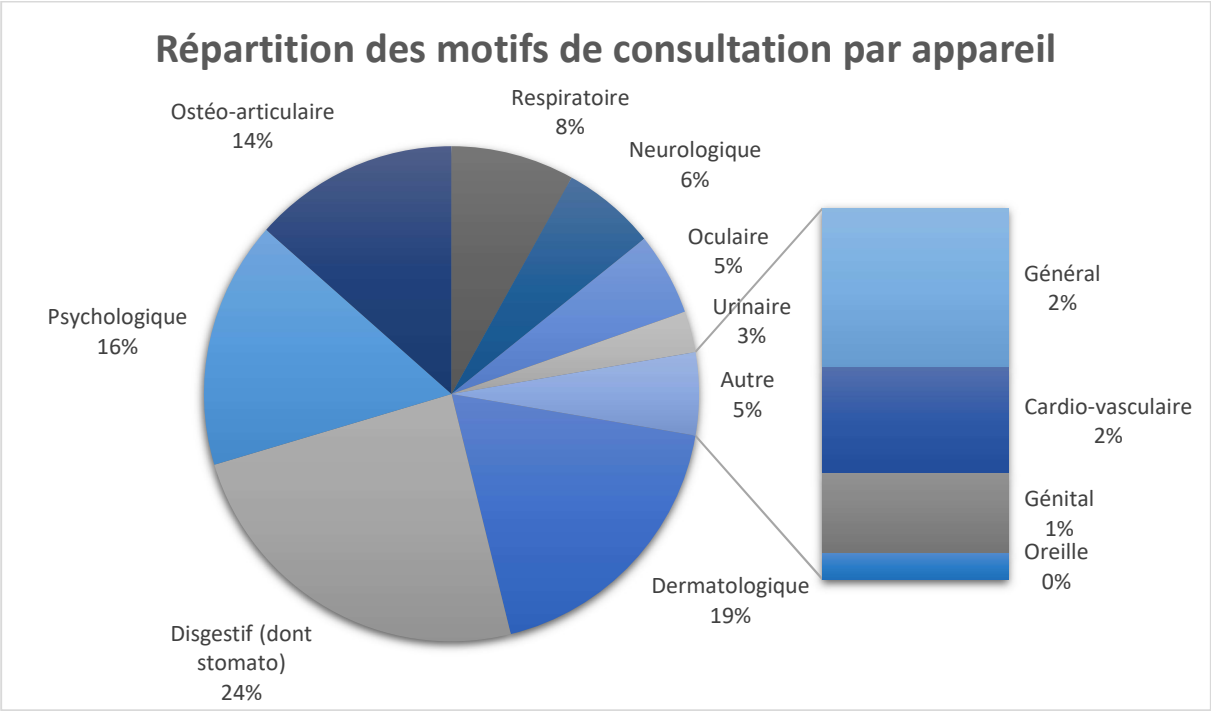
- Hépatite B chroniques en rupture de suivi : 3 patients.
- Infection par le VIH en rupture de traitement et de suivi : 1 patient
- Connu du patient mais non signalé lors de la consultation, constaté au bilan de dépistage.

Pour certaines plaintes répertoriées, la distinction aiguë / chronique n'a pas pu être faite. Ces pathologies ne sont pas répertoriées dans cette partie.

2.5.2 Autres motifs de consultation

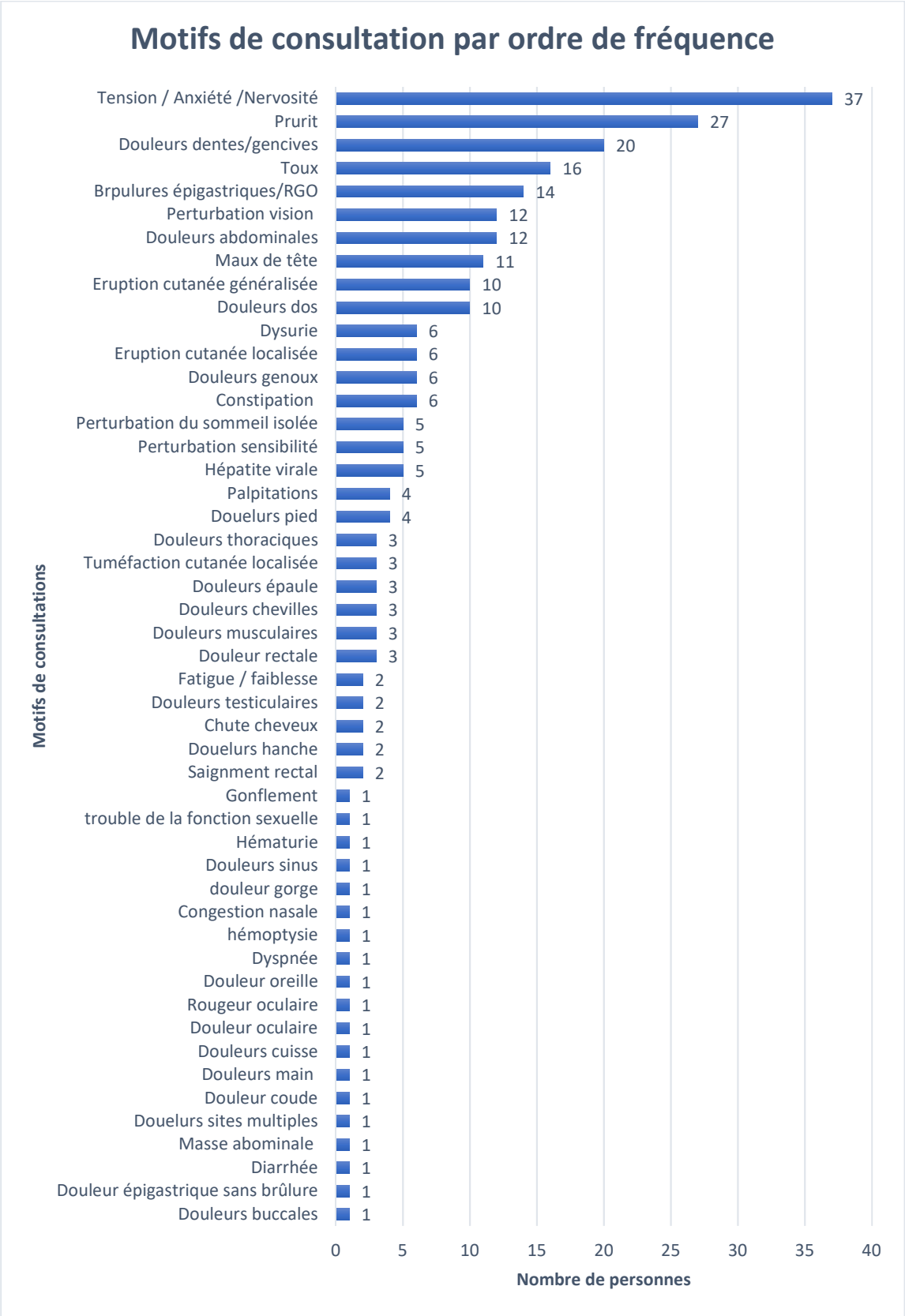
260 plaintes ont été répertoriées soit une moyenne de 2 plaintes par personne. Voici leur répartition par appareil.

Figure 11 : Motifs de consultation par appareil selon la classification CISP-2



La liste des plaintes détaillées a été établie comme suit.

Figure 12 : Motifs de consultation sans RDV de médecine générale



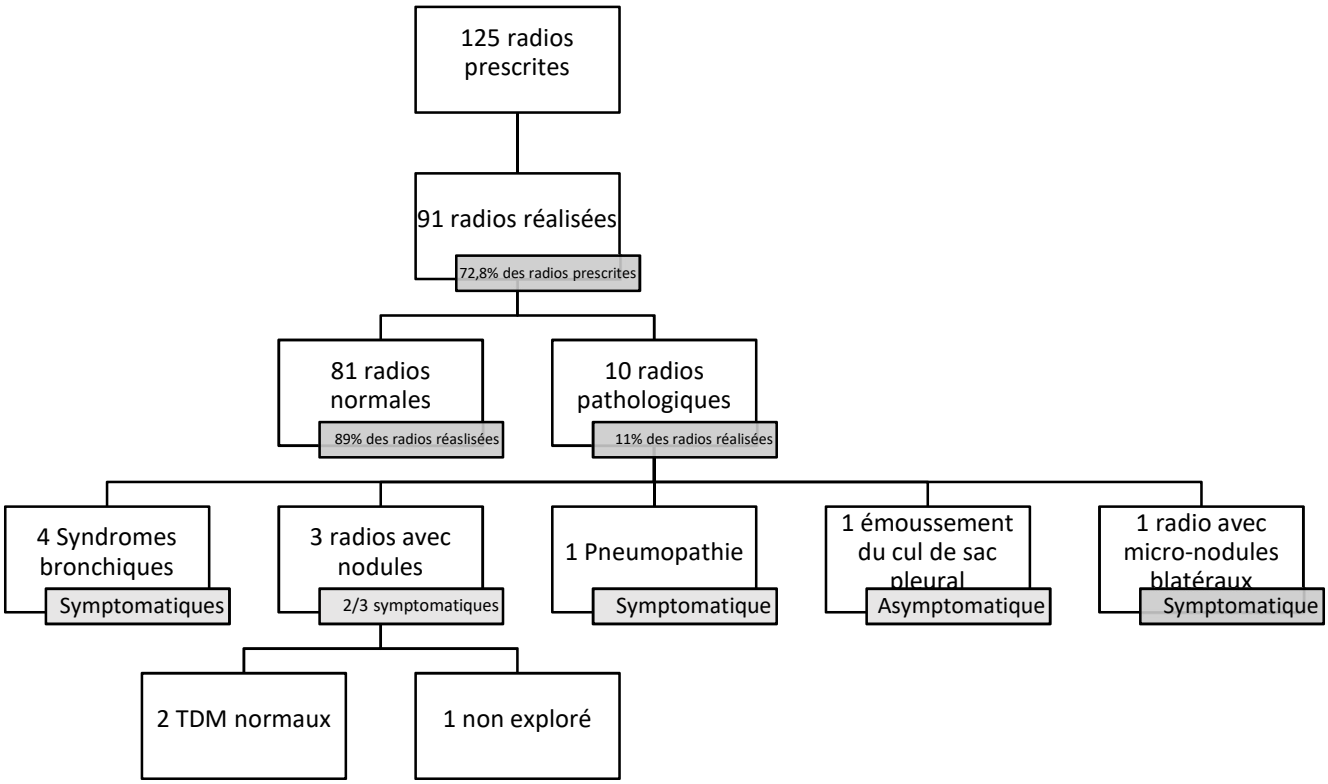
Sur les 260 plaintes enregistrées, 92 étaient des plaintes douloureuses soit 35,4% des plaintes.

2.6 Pathologies diagnostiquées grâce aux examens complémentaires

2.6.1 Diagnostics radiologiques

Diagnostics réalisés par radiographie thoracique :

Figure 13 : Résultats des radiographies pulmonaires



Les autres examens d'imagerie réalisés ont permis de faire 6 autres diagnostics :

- Un pincement discal rachidien.
- Une hydronéphrose.
- Un hémangiome musculaire.
- Arthrose.
- Un remaniement articulaire post traumatique ancien.
- La présence d'un corps étranger musculaire.

2.6.2 Diagnostics par examens biologiques

Sur les 76 bilans biologiques réalisés, 29 bilans ont retrouvé des anomalies soit 38,2% des bilans effectués et 22,3% des bilans prescrits.

Tableau 8 : Diagnostics réalisés par une prise de sang

Résultats biologiques	Nombre de personnes	Découverte	Dont symptomatiques	Déjà connu	% pop.totale N=130	% pop. bilantée N=78
Hépatite B en cours	**8**	3	0	5	**6,2**	**10,3**
Syphilis	**4**	4	1	0	**3,1**	**5,1**
Dont active	***1***	*1*	*1*	*0*	***0,8***	***1,3***
Dont doute syphilis ancienne	***3***	*3*	*0*	*0*	***2,3***	***3,8***
Carence martiale	**4**	4	0	0	**3,1**	**5,1**
Dont anémies légères	***2***	*2*	*0*	*0*	***1,5***	***2,6***
Hyperéosinophilie	**2**	2	0	0	**1,5**	**2,6**
Syndrome inflammatoire et cytolyse	**1**	1	1	0	**0,8**	**1,3**
Dyslipidémie	**2**	2	0	0	**1,5**	**2,6**
Diabète type 2	**1**	1	0	0	**0,8**	**1,3**
Hypothyroïdie	**1**	1	0	0	**0,8**	**1,3**
Hyperthyroïdie	**1**	1	0	0	**0,8**	**1,3**
Infection par le VIH	**1**	0	0	1	**0,8**	**1,3**
Syndrome néphrotique	**1**	0	0	1	**0,8**	**1,3**
Bilharziose	**1**	1	1	0	**0,8**	**1,3**
Chlamydiae urinaire	**1**	1	0	0	**0,8**	**1,3**
Mycoplasme urinaire	**1**	1	0	0	**0,8**	**1,3**
Total diagnostics par prise de sang	**29**	**22**	**3**	**7**		

22 des 29 diagnostics biologiques étaient des découvertes ce qui représente 76% des diagnostics réalisés. Pour 18 d'entre eux, les patients étaient asymptomatiques, 81,8% des diagnostics biologiques sont opportunistes.

Les découvertes d'hépatite B chronique ont concerné 3,9% des personnes ayant bénéficié d'un bilan biologique.

Parmi les 5 hépatites B déjà connues :

- 4 diagnostics réalisés dans le pays d'origine du patient dont 1 correspondait au patient présentant une hépatite B associée à une GEM diagnostiquée initialement dans son pays d'origine avec bilan complémentaire effectué en Suède.
- 1 patient a été diagnostiquée lors d'un bilan en Europe,

2.7 Pathologies diagnostiquées à l'issue de la prise en charge

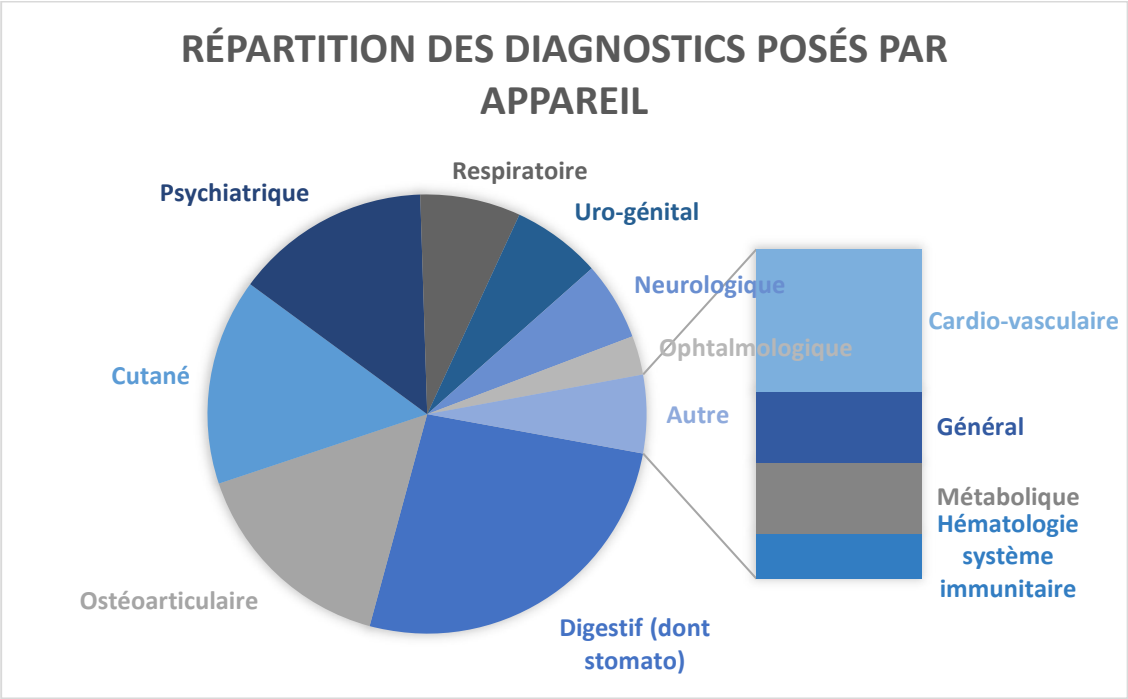
2.7.1 Pathologies par appareil selon la classification CISP-2 de la WONCA

Nous avons classé les différents diagnostics par appareil. Plusieurs diagnostics ont pu être posés pour un seul patient.

Tableau 9 : Répartition des diagnostics réalisés par appareil selon la classification CISP-2

Appareil	Nombre de diagnostics	Pourcentage des diagnostics établis
Digestif (dont stomato)	64 (20)	26,3 (8,6)
Ostéoarticulaire	38	15,6
Cutané	37	15,2
Psychiatrique	35	14,4
Respiratoire	18	7,4
Uro-génital	16	6,6
Neurologique	14	5,8
Ophtalmologique	7	2,9
Cardio-vasculaire	6	2,5
Général	3	1,2
Métabolique	3	1,2
Hématologie système immunitaire	2	0,8
Nombre total de diagnostics	**243**	
Nombre de diagnostics par patients	**1,9**	

Figure 14 : Répartitions des diagnostics posés par appareils



Les pathologies diagnostiquées à l'issue des consultations, des bilans biologiques et des bilans radiologiques ont ensuite été détaillées.

Pour les différents tableaux qui vont suivre, les pathologies infectieuses sont surlignées en jaune et les pathologies d'origine traumatique sont surlignées en rouge.

Nous avons également rappelé le détail des plaintes par appareil afin de faciliter la comparaison.

2.7.2 Pathologies digestives

Tableau 10 : Pathologies digestives diagnostiquées

Pathologies	Nombre de patients concernés	Pourcentage de la population étudiée
Douleurs abdominales indéterminées	8	6,2
Trouble de la fonction gastrique	12	9,2
RGO	*3*	*2,3*
Gastrite	*9*	*6,9*
Ulcère peptique	1	0,8
Constipation	7	5,4
Gastro-entérite infectieuse	1	0,8
Parasitose	1	0,8
Hépatite B chronique	8	6,2
Pathologie anale	5	3,8
Hernie inguinale	1	0,8
Maladie des dents et gencives	19	14,6
Mauvais état bucco-dentaire global	*2*	*1,5*
Gingivorragies	*2*	*1,5*
Caries	*9*	*6,9*
Douleurs post-traumatiques	*1*	*0,8*
Douleurs d'étiologie indéterminée	*5*	*3,8*
Aphtose buccale	1	0,8
Total	**64**	
Maladies infectieuses	***10 (15,6%)***	
Maladies non infectieuses	***54 (83,4%)***	

INFECTIEUX

15,6% des diagnostics digestifs étaient des pathologies infectieuses. 29,7% des diagnostics de pathologies digestives concernaient des maladies des dents et des gencives.

Un seul patient a bénéficié d'une FOGD, posant le diagnostic d'ulcère peptique.

En ce qui concernent les pathologies anales :

3 patients présentaient des hémorroïdes et 1 une fissure anale dans un contexte de constipation.

1 patient présentait un abcès périanal, et après avis du chirurgien digestif il a été adressé aux urgences pour prise en charge.

2.7.3 Pathologies ostéoarticulaires

Tableau 11 : Pathologies ostéoarticulaires diagnostiquées

Pathologies	Nombre de patients	Pourcentage de la population étudiée
Tendinites	7	5,4
Syndrome cervical	1	0,8
Syndrome dorso-lombaire sans irradiation	6	4,6
Syndrome dorso-lombaire avec irradiation	5	3,8
Entorse	1	0,8
Omarthrose	1	0,8
Douleur d'une articulation	8	6,2
Symptôme articulaire non classé par ailleurs	2	1,5
Autres	3	2,3
Hémangiome musculaire	*1*	*0,8*
Douleurs sur corps étrangers membres	*2*	*1,5*
Fracture pied	3	2,3
Nombre total de diagnostics	**37**	

POST-TRAUMATIQUE

Un patient présentait une lombosciatique avec hémiparésie ayant motivé une hospitalisation en urgence en chirurgie orthopédique. L'indication chirurgicale n'a finalement pas été retenue.

5 patients présentaient des troubles ostéo-articulaires à la suite de violences physiques :

- Pour 3, il s'agissait des douleurs musculaires sur des corps étrangers persistants. Les corps étrangers correspondaient à un bout de bois dans la main à la suite d'un traumatisme accidentel, l'autre est un corps étranger dans la cuisse à la suite de violences de nature indéterminée.
- 3 patients avaient des fractures du pied : 1 avait une fracture ancienne depuis le pays d'origine avec pseudarthrose, 2 avaient des fractures plus récentes à la suite de violences en France.

2.7.4 Pathologies cutanées

Tableau 12 : Pathologies cutanées diagnostiquées

Pathologies	Nombre de patients	Pourcentage de la population reçue
Pelade	1	0,8
Alopécie indéterminée	1	0,8
Dermatite séborrhéique	1	0,8
Prurit d'étiologie indéterminée	2	1,5
Eczéma	1	0,8
Furoncle	1	0,8
Pytiriasis versicolor	1	0,8
Dermatophyte	2	1,5
Gale	18	13,8
Varicelle	5	3,8
Verrue	1	0,8
Autre maladie infectieuse de la peau	3	2,3
Erésipèle	*1*	*0,8*
Folliculite	*2*	*1,5*
Total	**37**	
Maladies infectieuses	***31 (83,8%)***	
Maladies non infectieuses	***6 (16,2%)***	

INFECTIEUX

Les pathologies cutanées ont été très majoritairement infectieuses. Elles concernent 31 patients soit 23,8 % des patients reçus en consultation et 83,8 % des pathologies cutanées. Les gales ont été retrouvées chez des patients venant de 9 centres différents.

Quant à la varicelle, elle a concerné 5 patients dont 4 patients venaient du même centre.

2.7.5 Pathologies psychiatriques

Tableau 13 : Pathologies psychiatriques diagnostiquées

Pathologies	Nombre de patients concernés	Pourcentage de la population reçue
Syndrome dépressif	13	10,0
Trouble anxieux	18	13,8
Dont palpitations anxieuses	*1*	*0,8*
Dont douleurs thoraciques anxieuses	*1*	*0,8*
Troubles du sommeil au premier plan	*8*	*6,2*
Psycho-traumatisme sans critère de SSPT	*8*	*6,2*
SSPT	4	3,1
Total	**35**	**26,9**
Témoin / victime violences majeures sans mention de trouble psychologique dans le dossier	**10**	7,7

POST-VIOLENCES volontaires

48 dossiers soit 36,9% des dossiers étaient renseignés sur l'état psychologiques. Si nous rapportons à la population dont l'état psychologique était mentionné dans le dossier, nous retrouvons 73% de la population dont l'état psychologique était renseigné qui présentait un trouble psychologique : pour 37,5% des troubles anxieux et pour 27% de syndromes dépressifs.

Un des patients souffrant d'un syndrome dépressif présentait des signes de gravité avec idées suicidaires.

Pour 9,3% des patients les troubles ont été identifiés comme secondaires à un traumatisme physique ou psychologique. Cela représente 37,2% des troubles psychiatriques diagnostiqués. De plus, 22 patients (16,9%), ont été victimes de violences avec ou sans retentissement psychologique notifié dans le dossier.

2.7.7 Pathologies respiratoires et auriculaires

Tableau 14 : Pathologies respiratoires-auriculaires diagnostiquées

	Pathologie	Nombre de patients	Pourcentage de la population reçue
INFECTIEUX	Pneumonie	1	0,8
	Infection VAS	6	4,6
	Syndrome viral respiratoire sans précision	3	2,3
	Sinusite aiguë	1	0,8
	Bronchite aiguë	4	3,1
	Otite moyenne aiguë	1	0,8
	Asthme	1	0,8
	Autre	1	0,8
	Nodule pulmonaire à explorer	*1*	*0,8*
	Total	**18**	**13,8**
	Maladies infectieuses	***16 (88,9%)***	
	Maladies non infectieuses	***2 (11,1%)***	

Pour 16 patients sur 18, les pathologies étaient infectieuses soit 12,3 % des patients reçus et 88,9 % des pathologies respiratoires.

2.7.8 Pathologies urogénitales

Tableau 15 : Pathologies uro-génitales diagnostiquées

Pathologie	Nombre de patients	Pourcentage de la population reçue
Dysurie	3	2,3
Lithiase urinaire	1	0,8
Glomérulo-néphrite extramembraneuse	1	0,8
Urétrite	1	0,8
Bilharziose urinaire	1	0,8
Infection urinaire masculine	2	1,5
Syphilis masculine	2	1,5
Infection autre asymptomatique	2	1,5
Chlamydiae	*1,0*	*0,8*
Mycoplasme	*1,0*	*0,8*
Impuissance sexuelle	1	0,8
Autre pathologie génitale	1	0,8
Douleurs testiculaires	*1*	*0,8*
Total	**15**	
Maladies infectieuses	***7 (46,7%)***	
Maladies non infectieuses	***8 (53,3%)***	

INFECTIEUX

8 patients présentaient une pathologie urogénitale infectieuse, soit 50 % des pathologies uro-génitales. Pour l'un d'entre eux, le germe n'est pas connu car le prélèvement a été prescrit mais n'a pas été réalisé.

Le patient présentant une bilharziose urinaire était d'origine soudanaise.

2.7.9 Pathologies neurologiques

Tableau 16 : Pathologies neurologiques diagnostiquées

Pathologie	Nombre de patients	Pourcentage de la population reçue
Céphalées de tension	7	5,4
Neuropathie périphérique	1	0,8
Névralgie	2	1,5
Epilepsie	1	0,8
Autre maladie neurologique	3	2,3
Céphalée d'origine indéterminée	*1*	*0,8*
Douleur neuropathique post amputation	*2*	*1,5*
Total	**14**	

POST-TRAUMATIQUE

2 patients présentaient des douleurs fantômes à la suite d'amputations (2 doigts pour l'un, trans tibiale pour l'autre) qui avaient eu lieu dans un contexte de violences dans leur pays d'origine. Ces amputations sont post-traumatiques mais le contexte n'est pas précisé dans les dossiers.

2.7.10 Pathologies oculaires

Tableau 17 : Pathologies ophtalmologiques diagnostiquées

Pathologie	Nombre de patients	Pourcentage de la population reçue
Conjonctivite infectieuse	1	0,8
Conjonctivite allergique	1	0,8
Cataracte	1	0,8
Perturbation de la vision	5	3,8
Dont BAV binoculaire sévère indéterminée	*1*	*0,8*
Dont BAV monoculaire post-traumatique	*1*	*0,8*
Total	**8**	

INFECTIEUX

POST-TRAUMATIQUE

2 consultations d'ophtalmologie ont pu être organisées. Pour les autres patients présentant une baisse d'acuité visuelle (BAV), le diagnostic n'a pas pu être précisé. Le patient avec une

cataracte était pris en charge par la PASS d'ophtalmologie. La baisse d'acuité visuelle binoculaire connue indéterminée était associée à une surdité chronique non appareillée.

2.7.11 Pathologies cardio-vasculaires

Tableau 18 : Pathologies cardio-vasculaires diagnostiquées

Pathologie	Nombre de patients	Pourcentage de la population reçue
Hypotension orthostatique	1	0,8
Varice	1	0,8
Bradycardie	1	0,8
Pathologie cardiaque autre	2	1,5
Palpitations	*2*	*1,5*
Total	**5**	

2 patients présentaient des palpitations avec ECG standard normal. La suite de la prise en charge à l'Hôtel-Dieu n'a pas permis de poser un diagnostic plus précis.

2.7.12 Autres appareils

Tableau 19 : Pathologies hématologiques, du système immunitaire, métabolique et générales diagnostiquées

Pathologie	Nombre de patients	Pourcentage de la population reçue
Général	3	2,3
Envie de faire un bilan	1	0,8
Allergie alimentaire	1	0,8
Allergie cutanée	1	0,8
Hématologie, système immunitaire	2	1,5
Infection par le VIH	1	0,8
Carence martiale	1	0,8
Métabolique	3	2,3
Diabète de type 2	1	0,8
Hypothyroïdie	1	0,8
Hyperthyroïdie	1	0,8
Total	**8**	

INFECTIEUX

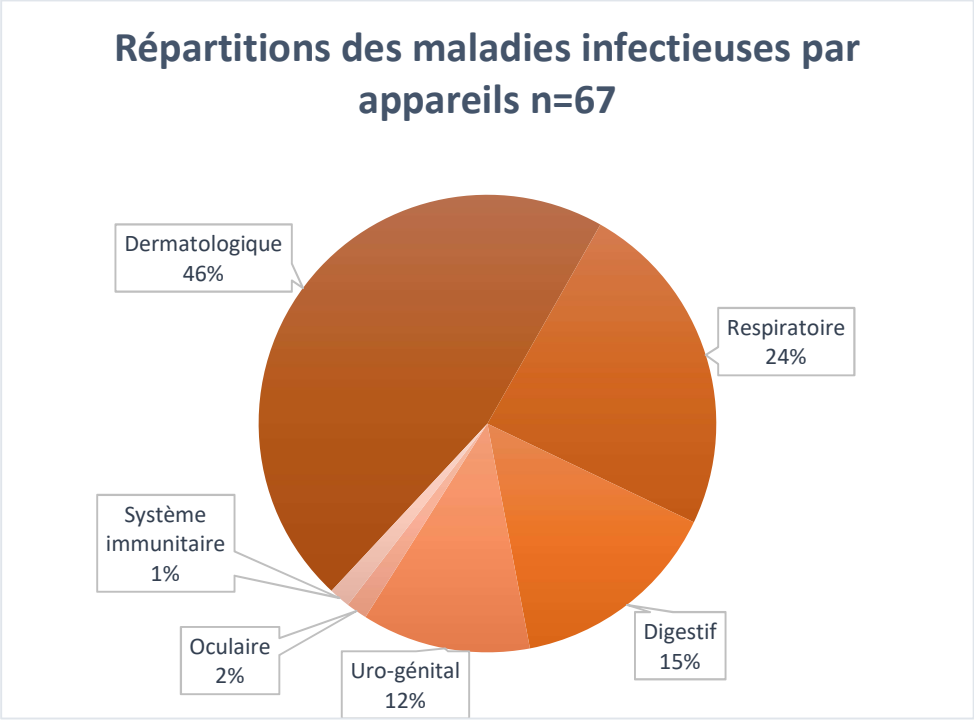
Le patient présentant un VIH avait une immunosuppression sévère avec rupture thérapeutique.

2.7.13 Diagnostics fréquemment établis.

Les dix pathologies les plus fréquemment retrouvées sont les maladies des dents et gencives (19 personnes), la gale, (18 personnes), les syndromes dépressifs (13 personnes), les troubles de la fonction gastrique (12 personnes), les troubles anxieux (10 personnes), l'hépatite B chronique (8 personnes), les céphalées de tension (7 personnes), des tendinites (7 personnes), lombalgies communes (6 personnes) et infection des voies aériennes supérieures (6 patients).

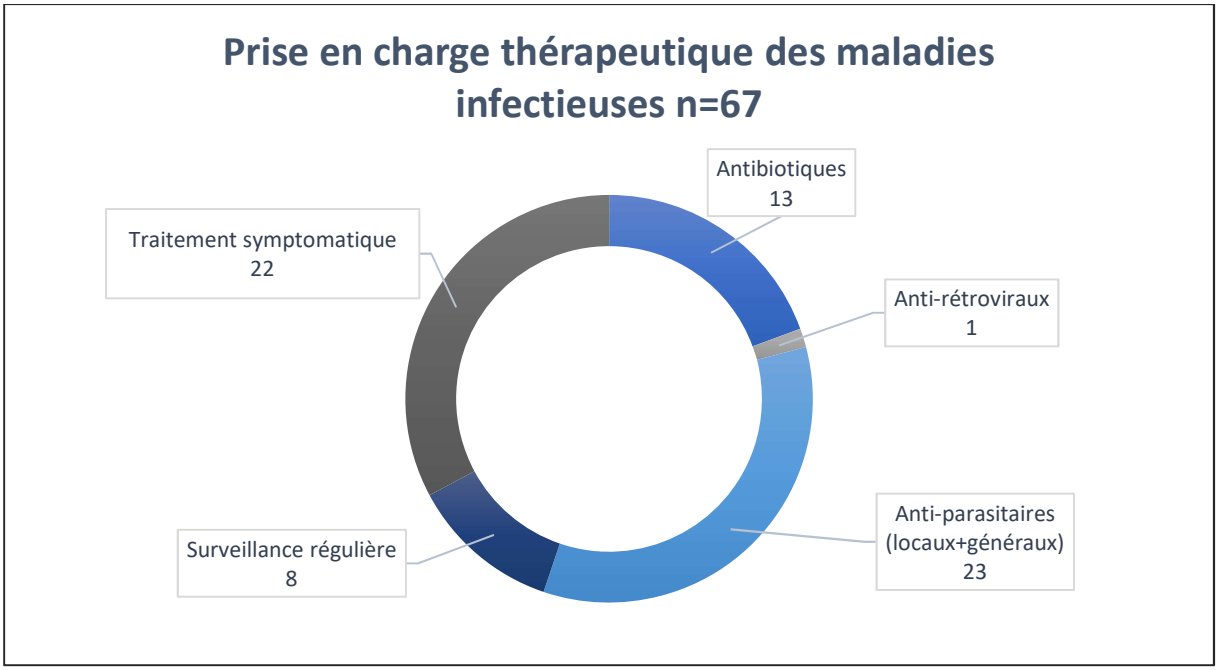
2.8 Les pathologies infectieuses

Figure 15 : Répartition des maladies infectieuses par appareil



27,6% des diagnostics établis étaient infectieux. La maladie infectieuse la plus fréquente était la gale. La deuxième maladie infectieuse la plus fréquente était l'hépatite B.

Figure 16 : Traitements mis en place pour les pathologies infectieuses diagnostiquées



Sur 67 pathologies infectieuses diagnostiquées, 37 (soit 55,2% des pathologies infectieuses) ont nécessité un traitement médicamenteux curatif dont l'absence aurait pu mener à des complications potentiellement sévères.

2.9 Les pathologies chroniques

Tableau 20 : Pathologies chroniques prises en charge

	Pathologies chroniques prises en charge	Nombre de personnes	Connue déjà diagnostiquée	*En rupture de suivi / traitement*	Nouveau diagnostic
INFECTIEUX	Hépatite B en cours	8	5	*5*	3
	Infection par le VIH	1	1	*1*	0
POST-TRAUMATIQUE	Fracture avec douleurs chroniques	2	2	*2*	0
	Douleurs chroniques post amputation	2	2	*2*	0
	Baisse d'acuité visuelle post traumatique	1		*0*	1
	Perturbation de l'acuité visuelle bilatérale + surdité	1	1	*1*	0
	Épilepsie	1	1	*1*	0
	Dermatite séborrhéique	1			1
	Glomérulonéphrite extra-membraneuse	1	1	*1*	0
	Syndrome dépressif	1	1	*1*	0
	Lombosciatique	1	1	*1*	0
	Lombalgies chroniques	1	1	*1*	0
	Asthme	1	1	*1*	0
	Hémangiome musculaire	1	0	*0*	1
	Diabète de type 2	1	0	*0*	1
	Hypothyroïdie	1	0	*0*	1
	Hyperthyroïdie	1	0	*0*	1
	Bradycardie	1	0	*0*	1
	Neuropathie périphérique	1	0	*0*	1
	Cataracte	1	0	*0*	1
	Total	29	17	*17*	12
	Pourcentage diagnostics effectués	12,4			

2 patients cumulaient 2 pathologies chroniques. 27 patients différents présentaient donc au moins une pathologie chronique soit 20,8% de la population. 41,4% de ces pathologies chroniques étaient nouvellement diagnostiquées.

L'âge moyen des patients porteurs de pathologie chronique était de 27 ans. Pour ce patients, la moyenne du nombre de consultations de médecine générale et de spécialité respectivement de 3,4 et 1 consultations par personnes. Ces patients ont donc plus consulté que ceux sans pathologie chroniques.

Les pathologies psychiatriques autres que la dépression n'ont pas été recensées dans « maladies chroniques » dans la mesure où les dossier n'ont pas toujours renseigné la durée des symptômes. Cependant, il est fort probable que nombres d'entre eux auraient pu y être inclus.

Partie 6 : Discussion

Chapitre 1 : Les limites de l'étude

1.1 La population étudiée

Les patients étaient adressés sur proposition de l'infirmière du Samu Social de Paris si un problème de santé était identifié ou sur demande de bilan de santé. La population étudiée n'est donc pas représentative de la population globale de migrants hébergés. Les résultats sont représentatifs d'une population de migrants primo-arrivants adressés après repérage par une infirmière. Ce mode de recrutement a pour but de repérer des personnes migrantes les plus malades.

Sur les 306 patients adressés, 130 sont venus en consultation à la PASS de l'Hôtel-Dieu et ont donc pu être été inclus. L'échantillon des patients est de taille modeste, ce qui limite l'exhaustivité des résultats et la détection de certaines maladies à prévalence basse. La comparaison de l'état de santé des patients en fonction du pays d'origine n'était pas l'objectif de ce travail, cependant la question s'est posée en tant qu'objectif secondaire : la faible puissance de l'étude n'a pas permis d'obtenir des résultats exploitables.

Sur les 130 patients reçus, 51,5% n'avaient pas déclaré la même identité au SSP et à l'arrivée à l'Hôtel-Dieu. Les patients n'avaient pas toujours de papiers d'identité.

Lorsque le dossier d'un patient de la liste n'était pas retrouvé, deux possibilités étaient à envisager :

- Le patient ne s'est pas présenté en consultation,
- Le dossier n'a pas été retrouvé car les identités déclarées au SSP et à l'HD étaient trop différentes. Ce problème de récupération des dossiers a pu entrainer une perte de personnes à inclure dans cette étude, même si cela représente probablement un très petit nombre de personnes.

1.2 Etude rétrospective

L'analyse a posteriori est source de perte d'information. Malgré un dossier assez directif, de nombreuses données étaient manquantes. Cette méthodologie ne permet pas de déterminer si les données manquantes n'ont pas été renseignées ou n'ont pas été recherchées. Ici, elles concernent notamment le statut vaccinal pour le DTPCa, les consommations de toxiques, la langue maternelle, le détail des prescriptions réalisées. Pa exemple, en ce qui concerne les consommations de toxiques et notamment du tabac, une quantification précise n'a pas pu être établie. Les personnes renseignées comme consommatrices actives de tabac pouvaient avoir une consommation allant de quelques cigarettes à 1 paquet de cigarettes par jour.

Une première consultation avec un patient migrant primo-arrivant est longue, notamment quand la communication n'est pas aisée. Nous pouvons supposer que les médecins ont pris en charge en priorité les plaintes du patient et les problèmes médicaux repérés, au détriment des questions de prévention. Pour les patients ayant consulté plusieurs fois, le dossier a pu être complété au fur et à mesure des consultations, pas pour les patients n'ayant consulté qu'une seule fois.

Pour avoir toutes ces informations, toutes les consultations auraient pu être faites par la même personne, formée préalablement pour l'étude et chargée du recueil des données. Ce mode de recueil n'a pas été possible du fait du planning des internes qui ne nous permettait pas d'être présents à chaque consultation. Par ailleurs, ces consultations étaient longues et quand les patients étaient nombreux sur une même demi-journée, un même médecin aurait difficilement pu assurer toutes les consultations. L'importance de ces données était régulièrement rappelée aux médecins mais aucune formation dédiée n'a été effectuée.

À la lecture des dossiers, il n'a pas été possible de dégager le motif principal de consultation et les motifs secondaires. Cela reflète d'ailleurs la réalité de ces consultations ou l'une des difficultés est de dégager les priorités de prise en charge. C'est pourquoi nous avons choisi de recenser tous les motifs déclarés par le patient. Les signes fonctionnels retrouvés par l'interrogatoire ne peuvent pas être différenciés des plaintes spontanées ayant motivé la consultation. Cette méthode ne permet pas d'identifier la concordance entre les préoccupations de santé des patients et les besoins de soins identifiés par les soignants. Cela aurait permis de mettre en évidence les priorités médicales de ces patients, aurait pu montrer le nombre de pathologies repérées grâce à un interrogatoire assez rigoureux et orienté.

1.3 La méthode de codage

Les diagnostics ont été déterminés à la lecture des dossiers. Ils n'étaient pas toujours clairement formulés sur les observations. Parfois un diagnostic était noté sans précision sur les symptômes, parfois seuls les symptômes étaient notés sans les diagnostics retenus. Le thésard était le seul à ouvrir les dossiers, la subjectivité a pu entraîner un biais de classification. Ce biais a pu être limité en déterminant avant ouverture des dossiers les données à recueillir, en se basant au maximum sur des informations objectives (résultats de prise de sang ou d'imagerie) et en utilisant une classification diagnostique validée pour la médecine générale, la classification CISP-2.

Cette classification a cependant elle aussi ses limites. Elle a été réalisée en l'an 2 000 et certaines classifications diagnostiques ont évolué depuis, notamment en psychiatrie. Pour certains diagnostics, des sous catégories ont été créées ne modifiant pas le total des plaintes et diagnostics mais permettant de mieux rendre compte des problématiques de santé des patients. C'est le cas par exemple pour les troubles anxieux, quand il s'agissait de somatisations ou quand il été clairement établi qu'elles faisaient suite à un traumatisme subi.

Cette méthode a pu être source de surestimation ou de sous-estimation de certains diagnostics. Quand les observations n'étaient pas assez précises certains diagnostics ont pu ne pas être retenus, notamment en ce qui concerne les troubles douloureux et les troubles psychiques. Certaines plaintes sont restées sans diagnostic établi et sont restées classées en troubles fonctionnels.

Le recours à plusieurs personnes pour le recueil des données a amené une hétérogénéité des classifications. L'idéal aurait été une relecture de chaque dossier par plusieurs enquêteurs. Cette méthode n'a pas pu être mise en place au vu des ressources à mobiliser : temps et personnel disponible. Une autre solution aurait été la mise en place d'une classification diagnostique avec critères précis à utiliser par tous les médecins avant le début des consultations mais aurait nécessité une formation préalable, ce qui n'était pas réalisable du fait de la charge de travail majorée par l'afflux récent de migrants.

Chapitre 2 : Force de l'étude

Peu d'études ont permis d'analyser spécifiquement la santé des patients migrants primo-arrivants après repérage des besoins médicaux par une IDE, sur les lieux de vie des patients. Quelques études ont été réalisées dans d'autres pays et à Calais. Les associations ou ONG

comme le COMEDE ou Médecin du Monde font régulièrement des enquêtes sur les consultations faites pour les migrants dans leurs centres. Le SSP a publié des études sur la santé des patients à partir de bilans infirmiers d'orientation sanitaire réalisés mais les données de l'état de santé de cette population après bilan médical n'avaient pas été recueillies : les patients sont orientés vers d'autres dispositifs, sans regard du SSP sur les conclusions médicales. Notre travail se focalise sur la santé des patients primo-arrivants vus au sein d'un dispositif d'accueil sanitaire récemment mis en place par les autorités sanitaires, après bilan médical et accès à des examens complémentaires et consultations spécialisées.

Chapitre 3 : Analyse des principaux résultats

3.1 La population de l'étude

> *La population de cette étude est quasi exclusivement masculine. Elle est jeune. Les patients étaient majoritairement originaires du Soudan puis d'Afghanistan. Aucun patient originaire de Syrie ne s'est présenté.*

Ces résultats sont contradictoires avec l'augmentation de la proportion de femmes et des syriens dans la population des migrants arrivés en France en 2015 et 2016. La prise en charge spécifique des Syriens demandeurs d'asile peut expliquer ces résultats. Ils ont bénéficié de plan de relocalisation et d'accueil spécifique directement en province, ils n'ont donc pas été hébergés dans les centres parisiens et n'ont donc pas été inclus dans cette étude. Une explication similaire peut être faite pour les femmes migrantes. Celles-ci sont considérées comme une population plus vulnérable. Des centres d'hébergement leur sont spécifiquement dédiés. Beaucoup sont reçues à la PASS, elles arrivent cependant par un autre circuit que celui décrit dans cette enquête.

> *La proportion de consultations en langue française était très faible (5,4%).*

Elle est en accord avec une population de primo-arrivants arrivés récemment sur le territoire et originaire du Soudan et de l'Afghanistan. Ces données ne sont en revanche pas comparables à la population globale reçue à la PASS. Usuellement, 50% des patients environ parlent français.

> *Une langue commune a pu être retrouvée dans 73% des situations. L'anglais a été utilisé pour 50,8% des consultations. Un outil de traduction en ligne a été utilisé pour 5,4% des patients. L'interprétariat professionnel téléphonique a été sollicité pour seulement 7,7% des patients.*

Le manque de précision des observations n'a pas permis de préciser les niveaux de maîtrise de la langue utilisée qui étaient très hétérogènes d'après l'expérience des médecins.

Le faible recours à l'interprétariat ne doit pas sous-estimer les difficultés de communication rencontrées. Pour les professionnels de santé travaillant à la PASS de l'Hôtel-Dieu, la barrière de communication est tellement fréquente qu'elle devient une norme, ce qui peut les amener à sous-estimer son impact et la nécessité d'un interprétariat. Quand il a pu être utilisé il a été très performant, il reste cependant une solution onéreuse et les professionnels s'auto censurent sur son utilisation. Ce faible recours a aussi une autre explication : durant la période de ce travail, deux médecins arabophones étaient sur place et ont aidé à la traduction des entretiens médicaux. Ils sont intervenus pour 22,3% des consultations qu'ils ont menées totalement ou en partie. L'arabe étant la langue officielle parlée par les Soudanais, nationalité majoritaire dans notre étude, la présence de ces deux médecins a fortement aidé au déroulement des consultations. Ce recours a été très facilitant du fait de leur présence sur place et leur qualité de médecin avec des interrogatoires plus précis et un recueil plus fidèle des propos des patients.

Le recours à un tiers présente plusieurs limites :

- ce tiers n'est pas formé à la traduction et peut ne pas faire un rendu fidèle des propos du patient,
- le niveau de maîtrise de la langue de ce tiers est très variable et source d'incompréhensions,
- la présence d'un tiers peut également entraver la relation médecin-patient, plus qu'avec le recours à un interprétariat téléphonique, d'après notre expérience

Ces barrières de communication expliquent en partie la perte d'information sur les données vaccinales et le manque de précision dans le recueil des symptômes notamment pour préciser les syndromes douloureux et les souffrances psychologiques.

> *Les résultats de ce travail ont montré une discordance d'identité pour 51,5% des patients.*

L'identitovigilance est capitale tant en termes de prise en charge et de sécurité du soin qu'en termes administratif et de confidentialité. Nombre de ces patients n'ont pas de papier

administratif officiel authentifiant leur identité. Certains ont un récépissé de demande d'asile qui facilite les démarches. Pour les autres, l'identité est déclarative.

Les différences majeures étaient peu fréquentes mais certains patients n'ont pu être retrouvés que grâce à la recherche phonétique de ORBIS®. La difficulté à déterminer l'identité exacte d'un patient peut entrainer des doublons avec la création de plusieurs dossiers pour une même personne, et par là, entrainer des difficultés à assurer la continuité des soins. C'est le cas pour quelques patients de cette étude pour lesquels il a parfois été difficile de retrouver le dossier et donc d'établir le parcours de soins.

3.2 Caractéristiques sociales

> *91,5% des patients reçus disaient ne pas avoir de couverture sociale lors de leur première consultation. 34,6% des patients ont pu obtenir une CMUc après entretien avec l'ASE. Aucun patient n'a bénéficié d'AME. 56,9 % des patients n'avaient aucune couverture sociale en fin de prise en charge.*

Ces données sont en adéquation avec une population de migrants récemment arrivée, pour lesquels les démarches administratives n'ont pas été menées ou incomplètement, ou n'ont pas été comprises. Beaucoup de primo-arrivants font une demande d'asile, ce qui leur ouvre droit à une CMUc sous condition de ressources. Ceci explique qu'une grande partie de la population reçue par l'ASE en bénéficie.

L'absence d'AME est cohérente avec une population qui recourt beaucoup à la demande d'asile. Malheureusement, le recours à la demande d'asile n'a pas pu être chiffré dans notre étude. Pour les autres, ils n'y ont le plus souvent pas accès étant arrivés très récemment, depuis moins de 3 mois, ou ayant perdu leurs documents prouvant leur identité ou leur durée de séjour sur le territoire français.

> *En fait, 6,2% de la population avait une CMUc mais ne le savaient pas avant leur entretien avec l'assistant socio-éducatif. Pour les 75 patients sans couverture sociale et reçus par l'ASE, 112 bordereaux PASS ont été délivrés, permettant l'accès aux soins gratuitement dans l'attente de l'ouverture de droits.*

Ces données soulignent l'importance d'un accès à un entretien social centré sur l'information des droits à une couverture maladie ainsi que la complémentarité de la prise en charge sociale et médicale.

3.3 Motifs de consultation et pathologies diagnostiquées

> *Les pathologies prises en charge ont majoritairement concerné 4 appareils : le digestif, l'ostéoarticulaire, le derme et le psychisme. Les dix pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient les maladies des dents et gencives, puis la gale, les syndromes dépressifs, les troubles gastriques, les troubles anxieux, l'hépatite B chronique, les céphalées de tension, les tendinites puis les lombalgies communes et enfin les infections respiratoires supérieures.*

<u>Des pathologies en lien avec les conditions de vie précaires</u>

> *Les maladies bucco-dentaires ont concerné 15,4% de notre population et les dentistes / stomatologues sont les spécialistes qui ont été les plus consultés.*

Cette fréquence est élevée pour une population jeune surtout si l'on sait qu'elle est sous-estimée car certains dossiers ne renseignaient pas l'évaluation dentaire. On trouve une explication dans le manque d'accès aux soins dentaires dans le pays d'origine, les mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles vivent ces migrants durant le voyage et leur vie en France.

> *17,7 % des diagnostics ont concerné des pathologies digestives autres que stomatologiques.*

Cette forte prévalence pourrait être expliquée par un accès difficile à une alimentation équilibrée et suffisante. Ces personnes ont un accès à un minimum de 2 repas par jour en CHU. Nous n'avons pas cherché à réunir les informations sur les conditions de vie du patient avant l'arrivée dans les CHU, mais a postériori cela aurait été intéressant. Nous pouvons cependant nous appuyer sur les données des bilans infirmiers réalisés dans les CHUM entre novembre 2015 et janvier 2016 inclus : 70,5 % des personnes interrogées auraient séjourné en campement illégal et 33,5 % auraient séjourné dans la rue. Une personne pouvait avoir séjourné dans les deux successivement. Dans ces conditions, les patients sont exposés à la malnutrition et sous nutrition et au manque d'accès à des sanitaires, encore plus à des sanitaires corrects. Ce déficit d'accès est pourvoyeur de troubles digestifs notamment gastriques et de constipation.

> *Un seul cas de gastro-entérite virale a été rapporté.*

Les syndromes diarrhéiques infectieux sont à craindre dans les populations précaires. L'hébergement en CHUM leur permet un accès à des conditions d'hygiène minimale et un accès à de l'eau potable et à des repas réalisés dans de bonnes conditions sanitaires.

> *Les maladies infectieuses ont concerné 27,6% des diagnostics établis. Les plus fréquemment diagnostiquées étaient d'abord cutanées puis respiratoires et digestives. 12,3% des patients ont été pris en charge pour une pathologie respiratoire infectieuse.*

Bien que sur l'enquête se soit déroulée en période estivale, la vie en collectivité favorise la propagation de pathologie infectieuses.

> *13,8% de la population présentait une gale. Neuf centres sur dix-sept étaient concernés.*

La transmission est facilitée par la promiscuité et la vie en collectivité avant puis dans les CHUM. Les patients ayant vécu dans des campements illégaux parisiens où les conditions d'hygiène ne permettaient pas une prise en charge efficace de la gale, la problématique était récurrente et non pas spécifique à un centre. Les médecins de la PASS sont sensibilisés à la prise en charge de personnes en situation de précarité et formés aux pathologies les plus fréquentes, dont la gale. Par ailleurs, quand un cas de gale est mentionné dans un centre, le médecin est influencé par cette information et pose plus rapidement le même diagnostic chez un patient du même centre présentant un prurit. Le diagnostic de gale a pu donc être surestimé. Des outils d'aide au diagnostic rapide seraient à développer pour fiabiliser ces diagnostics car cette potentielle surestimation concerne tous les médecins travaillant auprès de ces populations.

> *Les plaintes concernant l'appareil ostéo-articulaire étaient les deuxièmes les plus rapportées avec 14% de des patients concernés.*

Cette forte proportion peut être surprenante si l'on prend en considération l'âge de cette population. Elle peut être expliquée par des conditions de vie post migratoires précaires, notamment pour le logement. A cela viennent s'ajouter les violences subies dans le pays d'origine ou pendant le parcours migratoire, avec traumatismes physiques, fuites en courant. Par ailleurs, le parcours migratoire est jalonné de longues marches pouvant retentir sur l'appareil ostéo articulaire.

<u>Exposition à la violence</u>

> *Au total, 17% des patients ont mentionné des antécédents de violence significative durant leur parcours, avec ou sans retentissement psychologique diagnostiqué et mentionné dans le dossier.*

Ces données sont à prendre en compte car nous avons vu qu'être témoin ou victime de violence est un facteur de risque de développer des troubles psychologiques. Ce sont donc des patients pour lesquels il faut être attentif au repérage des signes de souffrance psychique même en l'absence de plainte exprimée spontanément.

Troubles psychologiques et ou psychiatriques.

> *Pour 63% des patients, l'évaluation psychologique n'était pas mentionnée, nous ne savons pas si elle a été réalisée.*

Une première explication vient des difficultés dans le recueil des symptômes. Les barrières de la communication évoquées précédemment ont pu limiter l'évaluation. Une bonne communication permet de mieux rendre compte des signes cliniques psychologiques. Par ailleurs, nous savons qu'une relation de confiance est nécessaire pour aborder le sujet de la souffrance mentale, l'intervention d'un tiers dans la consultation a pu entraver la relation médecin-patient.

D'autres difficultés peuvent être mentionnées du côté des médecins. Les médecins travaillant à la PASS sont habitués aux récits de violences et aux diagnostics de psycho-traumatismes. Cela peut conduire à un risque de banalisation du diagnostic de psycho traumatisme et du SSPT avec des diagnostics posés trop facilement sans que le tableau complet soit présent. Par exemple, pour le SSPT, le diagnostic repose sur le vécu d'un événement traumatisant et son retentissement psychologique avec des critères cliniques précis. À l'inverse, cela pourrait pousser les médecins à être moins à l'écoute de l'histoire et de la souffrance de chaque patient.

D'autre part, un frein majeur à la réalisation du dépistage des troubles psychiatriques du côté du médecin est le manque de possibilité de prise en charge. Les EMPP étaient débordées et le manque d'interprètes ou de médecin avec une langue commune était très limitant dans la prise en charge de ces patients.

Enfin cette population est potentiellement mobile. Certains patients savaient qu'ils allaient changer de région, ce qui ne permettait pas la prise en charge de long terme nécessaire pour ces

pathologies. Il est difficile de proposer un repérage systématique des troubles psychologiques quand la prise en charge nécessaire n'est pas réalisable par la suite. Ce manque de propositions thérapeutiques entraine une sous-estimation forte du diagnostic de souffrance psychologique.

> *16% des patients avaient une plainte initiale identifiée comme « anxiété, tension, nervosité ». 26,9% des patients avaient un trouble psychologique. 10 % avaient un syndrome dépressif et 3,1 % un syndrome de stress post-traumatique. 73% de la population dont l'état psychologique était mentionné présenté un trouble.*

Le manque d'exhaustivité des données a rendu difficile la distinction entre les différents syndromes et le classement dans certains diagnostics relevant de symptômes précis et clairement établis. Cela a pu sous-estimer la prévalence de certaines pathologies comme le SSPT, à la faveur des troubles anxieux par exemple.

Cette prévalence importante des diagnostics psychiatriques montre qu'il est primordial d'en proposer un repérage systématique. Bien que la prise en charge soit limitée, une évaluation initiale permet de repérer les signes de gravité qui justifieraient la mise en place d'un suivi même temporaire, d'un traitement médicamenteux ou d'une hospitalisation. Il était attendu de trouver une problématique psychiatrique présente, voire même en proportion supérieures du fait des conditions de vie durant le parcours migratoire et à l'arrivée en Europe.

<u>Pathologies chroniques</u>

> *Un diagnostic de maladie chronique a été réalisé pour 20,8% de la population. 58,6% de ces diagnostics avaient déjà été effectués avant la prise en charge à la PASS. Les plus fréquents étaient les maladies infectieuses et notamment l'hépatite B.*

La distinction entre pathologie chronique et aiguë n'a pas toujours été possible. Dans de nombreux dossiers, la durée des symptômes n'était pas mentionnée. Nous avons décidé de ne répertorier que les pathologies pour lesquelles la chronicité était établie dans le dossier. De ce fait, les pathologies chroniques antérieures à la prise en charge ont pu être sous-estimées par perte d'information.

Quoiqu'il en soit, compte tenu de l'âge jeune de cette population, la proportion de pathologies chroniques est frappante. Le mode de recrutement de la population peut l'expliquer pour partie. En effet, les patients ayant déjà une pathologie chronique sont plus susceptibles d'avoir sollicité une consultation médicale. La venue des IDE dans les CHUM a donc permis le repérage de ces personnes.

> *Tous les patients qui avaient une pathologie chronique connue étaient en rupture de suivi et/ou de traitement.*

Cette situation est révélatrice de la grande difficulté de la prise en charge d'une maladie chronique dans le cas de la migration. Les patients ne s'étaient pas tournés vers le système de soins français par eux-mêmes pour leur suivi médical ou la poursuite de leur traitement. Ceci est en faveur de la nécessité de proposer systématiquement une prise en charge médicale à ces patients. La prise en charge médicale de ces pathologies chroniques est indispensable. Elle permet d'éviter les poussées aiguës ou décompensations. La proposition systématique d'un bilan IDE a permis le repérage de ces patients et donc de les remettre plus rapidement au sein d'un circuit de soins. C'est d'ailleurs dans ce sens que vont les nouvelles mesures ARS : un bilan d'orientation infirmier continue à être proposé dans les centres d'accueil pour migrants, dans les CHUM et en maraudes.

> *Peu de diagnostics de pathologies cardio-vasculaires ont été faits.*

Ce résultat est en adéquation avec la moyenne d'âge jeune de la population.

<u>Problématiques de santé en lien avec l'origine géographique des patients.</u>

> *6,2 % des patients présentaient une hépatite B chronique.*

Cette prévalence est plus élevée qu'en population française native mais correspond à une population originaire d'Afrique sub-saharienne et du Moyen-Orient.

> *Le patient porteur d'un VIH connaissait sa pathologie mais ne l'avait pas signalée lors de la première consultation.*

Il est également originaire d'une zone de forte endémie. Cette consultation est en elle-même révélatrice des barrières culturelles qui peuvent exister entre le médecin et le patient : le patient ne parle pas bien français, et vient par ailleurs d'une région où cette maladie est taboue, où il est difficile de dire que l'on est porteur du virus.

> *Le patient atteint d'une bilharziose urinaire était originaire du Soudan.*

Il s'agit d'une zone d'endémie de cette pathologie. Le patient était symptomatique. Ce cas isolé ne permet pas de conclure à la nécessité du dépistage de la bilharziose chez les patients asymptomatiques originaires de zones d'endémie. Nous avons peu de renseignement sur la prescription de ce dépistage dans les dossiers.

Du fait de l'origine géographique des patients il était attendu de réaliser les diagnostics de ces pathologies. Nous nous sommes posé la question de la différence d'état de santé entre les personnes de nationalités différentes. En effet, les personnes d'une même nationalité ont souvent eu recours aux mêmes parcours migratoires, fuient les mêmes problématiques. Il aurait pu en ressortir des problématiques de santé spécifiques. Nous avons donc réalisé des comparaisons sur les différentes pathologies en fonction de la nationalité d'origine. Aucune des différences observées n'a été significative. Cette étude manque de puissance pour établir des comparaisons en sous-population et il serait intéressant que d'autres poursuivent le travail dans ce sens.

3.4 Nécessité d'un bilan médical

Volume de consultations médicales

> *Les patients ont en moyenne bénéficié de 2,6 consultations de médecine générale. La majorité des patients n'a bénéficié que d'une seule consultation de médecine générale. 15,4% des patients ont réalisé un tiers des consultations de médecine générale. 26,2% des patients ont bénéficié d'un avis spécialisé.*

Il est logique qu'après une première évaluation médicale la majorité des consultations se soit concentrée sur une plus faible partie de la population dont les besoins médicaux étaient plus importants.

Les besoins médicaux se sont révélés importants pour cette population et ce d'autant que la moyenne d'âge est basse. Cela peut être expliqué par le mode de recrutement de la population qui sélectionne les personnes les plus malades. Cela peut aussi être expliqué par un état de santé dégradé des patients du fait de leur parcours.

Bilan de dépistage systématique :

> *Un bilan de dépistage a été prescrit pour la quasi-totalité des patients puisque seul un patient n'a pas bénéficié du bilan biologique et 3 patients n'ont pas bénéficié de la radiographie thoracique.*

Leurs dossiers ne mentionnaient pas de justification. Les médecins qui travaillent à la PASS sont donc bien sensibilisés au dépistage systématique à proposer aux les patients migrants.

> *Les diagnostics radiologiques ont été réalisés chez des personnes symptomatiques, sauf pour une personne. Aucun cas de tuberculose n'a été diagnostiqué.*

La petite taille de l'échantillon ne permet pas de conclure à une inutilité du dépistage de la tuberculose. Et ce d'autant plus que chaque année, une vingtaine diagnostics de tuberculose sont faits, soit entre 1 et 1,3% des nouveaux consultants à la PASS de l'Hôtel-Dieu. Dans cette population, on peut penser que, en cas de suspicion forte, le repérage par l'IDE a permis de les diriger directement vers les urgences ou une hospitalisation. Cependant, même pour cette sous population de migrants, l'avis des médecins travaillant à la PASS est que la gravité et la contagiosité de la maladie justifient la mise en œuvre d'une radiographie pulmonaire systématique.

> *38,2% des bilans biologiques, réalisés dans 58,5 % des prescriptions, étaient pathologiques ce qui est notable, ce qui est notable pour une population jeune. 81,8% des nouveaux diagnostics biologiques ont été obtenus chez des patients asymptomatiques.*

On pourrait penser que l'explication est liée au mode recrutement et au fait que les patients les plus malades sont ceux qui font le plus souvent le bilan de dépistage. Cependant, pour la majorité des diagnostics réalisés, les patients étaient asymptomatiques. Les principales pathologies asymptomatiques diagnostiquées étaient trois hépatite B, deux IST, une parasitose, un diabète, deux dysthyroïdies. On voit ici que la réalisation d'un bilan de dépistage systématique a son utilité. Le tout est de choisir quel bilan a réalisé pour quelle population. Sur ce point, la France n'a pas de recommandation claire et consensuelle, et il serait intéressant que ce sujet devienne une préoccupation des autorités de santé.

> *Aucune hépatite C n'a été diagnostiquée.*

La faible prévalence retrouvée dans la littérature et la faible puissance de notre étude ne permettent pas de conclure à une inutilité du dépistage.

Urgence des prises en charge :

> *Deux patients présentaient une urgence médicale : un patient a été adressé au service des urgences et l'autre a été directement hospitalisé. 1,8% des patients ont donc bénéficié d'une prise en charge en urgence.*

Ce chiffre est élevé pour une consultation de médecine générale. D'autant que les patients ayant nécessité une prise en charge aux urgences organisée directement par l'IDE lors du bilan d'orientation sanitaire ne sont pas retrouvés dans cette étude. Le taux d'hospitalisation après consultation à la PASS pour l'ensemble des patients est plus bas, aux alentours de 1%.

> *55,2% des maladies infectieuses diagnostiquée ont nécessité la mise en place d'un traitement curatif sans lequel l'évolution aurait pu être défavorable. De nombreuses pathologies dentaires ont été diagnostiquées. 6 des 29 pathologies chroniques diagnostiquées était à risque d'aggravation aiguë.*

Nous constatons donc que certaines pathologies nécessitaient une prise en charge sans délai pour éviter une aggravation, même si elles n'ont pas nécessité un passage aux urgences.

En ce qui concerne l'état bucco-dentaire, aucune maladie à traiter en urgence n'a été diagnostiquée même si certains soins étaient nécessaires rapidement en particulier, des soins de caries. Cela est nécessaire pour éviter une aggravation progressive qui pourrait être la porte d'entrée à une infection. La prise en charge trop tardive engendrerait également des soins dentaires beaucoup plus lourds et coûteux voire la perte de la dent. La prise en charge rapide évite enfin le retentissement des douleurs sur l'alimentation et donc l'état de santé global.

Sans une prise en charge initiale rapide, parfois simple et peu coûteuse (antibiothérapie courte, reconduite d'un traitement de fond), il existait un risque théorique d'aggravation de la pathologie avec traitement plus complexes, avec passage aux urgences à un stade décompensé voire avec nécessité d'une hospitalisation.

On comprend alors l'urgence d'organiser pour les primo arrivants un parcours de soin cohérent, et cela au plus proche de leur arrivée sur le territoire français afin de donner la priorité

à un repérage et une prise en charge précoces. Ni la pertinence médicale ni les différences de coût ne peuvent justifier de ne donner accès aux soins qu'à un stade d'urgence vitale.

Certaines maladies, bien que sans gravité au moment du diagnostic, peuvent avoir un retentissement important sur la qualité de vie des personnes concernées. C'est le cas pour les plaintes douloureuses qui ont concerné 35,4% des plaintes initiales mais aussi pour l'état de nervosité, tension, anxiété et le prurit qui étaient les plaintes les plus souvent retrouvées.

Au-delà des arguments individuels, s'ajoutent une dimension collective :

- Les maladies transmissibles plus courantes nécessitent un repérage afin de mettre en place des mesures préventives pour éviter leur propagation. La prévention peut aller de la mise en place de simples mesures d'hygiène à la mise en place de traitements en CHUM. C'est le cas pour la gale, qui doit être détectée au plus tôt afin de mettre en place un traitement curatif pour la personne concernée ainsi que le traitement du logement. Le repérage médical permet également de faire remonter l'information aux CHUM concernés.
- Certaines pathologies transmissibles ont une potentielle sévérité justifiant un bilan médical rapide en cas de symptômes évocateurs. Par exemple, la toux était la quatrième plainte la plus rapportée. La prévalence de la tuberculose dans la population migrante justifie la mise en place d'une évaluation médicale en cas de toux.

La poursuite du dépistage dans une stratégie de santé publique semble utile tant sur le plan individuel pour permettre une prise en charge optimale et précoce que sur le plan de la limitation de la transmission des pathologies.

3.5 Le rattrapage vaccinal

> *Seulement 4,6% des patients savaient être à jour de leur vaccination contre le DTP. Aucun n'avait de carnet de vaccination ni de carnet attestant d'une vaccination antérieure.*

Beaucoup se rappelaient avoir bénéficié de campagne de vaccinations dans l'enfance sans pouvoir préciser le type de vaccin reçu. Ce manque d'information a pu sous-estimer la couverture vaccinale réelle des patients pour le DTPCa.

> *Si Seulement 4% des 76 dépistages du VHB avaient une immunité vaccinale, on note que 40% avaient une immunité post infectieuse visible sur les Ac AnitHBC. Cela laisse tout de même 46,1% des patients dépistés sans aucune immunité contre cette hépatite.*

On voit ici, à la fois le manque d'accès aux vaccinations dans le pays d'origine mais aussi la fréquence des contaminations, avec ou sans guérison. Il paraît donc nécessaire que les programmes mondiaux de vaccinations continuent leurs efforts pour mieux couvrir les populations, nourrissons comme adultes. En attendant, il est nécessaire que la France en tire les conséquences et qu'elle donne les moyens nécessaires aux acteurs de terrain pour dépister et surveiller, traiter ou vacciner ces populations.

> *Pour le dTPca, 80,2% des personnes qui n'étaient pas à jour n'ont pas bénéficié du rattrapage.*
> *Pour l'hépatite B, 60% des personnes qui n'étaient pas immunisées n'ont pas bénéficié du rattrapage.*

Le dépistage vaccinal a été plutôt bien suivi, contrairement à la mise en œuvre des vaccinations. La difficulté à mettre en place les prises en charge préventives au sein de cette population est une réalité du quotidien. Il faut cependant savoir que la PASS était utilisée ici comme un relais en attendant une prise ne charge non hospitalière dès l'acquisition d'une couverture maladie et qu'il faut espérer que la poursuite du calendrier vaccinal s'est faite par la suite.

Mais revenons plus précisément sur les difficultés rencontrées en terme préventif. Les consultations pour les patients démunis sont complexes et longues : la priorité est donnée à la prise en charge de la plainte du patient. Dans le même sens, les difficultés de communication ont parfois limité la possibilité d'expliquer l'intérêt de la vaccination aux patients.

Par ailleurs, des vaccins délivrés par la pharmacie à la PASS sont mis à disposition des patients sans couverture sociale. Les patients ayant une assurance maladie doivent aller chercher leur vaccin à la pharmacie de ville, comme tout assuré social. Ils doivent ensuite revenir en consultation pour bénéficier de l'injection. Cette étape supplémentaire est certainement un frein pour des patients sans ressource financière pour acheter des titres de transport et pour lesquels la barrière de la langue entrave toute démarche. Pour limiter cet effet pervers, les médecins de la PASS reçoivent les patients qui se présentent pour un vaccin et qui ont déjà eu une consultation entre 2 consultations, afin de leur éviter une attente fastidieuse pour un geste rapide et utile.

Chapitre 4 : Les difficultés rencontrées dans le circuit de soins

4.1 Difficultés d'accès à l'Hôtel-Dieu

> *Sur les 306 patients listés par le SSP seulement 130 sont venus à la PASS de l'Hôtel-Dieu.*

Ce faible taux de participation peut sous-estimer ou surestimer l'état de santé de cette population adressée après un bilan infirmier d'orientation sanitaire. En effet, nous pouvons supposer que les patients qui ne sont pas venus étaient ceux qui n'avaient pas de problème de santé ressenti. Cependant, il est aussi possible que parmi les patients non venus en consultation certains aient eu besoin de se rendre aux urgences ou dans un centre plus proche de leur logement pour des raisons de santé.

Nous avons déjà abordé les différentes barrières que pouvaient rencontrer les patients migrants primo-arrivants pour accéder aux soins. Le système mis en place par le SSP permettait de faciliter la prise de contact avec les personnes hébergées. Ce dispositif a permis de limiter les freins liés à la mauvaise compréhension du système de santé, des démarches administratives, à la peur de circuler en étant en situation irrégulière. Les difficultés de communications ont pu être diminuées par l'intervention d'interprètes accompagnant l'IDE du SSP dans les CHUM.

Malheureusement certaines barrières demeurent. En premier lieu, nous relevons les difficultés de déplacement : du fait de la peur des contrôles d'identité, du manque de moyen financier pour un titre de transport, d'une mauvaise compréhension du trajet. D'autre part, la longue attente à la PASS et l'insuffisance de l'accueil de première ligne peuvent décourager certaines personnes qui se seraient rendues à l'hôpital puis seraient reparties avant d'être reçues en consultation.

> *La proportion de patients venus en consultation après leur bilan infirmier est très variable d'un centre à l'autre. La facilité d'accès à la PASS depuis le centre ou le nombre de personnes hébergées ne sont pas corrélés aux taux de participation.*

Si nous regardons le taux de participation en fonction de la facilité d'accès du CHUM nous constatons que des centres faciles d'accès comme Le Loiret ont un pourcentage de participation bas (23,5%). Au contraire, un centre comme Jules Siegfried à Nanterre, pour lequel le trajet est

plus long et plus compliqué en termes de transports en commun, le pourcentage de personnes venues en consultation est de 58,3%. Nous ne pouvons pas établir de lien direct entre la proximité du centre et le pourcentage de personnes venues en consultation.

Les CHUM ayant adressé le plus de patients, comme Le Loiret ou Saint-Pétersbourg ne sont pas non plus ceux qui ont le plus grand pourcentage de personnes venues en consultation. La participation ne dépend pas de la taille du centre. Le taux de venue est donc centre dépendant.

Même si nous n'avons pas pu le mettre en évidence dans cette étude, il est possible que l'accompagnement physique par les structures associatives soit une explication à ces différences. Enfin, une autre possibilité est l'effet de groupe et d'entraide au sein des centres. Les patients déjà venus en consultation peuvent aider les autres pour faciliter leurs déplacements et leur compréhension du parcours de soins favorisant la participation au sein de leur centre.

4.2 Difficultés d'accès à l'équipe médico-sociale

Au début de la période de l'étude, certains patients n'ont pas pu être reçus en consultation de médecine générale car le maximum de patients pouvant être enregistrés pour la demi-journée avait été atteint. La coordination avec l'IDE du SSP a été essentielle pour éviter que cette situation ne perdure. Le protocole d'adressage a été modifié : l'IDE envoyait la liste des patients adressés à la PASS pour les jours suivants, en précisant le jour et la demi-journée à laquelle les patients se présenteraient. Des créneaux de consultations leur étaient alors réservés. Cela a permis de mieux répartir les patients dans le temps et de mieux repérer les non venus. Il en a été de même pour l'ASE, pour lequel des créneaux étaient également réservés. Au vu de cette expérience, la PASS de l'Hôtel-Dieu a d'ailleurs renforcé cette manière de travailler avec des créneaux pré réservés pour les patients d'associations partenaires.

Certaines structures associatives (citons par exemple des bénévoles du Collectif Parisien de Soutien aux Réfugié.e.s) ont aidé à l'accompagnement des patients dans leurs démarches médicales : accompagnement jusqu'à l'hôpital, puis dans l'hôpital, aide à une meilleure compréhension du parcours de soins etc.

> *Sur les 130 patients reçus en consultation de médecine générale, 128 ont été conviés à venir une deuxième fois mais seulement 57,8 % sont effectivement revenus.*

Il est probable que les patients qui allaient mieux ou qui avaient été rassurés par la première consultation aient décidé de ne pas poursuivre les soins même préventifs, car ils perdaient de

leur intérêt prioritaire. Certains redoutaient la longue attente à venir et pensaient sans doute qu'ils seraient recontactés en cas de mauvais résultats, (ce qui était bien sûr le cas).

Pour d'autres, ce sont malheureusement les mêmes barrières que celles évoquées précédemment qui ont limité les venues à une deuxième consultation : transport, mauvaise compréhension du système de soin etc.

D'autres encore, ont pu être relogées dans d'autres départements rapidement après la première consultation.

> *A l'inverse la plupart des rendez-vous avec un spécialiste ont été honorés.*

Une différence majeure réside dans l'accès aux spécialistes qui se fait sur rendez-vous. Les patients étaient sans doute rassurés d'être reçus le jour de leur venue, avec une attente restreinte. D'autre part, le fait d'adresser le patient à un confrère spécialiste traduit la plupart du temps un problème de santé suffisamment grave. Ce dernier point a probablement amélioré l'adhésion des patients au projet de soins.

4.3 Difficultés d'accès au plateau technique

> *Respectivement 59,4 % et 72,8% des bilans biologiques et radiologiques prescrits ont été réalisés.*

L'accès plus simple au plateau de radiologie par rapport au centre de prélèvements explique très certainement cette différence. Pour le centre de radiologie, la radiographie thoracique se faisait le jour même, matin ou après-midi, sans rendez-vous. Pour le centre de prélèvement biologiques, l'accès était certes sans rendez-vous, mais la capacité d'accueil était rapidement saturée, empêchant les patients vus l'après-midi d'être reçus le jour même. De même, certains patients devaient revenir car leur bilan nécessitait d'être à jeun.

Un point important limitant le recours aux soins proposés a été la nécessité de se déplacer à nouveau, d'autant plus que l'accueil était sans rendez-vous : les patients se retrouvaient dans l'incertitude d'être reçus faute de place et étaient incertains du temps d'attente qui pouvait être long. Depuis, l'organisation de la PASS a été modifiée en conséquence : il est proposé au patient de revenir sans ou avec rdv à la consultation de MG. Cela a un peu amélioré le nombre de personnes venant à leur deuxième rendez-vous mais environ 1/3 des patients ne se présentent toujours pas.

Chapitre 5 : Comparaison avec les données de la littérature.

Seules les études portant sur des données récentes seront utilisées. Ces études n'ayant pas été menées selon la même méthodologie, nous comparerons des fréquences relatives.

5.1 Les caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.

> *Les études récentes s'intéressant aux primo-arrivants retrouvent des caractéristiques similaires à celles de notre étude : une population très majoritairement masculine et jeune.*

Le SSP a publié les données des bilans infirmiers réalisés entre la période d'octobre 2015 et mars 2016 concernant des personnes mises à l'abri selon les mêmes modalités que les patients de notre étude. Bien que la période d'inclusion ne soit pas la même, il n'est pas étonnant de retrouver des similarités, avec une population composée de 97,4% d'hommes et un âge médian de 27 ans. (79) À Calais également, une étude menée entre novembre et décembre 2015 sur la population des campements a trouvé les mêmes caractéristiques en termes de sexe et d'âge. D'autres études européennes réalisées dans des centres prenant en charge des demandeurs d'asile ont retrouvé une population très majoritairement masculine et très jeune en moyenne. (90)(74) Un grande partie des migrants primo-arrivants faisaient une demande d'asile, il n'est donc pas étonnant de retrouver des similarités entre les études réalisées au sein de centres de demandeurs d'asile et celles réalisées au sein de centre pour primo-arrivants.

> *En revanche, ces chiffres sont discordants avec des données montrant que les femmes réfugiées sont de plus en plus nombreuses.*

En 2016, 25% des demandeurs d'asile européens étaient des femmes. (22) Les femmes bénéficiant de programme de logement spécifique selon les mêmes modalités en France, il est logique qu'elles soient peu représentées dans les campements de la jungle de Calais alors qu'elles sont 85,7% dans le centre Jules Ferry dédié aux populations vulnérables. (117,118) (119) Notre étude se déroule dans des centres d'hébergement pour hommes pour la majorité. Dans notre échantillon, une femme était présente car elle n'avait pas pu être logée dans un

centre dédié. Dans ces conditions nous ne pouvons pas faire de comparaison sur les proportions hommes/femmes.

Les centres du COMEDE et de Médecin du Monde reçoivent une population dont l'âge moyen est un peu plus élevé (33,3 ans pour MDM et 34 ans au COMEDE). La principale différence est que les patients de plus de 60 ans sont plus représentés (6% des patients du COMEDE, 9,7% des patients de MDM). Ces centres reçoivent une population de migrants beaucoup plus variée avec des personnes arrivées depuis plus longtemps, ce qui explique que les caractéristiques soient différentes. (7,89)

Dans cette étude, l'âge moyen des patients est également plus bas que l'âge moyen de l'ensemble des patients reçus à la PASS en 2016, qui est de 41 ans. La tranche de plus de 60 ans qui n'est pas représentée dans la population étudiée représente 19% de la population globale reçue à la PASS de l'Hôtel-Dieu. (120) La population des primo-arrivants logés en CHUM est en moyenne plus jeune que la population habituellement reçue en consultation.

> *Dans notre travail, 84,6% des patients sont originaires de deux pays, le Soudan et l'Afghanistan.*

Ces deux pays étaient également les plus représentés dans l'étude des données fournies par les bilans infirmiers du SSP entre octobre 2015 et mars 2016 dans laquelle ils représentaient respectivement 39,9 % de la population et 31,9 % de la population. (79) L'étude menée en 2015 à Calais retrouvait elle aussi que la population la plus représentée était d'origine Soudanaise pour 33,3 %, venaient ensuite les patients d'origine Afghane pour 18,2 % de la population étudiée. (74)

Nous pouvons également noter qu'un rapport, demandé par la Commission de Affaires Etrangères, étudiant la nationalité des demandeurs d'asile, mentionne que la population soudanaise est la plus représentée dans les demandes d'asile en 2015 en France. Les Syriens arrivent ensuite et les Afghans arrivent en dixième position. Ces derniers sont cependant très présents dans les populations de demandeurs d'asile et leur proportion augmente entre 2015 et 2016. (25) Les populations étudiées par le SSP dans les CHUM viennent des campements illégaux parisiens et présentent donc des similarités avec les populations des campements de Calais, elles aussi installées de façon illégale.

Dans ces différentes études, de nombreux patients originaires du Moyen-Orient et notamment de Syrie étaient recensés. Comme nous l'avons vu précédemment, la prise en charge

spécifique de personnes originaires de Syrie, d'Irak ou d'Erythrée fait que ces pays n'étaient pas représentés dans notre travail.

Si nous regardons l'ensemble des patients reçus à la PASS de l'Hôtel-Dieu ces dernières années, les patients originaires d'Afrique sub-saharienne sont majoritaires (38% des patients reçus en 2016). Les patients originaires du Moyen-Orient représentent une part importante des patients reçus et leur proportion est en augmentation (4,4% en 2015 et 16% en 2016). Les patients reçus en consultation de médecine générale venaient de 103 pays différents en 2016. Les pays les plus représentés étaient par ordre de fréquence : le Soudan, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Nigeria, l'Afghanistan. La population globale est d'origine plus variée car elle englobe des patients issus de migrations plus anciennes et de modes de migration différents. L'augmentation de la part de Soudanais et d'Afghans dans la population globale reçue à la PASS de l'Hôtel-Dieu est récente. Les patients issus des vagues migratoires plus anciennes sont essentiellement originaires d'Afrique de l'Ouest et du Maghreb. (120)

> *91,5% de la population de ce travail n'avaient pas de couverture sociale et 8,5% avaient une CMUc lors de la première consultation.*

Les enquêtes du SSP ont montré que 71,5 % des personnes n'avaient pas de couverture sociale effective parmi lesquels 15 % avaient des démarches en cours. (79) Les patients sans couverture sociale sont plus nombreux dans ce travail. Il est possible que les patients avec une couverture médicale effective aient eu accès à des consultations de médecine générale libérale, en dehors de la PASS. Ceci est cohérent avec une orientation adaptée aux besoins des résidents des CHUM. La mission des PASS est de donner accès à des soins pour les patients qui ont le moins d'accès par un autre moyen. Ce sont donc les personnes sans couverture sociale qui seront orientées en priorité vers les PASS.

Au sein de la population globale reçue à la PASS de l'Hôtel-Dieu, la part de patient bénéficiant d'une AME était en diminution de 29% à 20,1% de la population reçue pour les années 2015 et 2016. La part de patients bénéficiant d'une CMUc était en augmentation passant de 20,5% à 28% entre 2015 et 2016. Cette tendance pourrait être le reflet de l'augmentation des patients demandeurs d'asile au sein de la population globale reçue à l'Hôtel-Dieu. Seuls 66% de patients n'avaient pas de couverture sociale au moment de leur entretien avec l'ASE. Ce chiffre est plus bas que dans notre étude. La population globale reçue à la PASS englobe des personnes arrivées il y a plus longtemps sur le territoire français et qui ont donc déjà fait des démarches d'ouverture de droits sociaux. (120)

5.2 Etat de santé

Diagnostics les plus fréquents

Les mêmes problématiques sanitaires sont retrouvées entre notre travail et les données des bilans infirmiers réalisés par le SSP entre novembre 2015 et mars 2016 : les problèmes les plus fréquemment étaient les plaintes bucco-dentaires (33,1 %) puis de fatigue (33 %), ensuite les plaintes cutanées (22,3 %), ostéoarticulaires (21,2 %) et digestives (20,7 %). (79)

Dans l'étude menée à Calais, les pathologies principales étaient les infections respiratoires hautes puis basses suivies par les traumatismes puis les troubles digestifs.(74) Cette étude s'est déroulée durant la période hivernale, propice au développement des viroses respiratoires, alors que notre étude s'est déroulée durant la période estivale, ce qui peut expliquer la différence de fréquence des pathologies infectieuses respiratoires.

> *Aucun cas de tuberculose n'a été diagnostiqué dans cette enquête.*

Dans les travaux de surveillance des maladies infectieuses menés à Calais entre novembre 2015 et octobre 2016, 15 cas de tuberculose avaient été diagnostiqués sur l'ensemble du campement (dont l'effectif total a atteint les 6000 personnes).(72)

Dans les centres du COMEDE et de Médecins du Monde, les prévalences respectives de la tuberculose étaient de 0,5% et 0,2%. (7,89) Pour l'ensemble des 1793 nouveaux patients reçus en consultation à la PASS de l'Hôtel-Dieu en 2016, 18 diagnostics de tuberculose ont été réalisés, ce qui fait une prévalence de 1% des nouveaux patients. Cette prévalence est faible.(120) Le manque de puissance de notre étude peut expliquer qu'aucun diagnostic n'ait été réalisé. De plus, lors de son bilan, l'IDE a aussi pu adresser un patient présentant une forte suspicion de tuberculose directement aux urgences, ce qui les exclut de notre étude.

> *L'observation est la même pour l'hépatite C. Aucune hépatite C n'a été diagnostiquée.*

La prévalence rapportée dans les centres de consultations du COMEDE est de 1,3%. (89) La prévalence au sein de l'ensembles des nouveaux consultants à la PASS de l'Hôtel-Dieu en 2016 est de 0,5% seulement. (120)

5 diagnostics de varicelle ont été posés, tous chez des patients originaires du Soudan.

Lors de la surveillance épidémiologique des maladies infectieuses à Calais, la varicelle avait touché essentiellement des patients soudanais, comme dans notre travail. Des travaux ont montré que ces patients sont globalement assez peu immunisés. (72) D'après une étude de séroprévalence des anticorps contre la varicelle menée dans des centres de demandeurs d'asile en Allemagne, les patients originaires du Soudan avaient une protection faible et ce d'autant plus qu'ils étaient jeunes. Les 12-29 ans avaient une séroprévalence des anticorps de 60% alors que dans la même catégorie d'âge chez les Afghans la séroprévalence était juste inférieure à 90%. Cependant, dans notre étude, l'analyse en sous-population en fonction du pays d'origine n'était pas significative statistiquement. Bien que nous n'ayons pas de donnée sur le nombre de patients atteints de varicelle pour l'ensemble de la population accueillie à la consultation PASS de l'Hôtel-Dieu, nous savons qu'il est négligeable.

A Calais, une épidémie de varicelle avait poussé les médecins à mettre en place une campagne de vaccination anti-varicelleuse. La question s'est posée pour les centres d'hébergement du SSP. Les varicelles sont plus souvent compliquées chez les adultes que chez les enfants, c'est pourquoi quand il n'y a pas d'antécédent connu de varicelle, la vaccination est recommandée chez l'adulte, notamment dans les 3 jours après exposition à un cas de varicelle. Les primo-arrivants ne sont pas plus à risque de faire une varicelle grave que les adultes français natifs mais ils sont moins immunisés et leurs conditions de vie en collectivité favorisent la transmission. Ils sont soumis aux mêmes recommandations vaccinales.

Il existe plusieurs freins à la vaccination expliquant qu'elle n'ait pas été mise en œuvre dans les CHUM :

- La vaccination doit être réalisée dans les 72 heures après l'exposition pour être efficace. Au moment du diagnostic, le patient est déjà contagieux et a pu contaminer d'autres patients. Au-delà des 72 heures, la vaccination ne permet que de prévenir une deuxième vague de contamination, pas le premier cercle. Il s'agit d'un vaccin vivant, il faut donc être sûr que le patient ne présente pas d'immunosuppression. Il est difficile de lancer une campagne de vaccination respectant le délai de 72 heures sachant qu'une évaluation médicale préalable des sujets contacts est nécessaire.

- Les patients ayant un logement salubre avec des conditions d'hygiène correctes, il est plus facile de contenir l'épidémie dans les CHUM que dans des campements comme Calais. La balance bénéfice/risque n'était pas suffisante pour proposer la mise en place d'une campagne vaccinale. Nous n'avons pas constaté d'épidémie dans les CHUM à la suite des cas de varicelle

diagnostiqués. Les conditions sanitaires d'accueil et les règles hygiéniques ont été suffisantes pour éviter la propagation de la pathologie.

> *La gale a été très prévalente dans notre population (13,8% de la population).*

La forte prévalence de gale a aussi été retrouvée dans les études menées à Calais : 13,1% des patients étaient concernés. (72) Ces différentes populations partagent des conditions de logement précaires.

Les études menées au COMEDE et par Médecins du Monde ne rapportent pas une prévalence élevée de cette pathologie. Pour Médecins du Monde, la part de patients atteint de parasitose, tout type confondu, est de 4,2%.(7,89) Nous n'avons pas de chiffre sur la prévalence de la gale à l'échelle de la population globale des patients accueillis à la consultation PASS de l'Hôtel-Dieu. Cependant, nous savons que l'ensemble des problèmes dermatologiques représente seulement 10% des consultations. En moyenne, la population accueillie par le COMEDE et MDM ainsi que la population globale accueillie à la consultation PASS de l'Hôtel-Dieu ont moins de problématique de logement et ont plus souvent un hébergement même s'il est souvent précaire.

> *1 seul diagnostic de syndrome diarrhéique a été posé.*

Le nombre de syndrome diarrhéiques était plus important sur le campement de Calais mais ne concernait que 2% des recours. (70) Les conditions d'hygiène plus précaires sur ce campement par rapport au CHUM peuvent expliquer cette différence mais aussi la période d'étude qui était hivernale à Calais.

<u>Santé mentale :</u>

> *Dans notre travail, 19,2% de la population présentait des pathologies psychiatriques reparties en 9,3% de SSPT (soit 48 % des diagnostics psychiatriques) et psycho traumatismes autres et 10% de syndromes dépressifs (soit 52% des diagnostics psychiatriques).*

D'après les consultations réalisées par le COMEDE entre 2012 et 2016, la prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6 % de la population qui consulte. 60 % des troubles sont des syndromes psycho traumatiques et 22 % des tableaux dépressifs. (89)

D'autres études retrouvent des prévalences plus élevées. Dans une métanalyse effectuée en 2015 auprès de personnes réfugiées, demandeuses d'asile ou des populations impliquées dans des conflits, la prévalence du syndrome de stress post-traumatique était de 30,6 % et la prévalence de la dépression était de 30,8 %. (121)

Par ailleurs, dans l'étude des bilans infirmiers du SSP, plus de la moitié des personnes interrogées disait souffrir de troubles du sommeil, d'idées noires, de crises de larmes ou d'irritabilité. (79) Dans notre étude, l'étude des plaintes initiales retrouve des proportions un peu moindres : 37 personnes se plaignaient de sensation de tension, nervosité, anxiété et 5 personnes se plaignaient de troubles du sommeil isolés. Cela représente un total de 32,3% de la population étudiée.

Dans notre travail, les psycho traumatismes, les troubles anxieux et les dépressions sont moins prévalents. Les diagnostics psychiatriques les plus souvent établis sont des troubles anxieux, sans que le lien avec un traumatisme ne soit stipulé. Comme nous l'avons vu précédemment, le manque d'exhaustivité des observations médicales peut expliquer un sous diagnostic des psycho traumatismes. Nous avons également détaillé précédemment les freins aux dépistages de pathologies psychiatriques dans cette population.

> *Aucun diagnostic de psychose n'a été posé dans notre échantillon.*

L'absence de psychose dans cette population peut être expliquée par la difficulté à poser le diagnostic. La notion de perte de contact avec la réalité est difficile à évaluer pour un médecin et ce d'autant plus du fait des barrières de langage, de représentations culturelles.

Pour l'ensemble des patients reçus à la consultation PASS de l'Hôtel-Dieu, la répartition des troubles psychiatriques est très différente. Nous n'avons pas d'étude de prévalence des pathologies psychiatriques en 2016. Les études plus anciennes montraient 10% de pathologies psychiatriques et 13% étaient des psychoses. La forte prévalence de psychose était expliquée par une proportion plus importante de personnes sans domicile françaises. Nous savons que les psychoses sont prévalentes dans cette population. Les études plus récentes montrent une augmentation importante de la part des psycho traumatismes.

<u>Toxiques :</u>

> *Le niveau de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis retrouvés dans notre étude était : 26,9% de tabagisme actif dans la population étudiée, 4,5% de*

> *consommation occasionnelle d'alcool, aucune consommation régulière d'alcool, 1,5% de consommation régulière de cannabis.*

Ce pourcentage est moins important qu'en population globale française sur les études de 2014. 28,6% des 18-75 ans français fument quotidiennement. Pour les hommes la consommation est plus élevée, 32,9% des hommes français entre 18 et 75 ans fument. En ce qui concerne l'alcool, 10% de la population française boit de l'alcool quotidiennement. La consommation régulière de cannabis concerne 3,1% des 18-64 ans en France en 2014. (122)

Les études précédemment citées n'ont pas rapporté le taux de consommation de substance toxiques. Peu d'études ont été faites en Europe des consommations de substances toxiques au sein de la population des migrants. En Suisse, en 2017, une étude a été réalisée comparant les comportements à risque des populations natives et migrantes première et deuxième génération. Il en ressort que les migrants étaient globalement moins susceptibles d'avoir une consommation abusive d'alcool. (123) Plusieurs revues de la littérature ont recherché le lien entre la consommation de substances et la migration forcée. Les études de bonne qualité manquent. Les antécédents de traumatismes seraient associés à une consommation plus importante de substances, contrairement aux résultats retrouvés dans notre travail. Cependant, des études plus solides sont nécessaires. (124) Cette consommation plus basse peut montrer une tendance culturelle différente mais aussi un manque de moyens limitant la possibilité d'achat de substances. La question de la religion n'a pas été abordée de façon systématique. Nous savons qu'au Soudan et en Afghanistan, la religion majoritaire est l'Islam. La plupart des patients de confession musulmane ne boivent pas d'alcool ou ne le disent pas.

<u>Maladies chroniques cardio-vasculaires :</u>

> *Dans notre étude, seulement 1 personne était concernée par le diagnostic de diabète et aucun diagnostic d'hypertension artérielle n'a été réalisé.*

Les maladies cardio-vasculaires sont plus prévalentes pour les populations consultant dans les centres de soins du COMEDE puisque 7% de la population est concernée. L'observatoire de Médecins du Monde rapporte une prévalence de l'hypertension artérielle de 6,7% Cela peut être expliqué par la différence d'âge moyen des populations, qui est plus élevé dans les études citées précédemment que dans notre travail. (7,89)

Pour l'ensemble des patients reçus en consultation à la PASS de l'Hôtel-Dieu, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 16,3% et la prévalence du diabète de 13,5%. Ces valeurs sont

très élevées, même en comparaison avec les populations du COMEDE et de MDM. Cela peut être expliqué par la différence d'âge moyen des populations. C'est surtout la proportion de patients de plus de 60 ans qui est plus élevée pour la population reçue en consultation à la PASS de l'Hôtel-Dieu par rapport aux populations reçus au COMEDE et à MDM (proportions respectives de 19%, 6% et 9,7%). Par ailleurs, le manque de puissance de notre étude empêche une comparaison en ce qui concerne le diabète.

Chapitre 6 : Pistes d'amélioration de la prise en charge.

Nous avons vu qu'une première façon de renforcer l'adhésion des patients à la prise en charge était de leur fournir un circuit de soins bien fléché, avec l'assurance d'être reçu au moment de leur venue à l'hôpital. Il était facilitant d'organiser le maximum des soins une même unité de lieu et de temps. La présence de deux jeunes volontaires du service civique a beaucoup aidé certains patients dans leurs démarches et leur parcours de soins dans l'hôpital. Les médecins jouent parfois le rôle de guide mais les besoins médicaux sont nombreux et le temps médical est limité. Le maintien de personnel ayant une mission de support au parcours de soin à l'issue de la consultation médicale est une première piste d'amélioration.

En ce qui concerne l'accueil médical, la mise en place d'une IDE d'accueil et d'orientation en première ligne au centre de diagnostic et de thérapeutique de l'Hôtel-Dieu serait un moyen de faciliter la prise en charge des patients. Elle permettrait d'organiser les consultations médicales et sociales en fonction des priorités médicales des patients qui se présentent. Elle pourrait repérer les patients qui nécessitent une consultation rapide voire urgente. Elle pourrait également anticiper les difficultés de consultation comme les difficultés de communication avec recherche d'un interprète. Elle pourrait participer aux soins en faisant les vaccinations sur prescription médicale, les HbA1c et glycémies à jeun capillaires, des pansements, de l'éducation à la santé… Devant la complexité des consultations médicales, ce système permettrait une organisation des soins plus pertinente et dégagerait du temps médical pour le médecin généraliste. L'évaluation doit se faire par un professionnel de santé, il ne pourrait pas être assuré par les personnes volontaires du service civique actuellement présentes comme support à la consultation. En l'absence de financement dégagé pour la mise en place d'un tel poste, un des médecins pourrait se charger de cet accueil. Toutefois, ce serait au détriment des

consultations médicales alors qu'aujourd'hui les médecins ne peuvent pas assurer la demande qui est croissante.

En ce qui concerne la communication entre le médecin ou le personnel médico-social et le patient, le recours à un interprétariat professionnel est préférable. Son coût reste une limite pour généraliser son utilisation à tous les patients ne maîtrisant pas le français. Nous avons également vu que des médecins polyglottes parlant la langue des populations majoritaires au sein des migrants ont été d'une grande aide. Les recrutements peuvent donc être influencés par cet atout. Cependant, la diversité des langues parlées au sein de cette population et le turn over des flux migratoires freine cette option. Certains hôpitaux ont engagé des interprètes professionnels qui travaillent sur place. Cette possibilité faciliterait l'échange pendant les consultations, cependant, le coût est un frein majeur à son instauration.

Depuis cette étude les fiches en double langue ont été développées au sein de la PASS mais sans efficacité constatée. Une aide devrait être apportée par le développement de traducteurs en ligne dans l'avenir avec détection sonores des propos et restitution sonore dans la langue choisie. Ces solutions ont un coût mais le retour sur le temps de consultation et la qualité de la prise en charge permettrait une balance favorable.

D'autre part, nous avons vu que la prise en charge des pathologies psychiatriques était limitée par le manque de psychiatre dans le centre de diagnostic et de thérapeutique. Ce manque entrainait une réticence à dépister des problèmes psychiatriques pour lesquels peu de solutions étaient disponibles. Depuis, un médecin psychiatre travaille en coordination avec la PASS. C'est un premier progrès dans la prise en charge des patients mais les besoins sont tels que l'agenda de ce psychiatre a été saturé dans le mois suivant son arrivée, ce qui continue à limiter la prise en charge psychiatrique. Il est nécessaire de renforcer l'offre de soins psychiatriques et psychologiques, ainsi que les collaborations et coordinations telles que celles avec les EMPP.

En ce qui concerne les données médicales à recueillir, le facteur limitant principal de ce travail a été la perte de données. Les dossiers sont maintenant informatisés avec le logiciel ORBIS®. Le recueil d'informations pourrait être facilité par la mise en place d'une trame plus détaillée avec des possibilités de réponses pré remplies à cocher. La prescription informatique permet d'avoir une traçabilité globale de la prise en charge plus performante. Elle est intéressante si le logiciel de prescription est adapté et facile d'utilisation, ne faisant pas perdre de temps au prescripteur, voire lui en faisant gagner grâce à un bon paramétrage. La PASS de

l'Hôtel-Dieu travaille actuellement, avec d'autres PASS de l'APHP, à un tel outil. Cependant, la prudence est de rigueur, il est difficile d'associer dossier médical et dossier de recherche : la possibilité de recueil de données à visée statistique ne doit surtout pas se faire au détriment de la prise en charge du patient.

En ce qui concerne la coordination des soins, le dossier pourrait systématiquement comporter un tiers de confiance à contacter. Cette information permettrait de contacter plus facilement le patient quand il est nécessaire de le recevoir à nouveau au vu des résultats.

Pour adresser le patient, l'IDE du SSP remplissait une fiche de liaison résumant les questions et les problèmes posés. En retour, le médecin de la PASS récapitulait le projet de soins et remettait au patient cette fiche : nécessité de revenir en consultation, nécessité d'examens complémentaires…Il revenait au patient de la montrer à nouveau à l'IDE. Le patient ne ramenait pas toujours cette fiche de liaison ou le médecin oubliait parfois de la remplir. Sur le logiciel ORBIS, une trame de feuille de coordination pré-remplie pourrait être enregistrée, imprimée et remise au patient ou envoyée directement à l'adresseur. Cela éviterait les oublis et faciliterait la coordination.

Depuis la prise en charge des primo-arrivants a été fortement modifiée avec l'ouverture du Centre Premier Accueil à la Porte de La Chapelle. C'était un lieu d'accueil global, dans lequel les primo-arrivants étaient orientés vers le dispositif adapté à leurs situations. La prise en charge médicale n'était pas une priorité, mais un bilan infirmier était systématiquement proposé. Il se déroulait dans le centre. Si un besoin médical était identifié, le patient était reçu par un médecin dans la bulle du CPA. Ensuite, quand une prise en charge médicale ou paramédicale complémentaire était nécessaire, le patient était le plus souvent adressé, dans une PASS. Cette procédure a été particulièrement efficace : si la prise en charge médicale n'était pas une priorité pour ces personnes, la possibilité de rencontrer un acteur du soin in situ était une plus-value incontestable. Elle permettait un repérage de qualité et d'accélérer une prise en charge médicale si besoin était. De plus, un accueil psychologique était possible sur place si nécessaire.

Le dispositif de bilan sanitaire d'orientation réalisé par une IDE du SSP a permis de faciliter la mise en place d'un circuit de soins pour les patients le nécessitant. La coordination a permis aux patients qui en avaient le plus besoin d'être rapidement reçus par un médecin. Cette modalité de travail a été poursuivie par le Centre Premier Accueil, et même au-delà, puisqu'à la fermeture du CPA à La Chapelle, le modèle a été conservé.

Conclusion

Le combat pour réduire les inégalités en matière de santé requiert des actions concrètes. Elles peuvent être mises en œuvre avec le développement de connaissances solides en matière de santé des populations les plus défavorisées, dont fort partie certaines populations issues de l'immigration. Ce travail nous permet de souligner les spécificités de la prise en charge médicale des patients primo-arrivants, de mieux identifier leurs besoins médicaux et les modalités du parcours de soins dont elles ont besoin.

Beaucoup des pathologies diagnostiquées relèvent de la pratique de la médecine générale, mais les demandes sont multiples et les pathologies sont diagnostiquées à des stades plus avancés. Nous retenons que les pathologies à forte prévalence sont le reflet de la situation socio-économique précaire et de l'origine géographique des patients, citons l'hépatite B. La souffrance psychologique de cette population est un enjeu médical majeur en termes de repérage et de prise en charge. L'intégration de la santé préventive où tout est à faire est également un défi pour le médecin généraliste. Cette étude réaffirme la nécessité de proposer une consultation médicale systématique à cette population de migrants primo-arrivants.

Bien que cela n'était pas notre but, nous pouvons noter que d'autres études de plus grande puissance permettraient de faire également des analyses en sous-population, selon la nationalité d'origine par exemple, ou d'avoir des prévalences représentatives de la population globale des primo-arrivants. Cela permettrait de mieux adapter les dépistages et les actions de prévention. L'élaboration d'études prospectives permettrait un recueil plus exhaustif des données. Il serait intéressant d'organiser une étude mettant en parallèle les priorités du point de vue du médecin et du point de vue du patient. Par exemple, une approche permettant de distinguer le motif de consultation du patient des pathologies prises en charges par une approche systématique et globale.

Ce travail montre également le bénéfice d'un parcours de soins organisé en concertation avec les différents acteurs de terrain. La mise en place d'une IDE ayant pour mission la réalisation d'un bilan d'orientation sanitaire pour les patients primo-arrivants est une aide précieuse à leur prise en charge. Nous avons vu que ce bilan a été bénéfique à la population

adressée à l'Hôtel-Dieu. Sa réalisation au sein des CHUM ou dans un centre d'accueil global a facilité la prise en charge de ces patients pour lesquels les différentes procédures administratives et l'organisation des soins sur le territoire français peuvent sembler opaques. L'IDE a évalué pour chaque patient le délai de prise en charge adapté et la structure de soins la plus pertinente. Elle a permis le repérage des patients atteints de maladies chroniques qui étaient, rappelons-le, tous en rupture de traitement. Pour les patients nécessitant l'organisation rapide de soins, elle a pu organiser une consultation de médecine générale en concertation avec le médecin de la structure d'accueil, voire un adressage direct dans un service d'urgences. Pour l'ensemble des patients, l'orientation vers une structure comme la PASS a facilité la mise en œuvre d'une prise en charge globale, comprenant des examens complémentaires ainsi que des consultations spécialisées. Cette orientation facilite les dépistages systématiques incluant des examens complémentaires, ce qui a permis de faire des diagnostics de pathologies asymptomatiques. Les nombreux recours aux médecins généralistes comme spécialistes, les nombreuses pathologies prises en charge, qu'elles soient aiguës ou chroniques suggèrent que le bilan d'orientation réalisé par l'IDE a permis de repérer les patients les plus fragiles. Ce travail ne peut être fait que par un professionnel de santé formé à l'évaluation et la hiérarchisation des besoins médicaux.

Bien que la PASS ou des dispositifs similaires soient des lieux privilégiés pour la prise en charge de ces patients primo-arrivants, tous les médecins généralistes peuvent être concernés, quel que soit leurs modes d'exercice. Certains primo-arrivants ont accès au système de soins français pour la première fois par le biais des médecins généralistes libéraux. En tant que médecin généraliste, ce travail souligne la nécessité de la prise en charge globale du patient, inhérente à notre activité. L'importance d'un exercice en collaboration avec les acteurs du réseau médical, paramédical, social et associatif ressort de façon nette. Pour les patients ne bénéficiant d'aucune couverture sociale, il est important que le médecin puisse les orienter afin de garantir un accès aux soins médicaux pour tous. Pour les patients bénéficiant d'une couverture sociale, la connaissance des acteurs de terrain de son secteur est une aide précieuse comme pour tous les patients en situation de précarité. Les autres difficultés que rencontrent ces patients dans le recours aux soins doivent être intégrées par le médecin pour aider au soin, adapter le cadre de la prise en charge. Connaître l'histoire et les conditions de vie des patients migrants permet de leur proposer une prise en charge médicale plus pertinente, incluant le dépistage ciblé de certaines pathologies. Pour les primo-arrivants, s'ajoute le défi de la barrière de la langue auquel nous avons pu être confronté.

Les différentes politiques de santé qui se succèdent ont eu tendance à fragiliser l'accès aux soins des migrants vivant sur le territoire français en situation administrative irrégulière en durcissant les conditions d'accès à l'AME. La santé reste un droit fondamental. En 2017, le directeur général de l'OMS « appelle tous les pays à respecter et protéger les droits humains dans le domaine de la santé » et à « combattre les inégalités et les pratiques discriminatoires afin que chacun jouisse du meilleur état de santé possible quels que soient son sexe, sa race, sa religion, son état de santé, son orientation sexuelle, son identité de genre et, éventuellement, son handicap ou son statut de migrant ». (125) Dernièrement, le Pacte mondial pour les migrations, tenu le 19 décembre 2018 à Marrakech, a remis le respect et la protection des droits des migrants au centre du débat. L'afflux de migrants sur le territoire européen et français est sans doute loin de s'arrêter. Les prévisions sont d'ailleurs à l'augmentation des flux migratoires pour les années à venir avec notamment un nombre croissant de réfugiés liés aux changements climatiques. La question de la prise en charge médicale de ces personnes devra donc régulièrement être réadaptée pour permettre de garantir l'accès au droit à la santé pour tous.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Migrant/migration | [Internet]. UNESCO. 2017 [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/

2. Comité pour la Santé de Exilés. Migrants/étrangers en situation précaire, Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. Edition 2015. [Internet]. COMEDE. 2016 [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: http://www.comede.org/guide-comede/

3. Haut Conseil à l'intégration. Mots de l'intégration. [Internet]. hci.gouv.fr. 2007 [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: http://archives.hci.gouv.fr/-Mots-de-l-integration-.html#I

4. Office Français pour la Protection des Réfugés et Apatrides. Le statut de réfugié [Internet]. OFPRA. 2017 [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie

5. Chapitre II : Protection subsidiaire [Internet]. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Sect. Le droit d'asile 2007. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070158

6. MLATI F. Les primo-arrivants, une catégorie aux contours flous! Obs Intégr [Internet]. sept 2004 [cité 1 févr 2018];(5). Disponible sur: http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/L5-vweb-finale.pdf

7. Direction des opération France de Médecins du Monde, Observatoire Régional de la Santé Midi Pyrénées. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016 [Internet]. Médecin du Monde; 2017 oct [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016

8. Le centre de premier accueil des personnes migrantes [Internet]. Emmaüs Solidarité. 2017 [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: https://www.emmaus-solidarite.org/le-centre-de-premier-accueil-des-personnes-migrantes/

9. Bensussan constance, Cronel A, Gagneron W. Rapport sur la politique d'accueil des étrangers primo-arrivants Tome I [Internet]. Inspection générale ds affaires sociales; 2013 oct [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/13062-13034-01_-_MAP_Primo-arrivants_-_rapport.pdf

10. Sorties d'Afrique, les premières [Internet]. Hominidés. 2013 [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: https://www.hominides.com/html/dossiers/sortie-d-afrique.php

11. Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques. Les immigrés en France. Fiche thématique [Internet]. INSEE; 2005 [cité 29 janv 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371777

12. Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides. Histoire de l'asile.

[Internet]. ofpra.gouv.fr. OFPRA 2017 [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ofpra.gouv.fr/fr/histoire-archives/histoire-de-l-asile

13. Immigrés, étrangers | INSEE [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212

14. Joly D. Haven or Hell?: Asylum Policies and Refugees in Europe. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 1996.

15. Vie Publique. Chronologies thématiques. La libre circulation des personnes en Europe : 30 ans de fonctionnement de l'espace Schengen Chronologies thématiques [Internet]. Vie Publique. 2015 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/chronologie/chronos-thematiques/libre-circulation-personnes-union-europeenne.html

16. Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides. Rapport d'activité 2003 [Internet]. OFPRA; 2004 avr [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2003.pdf

17. Frontex. Risk analysis for 2017 [Internet]. Varšava: Frontex, European Border and Coast Guard Agency; 2017 févr [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: http://poznam.mnz.sigov.si/skmp/images/abook_file/annual_risk_analysis_2017.pdf

18. Premières demandes de protection internationale en France depuis 1973 (données hors mineurs accompagnants). [Internet]. Ofpra.gouv.fr. 2013 [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/graphique_demandes_depuis_1973.pdf

19. Asylum and first time asylum applicantsby citizen, age and sex-Annual aggregated data [Internet]. Eurostat. 2018 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=migr_asyappctza&lang=en

20. Dumont G-F. Géopolitique des migrations: Syrie et Irak, sans précédents ? Diploweb [Internet]. 12 déc 2015 [cité 17 sept 2018]; Disponible sur: https://www.diploweb.com/Syrie-et-Irak-une-migration-sans.html

21. Frontex. Risk analysis for 2016 [Internet]. Warsaw: FRONTEX,European Agency for the Management and Operational Cooperation at the External Borders of the Membre States of European Union; 2016 mars [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: https://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annula_Risk_Analysis_2016.pdf

22. Statistiques sur l'asile - Statistics Explained [Internet]. Eurostat. 2017 [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr

23. L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. Aperçu statistique [Internet]. UNHCR. [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: http://www.unhcr.org/fr-fr/apercu-statistique.html

24. File : countries of origin of (non-EU) asylum seekers in the EU-28 Member States, 2015 and 2016 - Statistics Explained [Internet]. Eurostat. 2017 [cité 17 sept 2018]. Disponible

sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Countries_of_origin_of_(non-EU)_asylum_seekers_in_the_EU-28_Member_States,_2015_and_2016_(thousands_of_first_time_applicants)_YB17-fr.png

25. Guillet ean-J, Germain J-M. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires étrangères, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la situation migratoire en Europe [Internet]. Assemblée Nationale; 2017 févr [cité 1 févr 2018]. Report No.: 4551. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4551.asp

26. European border and coast guard agency. Migratory Routes. Eastern Mediterranean Route [Internet]. Frontex. [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: https://frontex.europa.eu/along-eu-borders/migratory-routes/eastern-mediterranean-route/

27. European border and coast guard agency. Migratory Routes. Central Mediterranean route [Internet]. Frontex. 2017 [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: https://frontex.europa.eu/along-eu-borders/migratory-routes/central-mediterranean-route/

28. Organisation des Nations Unies. La traversée de la Méditerranée reste la plus meurtrière au monde pour les migrants, selon l'OIM [Internet]. ONU Info. 2017 [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=40565#.WnRKbeciHIV

29. Wenden C wihtol de, Schmoll C, Thiollet H. Migrations en Méditerranée. CNRS Editions; 2015. 389 p.

30. European border and coast guard agency. Focus on Western Mediterranean route : Frontex in Spain [Internet]. Frontex. 2017 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://frontex.europa.eu/media-centre/focus/focus-on-western-mediterreanean-route-frontex-in-spain-isGpCE

31. Eberhard M, Le méner E, Segol E. Qui sont les migrants mis à l'abris? Ile-de-France. Juin 2015-Novembre 2016. [Internet]. Direction régionale et départementale de l'hébergement et du logement.; 2018 août [cité 10 mars 2019]. (Repères). Disponible sur: http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_migrants_paris_obs_ssp_.pdf

32. Les titres de séjour temporaires [Internet]. Info droits étrangers. [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: http://www.info-droits-etrangers.org/venir-en-france/le-sejour/les-titres-de-sejour-temporaires/

33. Valls M. Circulaire du 28 novembre 2012 relative aux conditions d'examen des demandes d'admission au séjour déposées par des ressortissants étrangers en situation irrégulière dans le cadre des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. [Internet]. Légifrance. 2012 [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36120.pdf

34. Guide du demandeur d'asile. [Internet]. Ministère de l'Intérieur.Direction générale des étrangers en France.; 2015 nov [cité 2 févr 2018]. Disponible sur:

https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/guide_du_demandeur_dasile_02.11.2015_0.pdf

35. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement. Logement des réfugiés [Internet]. DIHAL; Gouvernement.fr. [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/logement-des-refugies

36. Urgence Migrants [Internet]. Groupe SOS. [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: http://www.groupe-sos.org/structures/1273/Urgence_Migrants

37. Organisation Mondiale de la Santé. Santé et droits de l'homme. Principaux faits [Internet]. World Health Organization. 2017 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/

38. Le droit à la santé [Internet]. Organisation Mondiale de a Santé, Haut-Comissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme; 2009 oct [cité 3 févr 2018]. Report No.: Fiche d'information n°31. Disponible sur: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf

39. Aide au paiement d'une complémentaire santé : les avantages [Internet]. Ameli-L'Assurance Maladie. 2017 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-paiement-complementaire-sante

40. CMU complémentaire : conditions et démarches [Internet]. Ameli-Assurance Maladie. 2018 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-financieres/complementaire-sante/cmu-complementaire

41. Arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L.162-9 et L.861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou do'rthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé [Internet]. Légifrance. 2017 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/19/AFSS1709691A/jo

42. Aide médicale de l'État (AME) : vos démarches [Internet]. Ameli-L'Assurance Maladie. 2018 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame

43. L'Aide médicale d'état, Quelles prestations? [Internet]. Accès aux soins bucco-dentaires. 2018 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/afficher.php?id=30&id_p=1&ti=Aide%20M%C3%A9dicale%20d%E2%80%99Etat%20(AME)%20&id_s=3

44. Libault D, Tregoat J-J, Podeur A. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2998-04 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers vivant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat [Internet]. SJSS0830002C janv 7, 2008. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-02/a0020048.htm

45. Borloo J-L, Douste-Blazy P, Olin N. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de

manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat. [Internet]. Legifrance. 2005 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_18852.pdf

46. Code de la santé publique - Article L6112-6 [Internet]. Code de la santé publique janv 26, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690691&dateTexte=&categorieLien=cid

47. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [Internet]. Code du travail, 98-657 juill 29, 1998. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894&categorieLien=id

48. Tapié de Celeyran F, Astre H, Nazmiye A, Dominique G, Thierry S-V, Nicolas V. Etude nationale surr les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bull Epidémiol Hebd. 5 sept 2017;19-20:396-405.

49. Debeaupuis J, Piveteau D. Circulaire relative à l'organisation et au fonctionnementdes permanences d'accès aux soins de santé. [Internet]. Legifrance. 2013 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37144.pdf

50. Qu'est-ce que le Samu Social ? [Internet]. Samu Social de Paris. 2014 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: https://www.samusocial.paris/quest-ce-que-le-samusocial

51. Réseau Psychiatrie et Précarité de Paris - Prises en charge spécifiques - Soins - Établissement Public de Santé Maison Blanche [Internet]. Etablissement Public de Santé Maison Blanche. [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: http://www.ch-maison-blanche.fr/Soins/Prises-en-charge-specifiques/Reseau-Psychiatrie-et-Precarite-de-Paris

52. Van Ginneken E. Health care access for undocumented migrants in Europe leaves much to be desired. Eurohealth. 1 déc 2014;20(4):11-4.

53. Druet PL, Attali C, Frappe P, Certain MH, Le Mauff P, Séjourne J-M, et al. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. Collège National des Généraliste Enseignants; 2009 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf

54. Joyandet A. Mission « Santé ». Principales observations du rapporteur spécial. [Internet]. Senat. 2018 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2018/np/np25/np255.html

55. Tremoulu R. Les dépenses de santé en 2016. Vue d'ensemble. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé; 2017 p. 14.

56. Rapport 2017 au Parlement sur le financement de Etablissements de Santé [Internet]. Ministère des solidarité et de la santé; 2017 [cité 17 sept 2018]. Report No.: L162-23-14. Disponible sur: http://www.specialitesmedicales.org/offres/doc_inline_src/666/201711281559240.Rapport_annuel_2017_financement_etablissements_sante.pdf

57. Geets C. La peur de la différence. Pensée Plurielle. 2003;no 5(1):7-16.

58. Hoyez A-C. Mobilités et accès aux soins des migrants en France — Géoconfluences [Internet]. Géoconfluences. 2012 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient4.htm

59. Mechali D. Pathologie des étrangers ou des migrants. Problèmes cliniques et thérapeutiques, enjeux de santé publique. Rev Eur Migr Int. 1990;6(3):99-127.

60. Fassin D. Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? GITSI-Groupe Inf Soutien Aux Trav Immigrés. avr 1998;(38):1-7.

61. Safon M-O, Page OS. IRDES, Institutde recherche et de documentation en économie de la santé. La santé des migrants - Bibliographie thématique. févr 2018; Disponible sur: http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf

62. Fassin D. Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. Cah L'Urmis [Internet]. 15 mai 1999 [cité 3 févr 2018];(5). Disponible sur: http://journals.openedition.org/urmis/351

63. Boisguérin F. Dossiers solidarité et santé - Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. 2012 [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/insertion-socio-professionnelle-etat-de-sante-et-recours-aux-soins-des

64. Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. Public Econ. 15 nov 2012;(24-25):73-100.

65. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2011 mai [cité 4 févr 2018]. Report No.: RM2011-061P. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf

66. Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the "healthy immigrant effect". CMAJ Can Med Assoc J. 8 mai 2007;176(10):1439-40.

67. Giuntella O, Mazzonna F. Do immigrants bring good health? mars 2014;ID 2424172(8073).

68. Lot F, Antoine D, Pioche C, Larsen C, Che D, Cazein F, et al. Trois pathologies infectieuses fréquemment retrouvées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose, l'héaptite B. Inst Veille Sanit. 17 janv 2012;(2-3-4):25-30.

69. Beauchemin C, Hamel C, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. INED Ed. 2016;5(354):624.

70. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today? Ital J Public Health [Internet]. 13 sept 2012 [cité 5 oct 2018];9(3). Disponible sur: https://ijphjournal.it/article/view/7532

71. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. La santé perçue des immigrés en France - Une exploitation de l'enquête décennale santé 2002-2003. Irdes Quest D'économie Santé. juill 2008;(133).

72. Lot F, Quelet S, Rey S, Hamers F, Verrier. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. Bull Épidémiologiqe Hebd [Internet]. 5 sept 2017 [cité 13 mars 2018];(N° 19-20). Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf

73. Porter M, Haslam N. Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. JAMA. 3 août 2005;294(5):602-12.

74. Bouhenia M, Ben Farhat J, Cohuet S. Evaluation de l'état sanitaire des réfugiés durant leurs parcours et à Calais, Région Nord Pas de Calais, Picardie, France. Epicentre-MSF. janv 2016;

75. Organisatin des Nations Unies. Libye : la souffrance des migrants détenus est un « outrage à la conscience de l'humanité » (ONU) [Internet]. ONU Info. 2017 [cité 2 févr 2018]. Disponible sur: http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=40511#.WnROQ-ciHIV

76. Organisation Mondiale de la Santé. Migration et santé : les principaux enjeux [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2018]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues

77. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bull Epidémiol Hebd. 28 févr 2017;19-20:405-14.

78. Pleine Droit - Santé des étrangers : l'autre double peine. [Internet]. Groupe d'Information et de Soutien aux Immigré.e.s. 2014 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: http://www.gisti.org/spip.php?article2072

79. Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats de bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans les centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. Candy. 5 sept 2017;(19-20):382-8.

80. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, CNLE. Le refus discriminant de certains professionnels de santé [Internet]. site du CNLE. 2009 [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: http://www.cnle.gouv.fr/le-refus-discriminant-de-certains.html

81. Kern T, Lardoux C, Tartière S, Emmanuelli X, Laporte A. Tuberculose chez les sans domicile fixe à Paris: mise en ø euvre de la stratégie DOT, Directly Observed Therapy. Numéro Thématique POINT SUR Tuberc. 2005;73.

82. Larchanché S. Intangible obstacles : health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. Soc Sci Med 1982. mars 2012;74(6):858-63.

83. Prétègne F, Montariol Y, Castera P, Beelur A, Ducos G. Le médecin généraliste et la barrière linguistique. Utilisation d'outils d'aide à la consultation en médecine générale. oct 2014;10(8):372-5.

84. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2005 [cité 3 févr 2018];1(30656). Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-34/30656

85. Berchet C. Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juin 2013;61:S69–S79.

86. Desprès C, Guillaume S, Couralet P-E. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. IRDES; 2009.

87. VIIème rapport d'évaluation de la loi CMU [Internet]. Fond de financement de la protection de la complémentaire de la couverture universelle du risque maladie; 2016 [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf

88. Boisguérin B, Haury B. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. [Internet]. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé; 2018 juill [cité 8 févr 2018]. Report No.: 645. Disponible sur: http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/DREES_juillet_2008_Les_beneficiaires_de_l_AME_en_contact_avec_le_systeme_de_soins.pdf

89. La Santé des exilés. Rapport d'observation et d'activité 2017. [Internet]. COMEDE. 2017 [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-Comede-2017-brochure.pdf

90. Firenze A, Aleo N, Ferrara C, Maranto M, LA Cascia C, Restivo V. The Occurrence of Diseases and Related Factors in a Center for Asylum Seekers in Italy. Zdr Varst. mars 2016;55(1):21-8.

91. Gétaz L, Lozano Becerra JC, Wolff H, Chappuis F, Albajar-Vinas P, Bodenmann P, et al. Maladies tropicales persistantes chez les migrants. Rev Médicale Suisse. 2014;10(425):827-32.

92. European Observatory on Health Systems and Policies, Williams G, Noori T. Infectious disease burden in migrants population in UE and EEA. 2014;20(4):3-6.

93. World Health Organization, Global Hepatitis Programme. Global hepatitis report, 2017 [Internet].WHO 2017 [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1

94. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 mars [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf

95. Haute Autorité de santé-Actualisation des actes de biologie médicale relatif au diagnostic

de la schistosomose (bilharziose). Argumentaire. [Internet]. HAS santé. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/argumentaire_schistosomose_vd.pdf

96. Guthmann J-P, Aït Belghiti F, Lévy-Bruhl D. Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015. Bull Epidemiol Hebd. mars 2017;7:116-26.

97. Looker KJ, Magaret AS, Turner KME, Vickerman P, Gottlieb SL, Newman LM. Global Estimates of Prevalent and Incident Herpes Simplex Virus Type 2 Infections in 2012. PLoS ONE [Internet]. 21 janv 2015 [cité 18 févr 2018];10(1). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301914/

98. Tafuri S, Prato R, Martinelli D, Melpignano L, De Palma M, Quarto M, et al. Prevalence of Hepatitis B, C, HIV and syphilis markers among refugees in Bari, Italy. BMC Infect Dis. 20 juill 2010;10:213.

99. Williams G, Odone A, Tillman T, Rechel B, Mladovsky P, Noori T, et al. Infectious disease burden in migrant populations in the European Union and European Economic Area. Eur J Public Health [Internet]. 1 oct 2014 [cité 25 mars 2018];24(suppl_2). Disponible sur: https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/cku162.041

100. Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015-octobre 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;19-20:374-81.

101. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Ommeren M van. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 5 août 2009;302(5):537-49.

102. Lhuillier P. Classification des troubles liés aux traumatismes psychiques. 2016.

103. Denoux P. La trajectoire comme facteur associé à l'étiopathogénie des troubles mentaux dans la migration. /data/revues/00034487/01650007/06001636/ [Internet]. 6 sept 2007 [cité 11 mars 2018];165(7). Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/65537

104. Li SSY, Liddell BJ, Nickerson A. The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. Curr Psychiatry Rep. 20 juill 2016;18(9):82.

105. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresolds : 12 months PTSD in the world mental health (WMH) surveys. Depress Anxiety. févr 2014;31(2):130-42.

106. Action de l'ARS dans la prise en charge des migrants. [Internet]. Agence Régionale de Santé Ile de France; 2016 déc [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: http://collectifpass.org/wp-content/uploads/2017/01/Migrants%20Bertini%202016.12.07.pdf

107. Chemlal K, Jestin C. Hépatite B : Dépistage. Repère pour votre pratique. [Internet]. Santé Publique France. 2016 [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1497.pdf

108. Guidelines for the screening, care and treatment d persons with chronic hepatitis C infection, updated version avril 2016. S.l.: World Health Organization; 2016.

109. Sogni P. Hépatite B [Internet]. 2014; INSERM. Disponible sur: https://hepatoweb.com/DES/exposes/DES01_2014_SOGNI/SOGNI.pdf

110. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017 mars [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_reco.pdf

111. Organisation Mondiale de la Santé. La stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose: cibles et indicateurs [Internet]. World Health Organization. 2015 [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/tb/strategy/end-tb/fr/

112. Le lay E, Guéguen J. Dépistage et diagnostic précoce : la tuberculose [Internet]. INVS; 2009 janv [cité 18 févr 2018]. (Repères pour votre pratique). Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1183.pdf

113. Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. Pathog Glob Health. mars 2017;111(2):59-68.

114. De Vito E, Parente P, De Waure C, Poscia A, Ricciardi W, World Health Organization, et al. Helth evidence network synthesis report 53. A review of evidence on equitable delivery, access and utilization of immunization services for migrants and refugees in the WHO European region [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/351644/HEN53.pdf?ua=1

115. Nappez DS. Rattrapage vaccinal chez les migrants primo-arrivants en France [Internet]. Société de Pathologie Infectieuses de Langue Française; 2017 mai p. 69. Disponible sur: http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-prevention/journee-gvp-20170504/vaccination-migrants-snappez.pdf

116. Les nouvelles données sur l'hépatite soulignent le besoin urgent d'une riposte mondiale. Communiqué de presse. [Internet]. World Health Organization. 2017 [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/fr/news-room/detail/21-04-2017-new-hepatitis-data-highlight-need-for-urgent-global-response

117. Admin F. Les droits des femmes et des filles réfugiées ou migrantes doivent être mieux protégés [Internet]. France terre d'asile. [cité 23 mai 2018]. Disponible sur: http://www.france-terre-asile.org/actualites/actualites/actualites-choisies/les-droits-des-femmes-et-des-filles-refugiees-ou-migrantes-doivent-etre-mieux-proteges

118. Avis de suivi sur la situation des migrants à Calais et dans le Calaisis. [Internet]. Journal Officiel de la République Française, CDHX1619561V juill 16, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032894616&categorieLien=id

119. Mairie de Paris. Mobilisation de la communauté de Paris pour l'accueil des réfugiés. mars 2017;Bilan.

120. De Champs Léger H. Comité de Pilotage 2016/2017. Consultation sans RDV-PASS de l'Hôtel-Dieu de Paris. 2017 avr.

121. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights. 28 oct 2015;15:29.

122. Etat de santé de la population en France. Rapport 2017. Déterminants, santé populationnelle et pathoogies spécifiques. [Internet].DREES; Ministère des solidarités et de la santé; 2017 mai [cité 12 oct 2018] p. 113-335. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/6-2.pdf

123. Campisi L, Berchtold A, Barrense-Dias Y, Akre C, Gehri M, Suris J-C. Risk behaviours among native and immigrant youths in Switzerland: a cross-sectional study. Swiss Med Wkly. 2017;147:w14531.

124. Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. PloS One. 2016;11(7):e0159134.

125. La santé est un droit humain fondamental [Internet]. WHO. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/fr/

Annexe 1 : Classification CISP-2

ICPC-2 – French

International Classification of Primary Care – 2nd Edition

Wonca International Classification Committee (WICC)

Procédures

-30 Ex médical/bilan santé détaillé
-31 Ex médical/bilan santé partiel
-32 Test de sensibilité
-33 Ex microbiologique/immunologique
-34 Autre analyse de sang
-35 Autre analyse d'urine
-36 Autre analyse de selles
-37 Cytologie/histologie
-38 Autre analyse de laboratoire
-39 Epreuve fonctionnelle
-40 Endoscopie
-41 Radiologie diagnostique/imagerie
-42 Tracé électrique
-43 Autre procédure diagnostique
-44 Vaccination/médication préventive
-45 Recom./éducation santé/avis/régime
-46 Discussion entre dispensateurs SSP
-47 Discussion dispensateur spécialiste
-48 Clarification de la demande du patient
-49 Autre procédure préventive
-50 Médication/prescription/injection
-51 Incision/drainage/aspiration
-52 Excision/biopsie/cautér/débridation
-53 Perfusion/intubat./dilatat./appareillage
-54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse
-55 Traitement local/infiltration
-56 Pansement/compression/bandage
-57 Thérapie manuelle/médecine physique
-58 Conseil thérap/écoute/examens
-59 Autres procédures thérapeutiques
-60 Résultats analyses/examens
-61 Résultats ex/procéd autre dispensateur
-62 Contact administratif
-63 Rencontre de suivi
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers
-66 Référence à dispens. SSP non médecin
-67 Référence à médecin
-68 Autre référence
-69 Autres procédures

Général et non spécifié A

A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons
A03 Fièvre
A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Evanouissement/syncope
A07 Coma
A08 Gonflement
A09 P. de transpiration
A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA
A13 Préoc. par/peur traitement

Sang, syst. hématop/ immunol. B

B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux B04 S/P du sang
B25 Peur du SIDA/du VIH
B26 Peur du cancer du sang/lymph.
B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B)
B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.
B70 Adénite aiguë
B71 Adénite chronique/non-spécifique
B72 Maladie de Hodgkin/lymphome
B73 Leucémie
B74 Autre cancer du sang
B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.
B76 Rupture traumat. de la rate
B77 Autre traumat. sang/lymph/rate
B78 Anémie hémolytique héréditaire
B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate
B80 Anémie par déficience en fer
B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét.
B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie
B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate

Syst. Digestif D

D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac
D04 Douleur rectale/anale
D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion
D08 Flatulence/gaz/renvoi
D09 Nausée
D10 Vomissement
D11 Diarrhée
D12 Constipation
D13 Jaunisse
D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna
D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale
D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives
D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition
D23 Hépatomégalie
D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale
D26 Peur du cancer du syst. digestif
D27 Peur d'une autre maladie digestive
D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif
D70 Infection gastro-intestinale
D71 Oreillons
D72 Hépatite virale
D73 Gastro-entérite présumée infectieuse
D74 Cancer de l'estomac
D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas
D77 Autre cancer digestif/NCA
D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.
D79 CE du syst. digestif
D80 Autre traumat. du syst. digestif

Oeil F

F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge
F03 Ecoulement de l'œil
F04 Taches visuelles/flottantes
F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale
F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière
F17 S/P lunettes
F18 S/P lentilles de contact
F27 Peur d'une maladie de l'œil
F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil
F70 Conjonctivite infectieuse F71 Conjonctivite allergique
F72 Blépharite, orgelet, chalazion
F73 Autre infection/inflammation de l'œil
F74 Tumeur de l'œil et des annexes
F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil
F79 Autre lésion traumat. de l'œil
F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil
F82 Décollement de la retire F83 Rétinopathie
F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée
F86 Trachome
F91 Défaut de réfraction F92 Cataracte
F93 Glaucome
F94 Cécité F95 Strabisme
F99 Autre maladie de l'œil/annexes

Oreille H

H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition
H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H04 Ecoulement de l'oreille
H05 Saignement de l'oreille
H13 Sensation d'oreille bouchée H15 Préoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille
H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l' oreille
H70 Otite externe
H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne séreuse
H73 Salpingite d'eustache
H74 Otite moyenne chronique
H75 Tumeur de l'oreille
H76 CE dans l'oreille
H77 Perforation du tympan
H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille
H80 Anom. congénitale de l'oreille
H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux
H83 Otosclérose
H84 Presbyacousie
H85 Traumatisme sonore H86 Surdité
H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde

Cardio-vasculaire

Ostéo-articulaire L

L01 S/P du cou
L02 S/P du dos
L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax
L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire
L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude
L11 S/P du poignet
L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche
L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou
L16 S/P de la cheville
L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire
L19 S/P musculaire NCA
L20 S/P d'une articulation NCA
L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul. L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
L29 Autre S/P ostéo-articulaire
L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur
L76 Autre fracture
L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou
L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation
L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
L83 Syndrome cervical
L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA
L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose
L90 Gonarthrose
L91 Autre arthrose
L92 Syndrome de l'épaule
L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose
L95 Ostéoporose
L96 Lésion aiguë interne du genou
L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
L98 Déformation acquise membres inf.
L99 Autre maladie ostéo-articulaire

Neurologique N

N01 Mal de tête
N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos
N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale
N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat
N17 Vertige/étourdissement
N18 Paralysie/faiblesse

médical A16 Nourrisson irritable
A18 Préoc. par son aspect extérieur
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer
A23 Facteur de risque
NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA
A27 Peur d'une autre maladie NCA
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général

A70 Tuberculose
A71 Rougeole
A72 Varicelle
A73 Paludisme
A74 Rubéole
A75 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 autre maladie virale NCA
A78 Autre maladie infectieuse NCA
A79 Cancer NCA

A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA
A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme
A84 Intoxication par subst. médicinale A85 Effet sec. subst. médicinale
A86 Effet toxique subst. non médicinale A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique
A89 Effet sec. de matériel prothétique

A90 Anom. congénitale NCA/multiple

A91 Résultat d'investigat. anormale NCA A92 Allergie/réaction allergique NCA A93 Nouveau-né prématuré
A94 Autre morbidité périnatale A95 Mortalité périnatale
A96 Mort
A97 Pas de maladie
A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé

D81 Anom. congénitale du syst. digestif

D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage
D85 Ulcère duodénal
D86 Autre ulcère peptique
D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite
D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale
D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire
D93 Syndrome du colon irritable
D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal
D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA
D98 Cholécystite/cholélithiase
D99 Autre maladie du syst. Digestif

CODES PROCÉDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

TRAUMATISMES

ANOMALIES CONGÉNITALES

AUTRES DIAGNOSTICS

K

K01 Douleur cardiaque
K02 Oppression/constriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA
K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes
K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur
K25 Peur d' de l'hypertension
K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K)
K29 Autre S/P cardiovasculaire

K70 Infection du syst. cardio-vasculaire
K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale
K72 Tumeur cardio-vasculaire
K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire

K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu
K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque
K78 Fibrillation auriculaire/flutter K79 Tachycardie paroxystique K80 Arythmie cardiaque NCA
K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire
K83 Valvulopathie NCA
K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée
K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique
K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire
K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire
K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes
K96 Hémorroïdes
K99 Autre maladie cardio-vasculaire

N19 Trouble de la parole
N26 Peur d'un cancer neurologique
N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
N29 Autre S/P neurologique

N70 Poliomyélite
N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos
N73 Autre infection neurologique

N74 Cancer du syst. neurologique
N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique

N79 Commotion
N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique

N85 Anom. congénitale neurologique

N86 Sclérose en plaque
N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie
N89 Migraine
N90 Algie vasculaire de la face
N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell N92 Névralgie du trijumeau
N93 Syndrome du canal carpien
N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension
N99 Autre maladie neurologique

Psychologique

P

P01 Sensation anxiété/nervosité/tension
P02 Réaction de stress aiguë

P03 Sensation de dépression
P04 Sentiment/comport. irritable/colère P05 Sensation vieux, comportement sénile P06 Perturbation du sommeil
P07 Diminution du désir sexuel
P08 Diminution accomplissement sexuel P09 Préoccupation sur identité sexuelle P10 Bégaiement, bredouillement, tic P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant P12 Enurésie
P13 Encoprésie
P15 Alcoolisme chronique P16 Alcoolisation aiguë P17 Usage abusif du tabac
P18 Usage abusif de médicament P19 Usage abusif de drogue
P20 Perturbation de la mémoire
P22 S/P du comportement de l'enfant
P23 S/P du comportement de l'adolescent P24 P. spécifique de l'apprentissage
P25 Problèmes de phase de vie adulte P27 Peur d'un trouble mental
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)
P29 Autre S/P psychologique

P70 Démence

Peau

S

S01 Douleur/hypersensibilité de la peau
S02 Prurit

S03 Verrue

S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau S06 Eruption localisée
S07 Eruption généralisée
S08 Modification de la couleur de la peau

S09 Doigt/orteil infecté S10 Furoncle/anthrax
S11 Infection post-traumat. de la peau

S12 Piqûre d'insecte
S13 Morsure animale/humaine S14 Brûlure cutanée
S15 CE dans la peau
S16 Ecchymose/contusion
S17 Eraflure, égratignure, ampoule S18 Coupure/lacération
S19 Autre lésion traumat. de la peau

S20 Cor/callosité
S21 S/P au sujet de la texture de la peau S22 S/P de l'ongle
S23 Calvitie/perte de cheveux
S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu S26 Peur du cancer de la peau
S27 Peur d'une autre maladie de la peau

U72 Urétrite

U75 Cancer du rein
U76 Cancer de la vessie U77 Autre cancer urinaire
U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire
U79 Autre tumeur indét. urinaire

U80 Lésion traumat. du tractus urinaire

U85 Anom. congénitale du tractus urinaire U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique U90 Protéinurie orthostatique
U95 Lithiase urinaire
U98 Analyse urinaire anormale NCA
U99 Autre maladie urinaire

Grossesse, accouchement et PF

W

W01 Question de grossesse W02 Peur d'être enceinte
W03 Saignement pendant la grossesse W05 Nausée/vomissement de grossesse W10 Contraception post-coïtale
W11 Contraception orale
W12 Contraception intra-utérine W13 Stérilisation chez la femme
W14 Autre contraception chez la

Syst. génital masculin et sein

Y

Y01 Douleur du pénis
Y02 Douleur des testicules, du scrotum Y03 Ecoulement urétral chez l'homme Y04 Autre S/P du pénis
Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum Y06 S/P de la prostate
Y07 Impuissance sexuelle NCA
Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme Y13 Stérilisation de l'homme
Y14 Autre PF chez l'homme Y16 S/P du sein chez l'homme
Y24 Peur dysfonction sexuelle homme Y25 Peur d'une MST chez l'homme Y26 Peur d'un cancer génital homme
Y27 Peur autre maladie génitale homme Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y) Y29 Autre S/P génitale chez l'homme

Y70 Syphilis chez l'homme
Y71 Gonococcie chez l'homme
Y72 Herpes génital chez l'homme Y73 Prostatite/vésiculite séminale
Y74 Orchite/épididymite

P71 Autre psychose organique P72 Schizophrénie
P73 Psychose affective
P74 Trouble anxieux/état anxieux P75 Trouble somatoforme
P76 Dépression
P77 Suicide/tentative de suicide P78 Neurasthénie, surmenage
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif P80 Trouble de la personnalité
P81 Trouble hyperkinétique
P82 Syndrome de stress post-traumatique P85 Retard mental
P86 Anorexie mentale, boulimie P98 Autre psychose NCA
P99 Autre trouble psychologique

Respiratoire

R

R01 Douleur du syst. respiratoire R02 Souffle court, dyspnée
R03 Sibilance
R04 Autre P. respiratoire R05 Toux
R06 Saignement de nez, épistaxis R07 Congestion nasale, éternuement R08 Autre S/P du nez
R09 S/P des sinus R21 S/P de la gorge R23 S/P de la voix R24 Hémoptysie
R25 Expectoration/glaire anormale
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire R27 Peur d'une autre maladie respiratoire R28 Limitation de la fonction/incap. (R)
R29 Autre S/P respiratoire

R71 Coqueluche
R72 Streptococcie pharyngée R73 Furoncle/abcès du nez
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup. R75 Sinusite aiguë/chronique
R76 Angine aiguë
R77 Laryngite, trachéite aiguë R78 Bronchite aiguë, bronchiolite R79 Bronchite chronique
R80 Grippe R81 Pneumonie
R82 Pleurésie, épanchement pleural
R83 Autre infection respiratoire

R84 Cancer des bronches, du poumon R85 Autre cancer respiratoire
R86 Tumeur respiratoire bénigne
R87 CE du nez, du larynx, des bronches
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.
R89 Anom. congénitale du syst. resp.
R90 Hypertrophie amygdales/végétations
R92 Autre tumeur indét. du syst. resp.
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive R96 Asthme
R97 Rhinite allergique
R98 Syndrome d'hyperventilation R99 Autre maladie respiratoire

CODES PROCEDURE

SYMPTÔMES ET PLAINTES

INFECTIONS

NÉOPLASMES

S28 Limitation de la fonction/incap. (S) S29 Autre S/P de la peau

S70 Zona
S71 Herpes simplex
S72 Gale/autre acariose
S73 Pédiculose/autre infestation peau S74 Dermatophytose
S75 Moniliase/candidose de la peau
S76 Autre maladie infectieuse de la peau

S77 Cancer de la peau S78 Lipome
S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau S80 Kératose actinique/coup de soleil
S81 Hémangiome/lymphangiome
S82 Naevus/naevus pigmentaire
S83 Autre anom. congénitale de la peau

S84 Impétigo
S85 Kyste/fistule pilonidal S86 Dermatite séborrhéique
S87 Dermatite atopique/eczéma S88 Dermatite et allergie de contact S89 Erythème fessier
S90 Pytiriasis rosé S91 Psoriasis
S92 Maladie des glandes sudoripares S93 Kyste sébacé
S94 Ongle incarné
S95 Molluscum contagiosum S96 Acné
S97 Ulcère chronique de la peau S98 Urticaire
S99 Autre maladie de la peau

Métabol., nutrit., endocrinien

T

T01 Soif excessive
T02 Appétit excessif T03 Perte d'appétit
T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant T05 P. d'alimentation de l'adulte
T07 Gain de poids T08 Perte de poids
T10 Retard de croissance T11 Déshydratation
T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit. T28 Limitation de la fonction/incap. (T) T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit.,
T70 Infection du syst. endocrinien

T71 Cancer de la thyroïde
T72 Tumeur bénigne de la thyroïde T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien

T78 Canal/kyste thyréoglosse
T80 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit.

T81 Goitre
T82 Obésité
T83 Excès pondéral
T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxicose
T86 Hypothyroïdie/myxœdème T87 Hypoglycémie
T89 Diabète insulino-dépendant
T90 Diabète non insulino-dépendant T91 Carence vitaminique/nutritionnelle T92 Goutte
T93 Trouble du métabolisme des lipides T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit

Système Urinaire

U

U01 Dysurie/miction douloureuse U02 Miction

femme W15 Stérilité - hypofertilité de la femme W17 Saignement du post-partum
W18 Autre S/P du post-partum
W19 S/P du sein/lactation post-partum
W21 Préoc. par modific. image et grossesse W27 Peur complications de la grossesse
W28 Limitation de la fonction/incap. (W) W29 Autre S/P de la grossesse
W70 Infection puerpérale, sepsis
W71 Infection compliquant la grossesse

W72 Tumeur maligne avec grossesse
W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse
W75 Lésion traumat. et grossesse
W76 Anom. congénitale et grossesse
W78 Grossesse
W79 Grossesse non désirée W80 Grossesse ectopique W81 Toxémie gravidique W82 Avortement spontané
W83 Avortement provoque W84 Grossesse a haut risque
W85 Diabète gravidique
W90 Acc. non complique, enfant vivant W91 Acc. non complique, enfant mort W92 Acc. complique, enfant vivant W93 Acc. complique, enfant mort
W94 Mastite puerpérale
W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation W96 Autre complication puerpérale
W99 Autre maladie de la grossesse/acc.

Syst.génital féminin et sein

X

X01 Douleur génitale chez la femme X02 Douleur menstruelle
X03 Douleur intermenstruelle
X04 Rapport sexuel douloureux femme X05 Menstruation absente/rare
X06 Menstruation excessive

X07 Menstruation irrégulière/fréquente
X08 Saignement intermenstruel X09 S/P prémenstruel
X10 Ajournement des menstruations X11 S/P liés a la ménopause
X12 Saignement de la post-ménopause X13 Saignement post-coïtal femme X14 Ecoulement vaginal
X15 S/P du vagin X16 S/P de la vulve
X17 S/P du petit bassin chez la femme X18 Douleur du sein chez la femme X19 Tuméfaction/masse du sein femme
X20 S/P du mamelon chez la femme
X21 Autre S/P du sein chez la femme X22 Préoc. par l'apparence des seins X23 Peur d'une MST chez la femme X24 Peur dysfonction sexuelle femme X25 Peur d'un cancer génital femme
X26 Peur d'un cancer du sein femme
X27 Peur autre mal. génitale/sein femme X28 Limitation de la fonction/incap. (X)
X29 Autre S/P génital chez la femme

X70 Syphilis chez la femme
X71 Gonococcie chez la femme
X72 Candidose génitale chez la femme X73 Trichomonase génitale femme
X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme

X75 Cancer du col de l'utérus
X76 Cancer du sein chez la femme
X77 Autre cancer génital chez la femme X78 Fibrome utérin
X79 Tumeur bénigne du sein femme
X80 Tumeur bénigne génitale femme X81 Autre tumeur génitale indét. femme

Y75 Balanite
Y76 Condylome acuminé chez l'homme
Y77 Cancer de la prostate
Y78 Autre cancer génital chez l'homme Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme
Y80 Lésion traumat. génitale homme

Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce Y82 Hypospadias
Y83 Ectopie testiculaire
Y84 Autre anom. congénitale homme

Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate Y86 Hydrocèle
Y99 Autre maladie génitale chez l'homme

Social

Z

Z01 Pauvreté/P. économique Z02 P. d'eau/de nourriture Z03 P. d'habitat/de voisinage
Z04 P. socioculturel
Z05 P. de travail
Z06 P. de non emploi Z07 P. d'éducation
Z08 P. de protection sociale Z09 P. légal
Z10 P. relatif au syst. de soins de santé Z11 P. du fait d'être malade/compliance Z12 P. de relation entre partenaires
Z13 P. de comportement du partenaire Z14 P. du à la maladie du partenaire Z15 Perte/décès du partenaire
Z16 P. de relation avec un enfant Z18 P. du à la maladie d'un enfant Z19 Perte/décès d'un enfant
Z20 P. relation autre parent/famille
Z21 P. comportem. autre parent/famille Z22 P. du à la mal. autre parent/famille Z23 Perte/décès autre parent/famille
Z24 P. de relation avec unami
Z25 Agression/évènement nocif NCA Z27 Peur d'un P. social
Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z) Z29 P. social NCA

Abréviations

/	ou
Acc.	Accouchement
Anom	Anomalie
Bén.	Bénin (igne)
CE	Corps étranger
Gén	Généralisé(e)
Incap	Incapacité
Indét	Indéterminé(e)
Loc.	Localisé(e)
Mal.	Maladie
MST	Maladie sexuellement transmissible
NCA	Non classé ailleurs
P.	Problème
Préoc	Préoccupé(e)
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
S/P	Symptôme ou plainte
Sec.	Secondaire
Subs	Substance
Syndr	Syndrome
Tum.	Tumeur

Traducteurs: Michel Roland et Marc

TRAUMATISMES ANOMALIES CONGÉNITALES AUTRES DIAGNOSTICS	fréquente/impérieuse U04 Incontinence urinaire U05 Autre P. de miction U06 Hématurie U07 Autre S/P au sujet de l'urine U08 Rétention d'urine U13 Autre S/P de la vessie U14 S/P du rein U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire U27 Peur d'une autre maladie urinaire U28 Limitation de la fonction/incap. (U) U29 Autre S/P urinaire U70 Pyélonéphrite/pyélite U71 Cystite/autre infection urinaire	X82 Lésion traumat. génitale femme X83 Anom. génitale congénitale femme X84 Vaginite/vulvite NCA X85 Maladie du col de l'utérus NCA X86 Frottis de col anormal X87 Prolapsus utero-vaginal X88 Maladie fibrokystique du sein X89 Syndrome de tension prémenstruelle X90 Herpes génital chez la femme X91 Condylome acuminé chez la femme X92 Infection génitale chlamydia femme X99 Autre maladie génitale de la femme	**Jamoulle**

Annexe 2 : Dossier médical patient

UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES

HÔTEL-DIEU
1, rue de la Cité – 75181 PARIS Cedex 04 –Tél : 01.42.34.82.34

CENTRE DE DIAGNOSTIC ET DE THERAPEUTIQUE
Médecine Générale Sans RDV – Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) UF526

Chef de Service : **Pr Jacques BLACHER** Médecins :Tél : 01.42.34.78.54 Mail : mg.pass@htd.aphp.fr **Dr Hélène de CHAMPS-LEGER (PH)** **Dr Gil CHICHEPORTICHE** **Dr Benoît DUREL** **Dr Fabienne BOULAY** **Dr Maryline GIORNO** **Dr Hélène LELONG** **Dr Guillaume RIEUTORD** **Dr Laurence BEQUET** **Dr Claire de BRIE** **Internes :** 01.42.34.82.34 poste 420 49	Assistant Social : **Jimmy Guignard** Tél : 01 42 34 88 98 jimmy.guignard@htd.aphp.fr Cadre de Santé : **Yannick KERJOSE** : 01.42.34.82.09 Accueil paramédical : **Mirella AGAD** : poste 42566 Secrétariat: **Médical : V. LABRO – S . SOARES** Tél : 01 42 34 89 66 - 80 25 - Fax : 01 42 34 86 32

NOM Prénom **Année de naissance** **:** Cliquez ici pour taper du texte.
DDN : Cliquez ici pour taper du texte.
NIP : **Tél :** Cliquez ici pour taper du texte.

ATCD Personnels
Médicaux :
-
-
Chirurgicaux :
Poids : **Taille** : **IMC** :
Alcool : **Tabac** : **Cannabis :**

Traitements au long cours Allergies : Intolérances médicamenteuses :
-

Vaccinations
- DTPC :
- VHB :
- Autres :

UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES

HÔTEL-DIEU
1, rue de la Cité – 75181 PARIS Cedex 04 –Tél : 01.42.34.82.34

Dépistage / Prévention	
FCV : Mammographie : Hémocult : Sérologie syphilis : ○ Elisa : ○ TPHA : ○ VDRL : - Autres :	VIH : VHC : VHB : ○ AgHBs : ○ AcHBc : ○ AcHBs :
Biologie - **Ex complémentaires** -	

Correspondants / adressé par :
-

Consultation du Cliquez ici pour entrer une date. **par Dr** Choisissez un élément.

Motif de consultation :

Ex clinique :

CAT :

Bilan HTA

- ../../.. : NFS – iono – LDL/HDL – Créat – ASAT/ALAT – GAJ – microalbU :

Bilan diabéto

- ../../.. : HbA1c – NFS – iono – LDL/HDL – Créat – ASAT/ALAT – GAJ – microalbU :

Bilan initial hépatite

- ../../.. : NFS – LDL/HDL – GAJ – Créat – ASAT= - ALAT= - PAL= - GGT= - TP= – AFP= - VHA= - PCR= - Ferritine = - Ac HBe= - Ag HBe=

Bilan IST

- ../../.. : PCR Chlamydia, Gonocoque, Mycoplasme = - PV –
-
- A Paris – Le Cliquez ici pour entrer une date. Au Docteur
- Cher Confrère, Chère Consœur,
- ….
- Cordialement,
- Dr. Choisissez un élément.

Titre de la thèse en anglais

Medico-social characteristics and health care pathway of migrants received in general medicine consultation in 2016 after a nurse evaluation for sanitary orientation.

Résumé en anglais

Since 2015, the number of newly arrived migrants arriving on the French territory highly increased. A nurse evaluation for sanitary orientation was established by the Samu Social de Paris in the emergency lodging centres, in partnership with general medicine structures. The aim of this work was to study the medico-social characteristics and the health care pathway of a migrant's sample concerned by these measures. We realised a descriptive, retrospective, mono-centric epidemiological study of migrant patients received at the free appointment general medicine consultation at the Hôtel-Dieu hospital in Paris, between the 1st of May 2016 until the 31 of October 2016. The patient files enable us to inventory pathologies diagnosed as well as health care consumption: general and specialised, paramedical exams. 130 patients were included, essentially young men. 84,6% were native from Soudan and Afghanistan. 91,5% did not have any social protection cover in the beginning of the health care. 5,4% talked French. 26,2% of patients benefited from specialised medical advice. The most frequent pathologies were digestive (27,5%), osteoarticular (16,3%), cutaneous (15,9%) and psychiatric (10,7%). 28,8% were infectious. 16,9% of patients declared have suffered from violence. 12,4% of patients had chronic pathologies. For all the already known chronic pathologies, the medical follow-up or treatment had been disrupted. The health needs of newly arrived patients showed that a medical consultation had to be proposed systematically.

Mots clés en anglais

General practice, transients and migrants, refugees, health status, critical pathway

Titre de la thèse

Caractéristiques médico-sociales et parcours de soins de migrants reçus en médecine générale courant 2016 après bilan d'orientation infirmier.

Résumé

A partir de 2015, le nombre de migrants primo-arrivants accueillis sur le territoire français a fortement augmenté. Un bilan infirmier d'orientation sanitaire a été mis en place par le Samu Social de Paris dans les centres d'hébergement d'urgence, en partenariat avec des structures de médecine générale. L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques médico-sociales et le parcours de soins d'une sous-population de migrants concernés par le dispositif. Nous avons réalisé une étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, monocentrique des patients migrants reçus à la consultation de médecine générale sans rendez-vous de l'hôpital Hôtel-Dieu de Paris entre le 1er mai 2016 et le 31 octobre 2016. Les dossiers des patients nous ont permis de répertorier les pathologies diagnostiquées ainsi que la consommation de soins : consultations de médecine générale et spécialisée, examens paramédicaux. 130 patients ont été inclus, essentiellement des hommes jeunes. 84,6% étaient originaires du Soudan et de l'Afghanistan. 91,5% n'avaient pas de couverture sociale en début de prise en charge. 5,4% parlaient français. 26,2% des patients ont bénéficié d'un avis spécialisé. Les pathologies les plus fréquentes étaient digestives (26,3%), osto-articulaires (15,6%), cutanées (15,2%) et psychiatriques (14,4%). 27,6% étaient infectieuses. 16,9% des patients déclaraient avoir été victimes de violences. 12,4% des patients avaient une pathologie chronique. Les pathologies chroniques déjà connues étaient toutes en rupture de suivi ou de traitement. Les besoins de santé de ces patients primo-arrivants ont montré qu'une consultation médicale doit systématiquement être proposée.

Mots clés en français

Médecine générale, population de passage et migrants, réfugiés, état de santé, parcours de soins

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06