



HAL
open science

Dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique chez les demandeurs d'asile, une étude descriptive au CAES de Paris 18ème du 28/05/2019 au 27/09/2019

William Lefevre

► To cite this version:

William Lefevre. Dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique chez les demandeurs d'asile, une étude descriptive au CAES de Paris 18ème du 28/05/2019 au 27/09/2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03466908

HAL Id: dumas-03466908

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03466908v1>

Submitted on 6 Dec 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

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'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2020

N° 19

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 28 février 2020

Par

William LEFEVRE

**Dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique chez les
demandeurs d'asile, une étude descriptive au CAES de Paris 18ème
du 28/05/2019 au 27/09/2019**

Dirigée par Mme la Docteure Aurélie Sautereau

JURY

M. le Professeur Yazdan Yazdanpanah, PU-PH	Président
Mme la Docteure Aurélie Sautereau	Directrice
M. le Docteur Pierre Alexis Geoffroy, MCU-PH	Membre du jury
M. le Docteur Josselin Le Bel, MCU	Membre du jury
Mme la Docteure Armelle Pasquet	Membre du jury

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

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

M. le Pr Yazdanpanah, je vous suis reconnaissant de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse et d'avoir permis l'aboutissement de notre projet de recherche.

Aux membres du jury,

A Armelle, merci pour ton soutien toujours bienveillant dans l'élaboration de ce projet.

Au Dr Geoffroy, merci d'avoir accepté avec enthousiasme d'être membre de ce jury et d'y apporter le précieux regard d'un psychiatre.

Au Dr Lebel, merci pour l'intérêt immédiat que vous avez manifesté pour ce travail. Il me semble que la médecine de proximité fait partie des solutions aux problématiques soulevées ici.

A ma directrice de thèse, et aux personnes qui ont rendu ce travail possible,

Aurélie, dire que cette étude est née un soir d'hiver rue Clignancourt, il y a 3 ans déjà... Merci de l'avoir sauvée en acceptant d'en prendre la direction. Tu es une personne rare, lumineuse. C'est une chance de te côtoyer chaque jour, en tant que collègue et en tant qu'amie.

A Sylvie, merci d'y avoir cru d'emblée, merci pour ta sympathie, et tes précieuses directives.

A Aïda, à l'équipe de l'IMEA, merci pour votre temps et votre aide indispensable.

Merci à Delphine, Mathilde, Chloé, Najeeb, Assan, Mehdi (et aux autres que j'oublie) pour le travail qu'ils ont fourni dans cette étude, et pour celui qu'ils effectuent au quotidien auprès de ceux qui ne sont plus chez eux nulle part.

Aux maîtres, confrères, consœurs qui m'ont accompagné durant mon cursus,

Au Dr Francis Candelier, tu m'as appris de la médecine générale son théâtre, ses postures et ses gestes. Je t'en serai éternellement reconnaissant.

Au Pr Carrié, malgré quelques visites houleuses je garde un excellent souvenir de vos enseignements, ainsi qu'un intérêt non dissimulé pour la cardiologie.

Aux chefs qui m'ont enseigné la médecine avec patience, bienveillance et justesse : Nicoletta, Anne-Laure, Marie-Annick, Christophe, Cédric, Nabil, Yuri, Ghassem, vous saurez pardonner la fougue, parfois arrogante, du jeune interne que j'étais.

Aux équipes qui ont accompagné mon cursus et avec qui j'ai tant de bons souvenirs : Claudine, Luce, Lamina, Mireille, Laurence, Pia.

A l'équipe de l'Hotel-Dieu, mes co-internes et amis Aurélie, Vass, Momo le viandard, Elsa, le grand Chawles, et notre fière taverne le Colombiano. On était mal payé mais qu'est-ce qu'on a ri.

A Paul Brousse, la grande solitude des nuits de garde, la clope au bec et la peur au ventre.

A mes proches,

A Nawel, il y a le sens des choses et le sens de nous, qui est un sens propre. Il y a la mer qui nous unit dans ses reflets. Le temps sans effet. Les rues solitaires, les canaux qui m'ont vu naître, que nous quitterons. Comme tu as tout quitté. Comme tu es aérienne, sans attache, sans encombre. Et la promesse d'un horizon satisfaisant. Je me satisferai n'importe où. Où tu seras.

A Maman, puisque décidément il n'y a rien de plus fort au monde qu'une mère seule, ton éducation sera certainement pour toujours ma plus grande richesse.

A Alain. Mohamed, Idir, tu as toujours été pour moi un exemple d'abnégation. Je t'admire.

A Léo, je t'aime tarpin frérot.

A Papa pour tout ce que tu m'as apporté malgré la distance.

A Mamie Hélène, le poussin bleu t'embrasse fort.

A Tata Liz, merci pour ta tendre bienveillance, et ta rude travaritsa. A nos discussions interminables. A Anne-Laure, Jo, Roxanne, qui forment un magnifique foyer. A André.

A Mamie Framboise, Sev'. Aux soirées pizzas volantes, et tous les bons moments passés à vos côtés. A Marcelo qui nous manque à tous. A Gégé qui fait partie de la famille.

A Ninon, Véro, Philippe, vous êtes toujours là quelque part, évidemment.

A Papi, toi qui as vécu le temps de la France de tous les continents, qui en as gardé cette cicatrice sourde qui vous fait taire à jamais. Je sais que tu attendais ce moment.

A Martin et Nathalie, Loup et Caro, je vous connais d'aussi loin que ma mémoire porte, vous êtes ma famille. A Laurence qui nous a quittés trop tôt.

A Brahim et Aziza, votre histoire résonne dans ce travail.

A Flo, tu es pour moi le repère, la stabilité d'un frère, doublé d'un amour de brigand. A Nicole, Patrick, Nathan et Alexis pour qui j'ai une tendre affection. A Florence qui te rend si heureux, à la petite puce Adèle qui vient de naître !

A KB, m^osieur tauteur c'est avec grand regret que je me r^esigne \grave{a} attendre pour toujours ma demi-douzaine de pipas bien sal \acute{e} e au sel de Gu \acute{e} rande une fou \acute{e} ! A Pauline, au p'tit chou Sacha !

A Adrian, tu es un vieux crabe goguenard, une mance ancienne. Tout est dit.

A Tom, notre sort aurait pu \hat{e} tre funeste \grave{a} la Revelate. Morts de rire, on revient de loin fr \acute{e} re. A Albanie qui te compl \acute{e} te si bien.

A Boubou, vieux lobo \grave{a} cette heure tu tra \acute{i} nes ta bosse sous d'autres latitudes. Profitez donc de voir le monde. A Emma avec qui tu r \acute{e} alises tous tes projets.

A Anna et Jean-Simon, je me d \acute{e} lecterai toujours de refaire le monde avec vous autour de ces d \acute{e} licieux repas.

A Fabien, de la brousse \grave{a} la plaine, que de chemin parcouru poulet !

Aux amis de Toulouse, de m \acute{e} decine ou d'avant, Gillou, Dada, Patoch, Llol's, Louise et Louise, Antoine, Cholle, Lebal, Maracasse, Ben, les 2 escargots de la rue Agathoise.

Aux amis de Paris Zo \acute{e} et Jonas, Lucas et Caro, Gab' et Delphine.

Aux restaurants familiaux,

J'ai grandi en vous, des flippers enfum \acute{e} s du Compositeur au charme de quartier du Bistrot des Halles, en passant par le Paisible et sa place de village. C'est en jouant, en travaillant derri \acute{e} re vos comptoirs et vos tables que j'ai appris \grave{a} \acute{e} couter les histoires des autres.

A mon 19^{eme} arrondissement,

Tu nais o \grave{u} Paris meurt doucement. Une bordure pour rien, une transition fragile. J'ai arpent \acute{e} tes portes mis \acute{e} rables, ton canal, tes collines, pour te comprendre, pour me chercher. J'y ai trouv \acute{e} toutes les v \acute{e} rit \acute{e} s du monde.

A l'Alg \acute{e} rie, \grave{a} Oran,

En ces heures incertaines, puisses-tu trouver la stabilit \acute{e} et la paix que ton peuple m \acute{e} rite.

A la mer,

A mes patients, A Giorgio.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ABREVIATIONS

ADA : Allocation pour Demandeur d'Asile

CAES : Centre d'Accueil et d'Examen des Situations

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} révision.

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNDA : Cour Nationale du Droit d'Asile

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPA : Centre de Premier Accueil de La Chapelle

CPP : Comité de Protection des Personnes

COMEDE : Comité pour la Santé des Exilés

DSM V : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5eme édition

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

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

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PC-PTSD-5 : Primary Care Post-Traumatic Stress Disorder 5

PUMa : Protection Universelle Maladie

SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

SSP : Samu Social de Paris

UE : Union Européenne

TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	3
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	7
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	8
<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	10
<u>INTRODUCTION</u>	11
<u>CONTEXTE DE L'ÉTUDE</u>	12
I. Les populations migrantes	
1. Définitions	
a. Les différentes terminologies	
b. Cadre légal	
2. Épidémiologie des exilés en situation de grande précarité en région parisienne	
a. Actualité et territoire	
b. Données socio-épidémiologiques et état de santé des populations	
3. Les parcours	
a. Migratoires	
b. Administratifs	
c. Hébergement	
d. Accès aux soins	
II. L'Etat de Stress Post-traumatique	
1. Généralités	
2. Définition et critères diagnostiques	
3. Score PC-PTSD-5	
<u>HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE</u>	24
<u>MATÉRIEL ET MÉTHODES</u>	25
<u>RÉSULTATS</u>	30
<u>DISCUSSION</u>	45
<u>CONCLUSION</u>	52
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	53
<u>ANNEXES</u>	57

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Annexe 1 : Typologie des dispositifs d'hébergement des personnes exilées

Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique, DSM-V

Annexe 3 : Note d'information au patient

Annexe 4 : Note de non opposition

Annexe 5 : Questionnaire PC-PTSD-5

Annexe 6 : Avis favorable du CPP et amendement de prolongation de l'étude

INTRODUCTION

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) rapporte en 2018 un nombre historiquement haut de déplacements de population avec 68,5 millions de personnes en déplacement à travers le monde. L'Europe a récemment connu une vague migratoire importante entre 2014 et 2017 avec un pic d'environ 1 million d'entrées dans l'espace Schengen en 2015 (1).

En France en 2018, l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) a enregistré 122 743 demandes d'asile dont 46 700 ont été acceptées aux titres du statut de réfugié et de la protection subsidiaire. Le nombre de demandes a plus que doublé en 5 ans puisqu'il était de 50 952 en 2014 (2).

Les professionnels de santé, travailleurs sociaux et milieux associatifs qui travaillent au contact des populations exilées constatent au quotidien des histoires personnelles marquées par des violences, ayant motivé le départ ou bien vécues au décours de l'exil, ainsi qu'une importante souffrance psychique.

Les données de la littérature sont rares et hétérogènes concernant le psycho-traumatisme des exilés et les acteurs de soins primaires sont peu sensibilisés à appréhender de tels troubles.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence du vécu traumatique et de dépister l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) chez une population de demandeurs d'asile représentative des flux migratoires récents.

CONTEXTE DE L'ETUDE

I. Les populations migrantes

1. Définitions

a. Les différentes terminologies

Divers termes sont couramment employés pour désigner les flux migratoires illégaux récents, à la croisée de considérations démographiques, médico-sociales, administratives, politiques ou idéologiques (3) (4) (5).

Un migrant est une personne quittant son pays d'origine pour s'installer durablement dans un pays dont elle n'a pas la nationalité (6).

Un immigré est une personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France ; elle reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française (6).

Le terme d'exilé évoque le caractère contraint de la situation de migration, notamment ses aspects psychologiques (6).

Le terme de primo-arrivant désigne une personne étrangère hors Union Européenne admise pour la première fois au séjour en France, et signataire d'un Contrat d'Accueil et d'Intégration. C'est une catégorie administrative dont le sens est souvent détourné dans le langage courant (7).

Un demandeur d'asile est une personne qui sollicite une protection internationale hors des frontières de son pays. Elle ne lui a donc pas encore été accordée (8).

Au vu de ces définitions, on remarque la difficulté de faire référence à la vulnérabilité des personnes et à l'individualité des histoires à travers ces termes souvent génériques et globaux.

b. Cadre légal

Du point de vue juridique, il existe en France trois formes de protection accordée par l'OFPRA

(8) (9) :

- Le statut de réfugié, qui repose sur 3 fondements juridiques :
 - La convention de Genève relative au statut de réfugié du 28 juillet 1951 : « *le terme de réfugié s'applique à 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, qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner.* »
 - Les articles 6 et 7 du statut du HCR.
 - L'asile constitutionnel, inscrit à l'alinéa 4 de la Constitution de 1946, concernant : « *toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté* »
- La protection subsidiaire, accordée à toute personne ne remplissant pas les critères du statut de réfugié mais pour laquelle il existe un risque avéré à retourner dans son pays d'origine.
- Le statut d'apatride, défini par la Convention de New York du 28 septembre 1954 qui peut être octroyé à toute personne « qu'aucun état ne reconnaît comme son ressortissant en application de sa législation ».

2. Epidémiologie des exilés en situation de grande précarité en région parisienne

a. Actualité et territoire

La France constitue pour plusieurs raisons un carrefour migratoire singulier. Sa position centrale en Europe, sa proximité géographique avec le Royaume-Uni, sa proximité culturelle et linguistique avec les pays francophones d’Afrique, son niveau de développement sont autant de raisons historiques et actuelles expliquant que la convergence des flux vers son territoire (10).

Depuis 2010, les instabilités politiques au Proche-Orient et en Afrique sub-saharienne entraînent un accroissement des flux migratoires vers l’espace Schengen (10). Le démantèlement des camps de Calais en 2016 a entraîné un afflux de migrants en région parisienne avec la constitution de campements de rue de grande ampleur (plusieurs milliers de personnes) principalement dans le nord de Paris (11).

C’est dans ce contexte qu’est créée la « bulle humanitaire » du Centre de Premier Accueil (CPA) de la porte de La Chapelle en novembre 2016. Elle propose un hébergement de courte durée, un examen des situations administratives, une offre de soin et une réorientation vers des centres d’hébergement de longue durée. Elle ferme ses portes en mars 2018 avec l’essor de nouveaux centres : les Centres d’Accueil et d’Examen des Situations (CAES) (12).

Le CAES du 18^{ème} arrondissement dit « La Boulangerie », situé boulevard Ney, ouvre le 6 avril 2018. Il est depuis géré par Adoma, ex Société Nationale de Construction pour les Travailleurs (SONACOTRA), et propose 150 places d’hébergement à des demandeurs d’asile masculins. L’admission au centre se fait via des accueils de jour (2 à 3 inclusions de 50 personnes par semaine) ou via des places « vulnérables » obtenues par l’association France Terre d’Asile (2 à 3 inclusions par jour de personnes identifiées durant les maraudes), pour une durée d’hébergement de 14 jours en moyenne. Le pôle santé du centre est géré par le Samu

Social de Paris (SSP) et accessible aux personnes hébergées. Un bilan infirmier leur est d'ailleurs systématiquement proposé (environ 100 bilans effectués par mois). Par ailleurs, le centre accueille également un bureau de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII). Puis, en fonction de leur statut administratif les personnes sont orientées vers des Hébergements d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA) ou des Centres d'Accueil et d'Orientation (CAO).

b. Données socio-épidémiologiques et état de santé des populations

Une étude du SSP auprès des migrants accueillis en centre d'hébergement d'urgence en Ile-de-France portant sur 2580 personnes entre mai et décembre 2016 rapportait une population majoritairement jeune (âge médian de 25 ans), masculine (95%), célibataire (54%), principalement originaire d'Afrique de l'Est (Soudan 44%, Somalie 5%, Erythrée 6%) et d'Afghanistan (33%). Les langues parlées étaient l'arabe (49%), l'anglais (17%), le pachto (15%) et le dari (7%). Des signes de souffrance psychique étaient présents chez un tiers des patients et un patient sur quatre souhaitait rencontrer un professionnel en santé mentale. La grande majorité était passée par des campements de rue du nord parisien (13).

En 2017, un bilan épidémiologique des patients (N=80) orientés du CPA à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de l'Hôtel-Dieu retrouvait une population similaire avec une prépondérance de motifs de consultation d'ordre infectieux (30%). La souffrance psychique ne représentait que 10% des motifs de consultation mais était fréquemment détectée par le médecin consultant (14).

Une étude observationnelle au CPA en 2018 montrait, outre une population similaire en termes d'âge et d'origine géographique, un taux d'illettrisme de 26% contre 4% de cadres ou professions supérieures. La moitié des patients (53%) avaient quitté leur pays en raison d'un conflit armé et 61% déclaraient avoir subi des violences. Les diagnostics retenus étaient à 30%

d'ordre infectieux (en grande majorité bénin), 20% de lésions traumatiques et troubles ostéo-articulaires et 15% de troubles psychiques (12).

3. Les Parcours

a. Migratoires

La durée médiane des trajets migratoires varie selon les études. Elle dépend du pays d'origine, du pays de destination et des aléas du parcours.

Une étude prospective sur 728 demandeurs d'asile en centre d'accueil de janvier à mars 2018 retrouvait une durée médiane de migration de 25 mois (15). Le passage par la Libye était associé à une proportion de violences plus importante (90% vs 61%). Trois voies indépendantes de migration vers l'Europe ont été identifiées :

- Via la Turquie (55%)
- Via la Libye (29%)
- Via le Maroc (5%)

Les politiques migratoires actuelles de l'Union Européenne (UE) sont axées sur l'externalisation des frontières avec une approche sécuritaire, ayant pour conséquence le blocage voire le refoulement des migrants depuis les territoires péri-européens (16) (17).

b. Administratifs

La demande d'asile en France est initiée par les Structures associatives de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (SPADA), où un rendez-vous est donné au demandeur à un guichet unique (18). Les guichets sont tenus par des agents de la préfecture et de l'OFII. L'agent vérifie les informations fournies par l'organisme de pré-accueil, relève et inscrit les empreintes dans la base de données de l'UE qui répertorie les empreintes des immigrants illégaux recensés sur son territoire (fichier Eurodac). Il procède ensuite à un entretien individuel visant à déterminer le pays responsable de l'examen de la demande d'asile. Si la demande relève de la responsabilité d'un autre pays la procédure dite « Dublin III » est mise en œuvre. La procédure Dublin concerne 32 pays (UE, Danemark, Norvège, Suisse, Islande) et stipule qu'un seul état membre est responsable de l'examen de la demande d'asile, celui de la première demande d'asile, qu'elle ait été acceptée ou rejetée. S'il est décidé que la responsabilité incombe à un autre état, la France demande dans un délai de 2 à 3 semaines que cet état examine la demande d'asile. Cette responsabilité prend fin 12 mois après la date du franchissement de la frontière. L'OFII évalue la situation personnelle du demandeur (ressources, hébergement) et l'informe sur ses droits (18).

Si la demande relève de la responsabilité de la France, c'est l'OFPRA qui est compétent pour l'organiser. A partir de ce moment les frais de santé sont couverts par la Protection Universelle Maladie (PUMa), et le demandeur d'asile perçoit l'Allocation pour Demandeur d'Asile (ADA). Ces droits sont perdus si la personne est déboutée du droit d'asile après recours auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA) (18).

Le formulaire de demande d'asile de l'OFPRA est associé à un récit d'asile, rédigé en français. L'entretien est ensuite effectué par un officier de protection chargé de recueillir ces documents et de vérifier la concordance entre le récit et la situation du pays d'origine afin de

définir le cadre de la protection (convention de Genève, protection subsidiaire). L'OFPRA doit statuer dans les 6 mois suivant l'entretien, 15 jours en cas de procédure accélérée (18).

Le récit d'asile, central dans la demande, peut être grandement altéré selon la souffrance psychique du demandeur (19). La Loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile confère à l'OFPRA l'obligation d'identifier les demandeurs vulnérables, sans toutefois se montrer exhaustive sur la notion de « vulnérabilité », ce qui peut constituer une perte de chance pour certains demandeurs (20).

c. Hébergement

Les différentes structures d'hébergement de demandeurs d'asile répondent à des acronymes et des stratifications complexes. Pour plus de clarté, nous nous contenterons de reporter un tableau récapitulatif (annexe 1).

Les CAES ont vocation à faire le tri entre les personnes susceptibles de rentrer dans le dispositif d'asile et les autres, orientées notamment vers des dispositifs de contrôle en vue de leur expulsion (21).

d. Accès aux soins

- Soins primaires

Les populations migrantes en France ont un moindre accès aux soins de santé. Elles ont moins recours aux médecins généralistes, et moins accès à la prévention (vaccinations, frottis) que la population générale (22). La couverture sociale maladie fait souvent défaut, entraînant des situations de renoncement voire de refus de soins (13).

Malgré la mise en place des dispositifs de PASS, l'organisation et la continuité des soins reste complexe.

- Soins psychiatriques

Les personnes en situation de migration contrainte sont largement confrontées à des facteurs de stress (nommés *stressors* dans la littérature anglo-saxonne) à chaque étape du processus : pré-, per- et post-migratoire (23). Parmi elles, les demandeurs d'asile représentent un groupe particulièrement vulnérable (24), plus à risque de pathologie mentale sévère que les autres migrants et les natifs (25).

Les populations migrantes exposées à des violences sévères sont aussi à risque de développer des troubles somatoformes pouvant entraîner une errance diagnostique, d'exploration et/ou thérapeutique pour un praticien non habitué (24).

Ces populations bénéficient d'une domiciliation administrative et non d'une résidence effective. Ainsi, la sectorisation de la psychiatrie publique rend difficile leur prise en charge (27). Les soins urgents restent possibles via le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (CPOA) qui permet l'attribution d'un secteur, mais ce recours n'est pas suffisant. Les réseaux associatifs tels que le Comede ou le Centre Primo Levi offrent aussi des possibilités de prise en charge.

- La traduction

La barrière linguistique entraîne des difficultés de consultation. Ces dernières sont plus longues, moins fréquentes et la compréhension des explications médicales est moins bonne. Les consultations entraînent une moindre satisfaction et plus de recours aux examens complémentaires (28). Une étude portant sur 19 consultations retrouvait que 30% des énoncés du praticien et du patient n'étaient pas traduits, ce biais de traduction étant majoré lorsqu'il s'agissait des affects (29).

II. L'Etat de Stress Post-traumatique (ESPT)

1. Généralités

L'exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants peut dépasser les capacités adaptatives de l'individu au point d'induire chez lui un état pathologique.

Le traumatisme est une expérience qui, par définition, devrait sortir de la norme. Or, il s'avère que cette expérience n'est pas exceptionnelle : 70% des adultes ont vécu un événement traumatique et 30% en ont vécu 4 ou plus (30). L'ESPT est la conséquence psychopathologique la plus fréquente de l'exposition à un psycho traumatisme (31).

A l'échelle d'une vie, la prévalence de l'ESPT en population générale varie selon le pays de résidence et l'environnement social entre 1,3 et 12,2% et la prévalence à 1 an entre 0,2 et 3,8% (32).

Les populations migrantes sont plus confrontées que les natifs à des stress sociaux et environnementaux qui les vulnérabilisent (23) et augmentent le risque de développer des troubles psychiatriques (33) (34). Elles sont plus exposées aux violences, souvent graves (scènes de guerre, tortures, viols), et semblent présenter une prévalence plus élevée d'ESPT. Selon Veïsse et al., 60% de la file active de psychothérapie du Comede présentait un ESPT (N=580) (35). Une méta-analyse de 2009 retrouvait chez les réfugiés une prévalence globale d'ESPT de 36% (IC 95% [23-49]) (36), avec une importante variabilité inter-étude.

Néanmoins, la recherche sur la santé mentale des migrants est actuellement insuffisante en France (6) (27).

2. Définition et critères diagnostiques

La 5^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) intègre l'ESPT dans un cadre nosologique propre ; celui des « troubles liés aux traumatismes et au stress ». Par rapport au DSM-IV, la notion de traumatisme n'est plus définie par la réaction face à l'évènement (peur, horreur ou désespoir) mais par le type d'évènement lui-même. L'évitement a été ajouté comme critère diagnostique ; la modification négative de l'humeur et des cognitions est un critère nouvellement mis en avant (31).

Le diagnostic s'établit à partir de critères (ABCDE) regroupant plusieurs symptômes et de critères exclusifs (FGH) tels qu'énoncés ci-après, le détail figurant en annexe (annexe 2) (37) :

A. Traumatisme

B. Intrusion

C. Evitement

D. Modification négative des cognitions et de l'humeur

E. Modification de l'éveil et de la réactivité

F. La perturbation (B, C, D, E) dure plus d'un mois

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance psychoactive ni à une affection médicale.

La 11^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) suit le DSM-V dans la classification nosologique du trouble, l'entité des Troubles de Stress Post-Traumatique étant maintenant classée au sein des « Troubles mentaux, comportementaux, ou neurodéveloppementaux » dans la sous-catégorie « Troubles spécifiquement liés au stress » (38). Cependant, le diagnostic est centré sur les symptômes pathognomoniques du traumatisme :

- **Reviviscences ;**
- **Evitement ;**
- **Hyperactivation neurovégétative.**

Le chevauchement avec d'autres diagnostics (anxiété et dépression) est réduit par la suppression des symptômes comorbides.

La CIM-11 introduit aussi la notion d'ESPT complexe, pouvant survenir à la suite d'un traumatisme prolongé ou répété (38). Cette entité satisfait aux critères d'ESPT et se caractérise par des troubles graves et persistants :

- De régulation des affects ;
- De croyance en soi comme diminué, vaincu ou sans valeur, et accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ;
- De difficultés à maintenir une relation et à se sentir proche des autres.

La définition de l'ESPT reste à parfaire puisque les 3 grandes classifications nosologiques (DSM-IV, DSM-V, CIM-11) qui le définissent n'ont qu'un chevauchement diagnostique de 30% (39).

3. Test *Primary Care Post-Traumatic Stress Disorder 5*

(PC-PTSD-5)

Il n'existe actuellement pas de recommandations sur la place du dépistage de l'ESPT. Plusieurs outils ont été évalués sur des populations différentes (vétérans et civils) comme le PC-PTSD issu du DSM-IV, score documenté avec les études les plus puissantes. Il a notamment montré de bonnes performances chez les civils (sensibilité 85%, spécificité 82%) (40). Ce questionnaire est validé chez des populations réfugiées et a montré sa pertinence en dépistage précoce (41) (42). La littérature fait ressortir la pertinence de l'utilisation d'un algorithme diagnostique en 2 temps, utilisant d'abord le questionnaire de dépistage PC-PTSD puis le questionnaire diagnostique PTSD Checklist (31) (43).

Le DSM-V propose un outil de dépistage dérivé du PC-PTSD : le PC-PTSD 5 (annexe 3). Il en diffère d'une part, par la restriction du critère A aux types d'évènements et non plus à la réaction face à l'évènement (horreur, effroi, humiliation), d'autre part par l'ajout d'une 5^{ème} question évaluant la distorsion cognitive négative (critère D) au travers des items D2, D3 et D4 explorant le blâme, la culpabilité (44).

Le PC-PTSD-5 a été validé comparativement au Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) sur une population de vétérans américains (N=380). La performance du test était optimale pour un seuil de positivité fixé à 3/5 : Sensibilité 0,95 ; Spécificité 0,85 ; Valeur Prédictive Positive 0,51 et Valeur Prédictive Négative 0,99 (45). Il a montré aussi une excellente acceptabilité par les participants (45). Son acquisition rapide, son efficacité dans le repérage d'individus potentiellement atteints d'ESPT, la validité transculturelle du PC-PTSD ainsi que sa traduction relativement simple en font un outil de dépistage de choix en situation de soins primaires.

HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

D'après l'état actuel des connaissances, les populations migrantes sont exposées à des évènements violents et présentent des troubles de santé mentale sur lesquels la littérature scientifique est rare en France. Nous avons fait l'hypothèse d'une prévalence élevée de vécu traumatique et d'ESPT parmi les demandeurs d'asile ayant consulté au pôle santé du CAES de Paris 18^{ème} du 28 mai au 27 septembre 2019.

Les objectifs de ce travail étaient :

- de recueillir l'exposition à une expérience traumatisante et d'évaluer la prévalence d'ESPT par le test PC-PTSD-5 ;
- d'identifier les facteurs socio-démographiques et migratoires qui y étaient associés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Type et cadre de l'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive, prospective, monocentrique sur des données recueillies au cours des bilans infirmiers réalisés du 28 mai au 27 septembre 2019 au pôle santé du CAES, boulevard Ney, Paris 18^{ème}.

William Lefèvre (médecin généraliste) et Aurélie Sautereau (Docteure en médecine générale) étaient les investigateurs principaux. Le promoteur était l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA). Les enquêteurs étaient les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) et traducteurs du SSP exerçant au pôle santé du CAES.

Le pôle santé est ouvert le mardi, mercredi et vendredi de 9h30 à 17h30. Deux infirmières et trois interprètes étaient présents sur ces horaires d'ouverture. Le médecin somaticien (Service d'infectiologie, hôpital Bichat) était présent le mardi, mercredi et vendredi de 14h à 17h. Le psychiatre (Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité 75) est présent le mardi et vendredi matin de 10h30 à 12h30.

II. Population de l'étude et critères d'éligibilité

Le CAES hébergeait uniquement des hommes majeurs (≥ 18 ans) pour une durée moyenne de 14 jours. Sa capacité était de 150 places. Chaque personne hébergée pouvait bénéficier d'un bilan de santé infirmier, non obligatoire.

Les critères d'inclusion étaient : (1) toute personne se présentant volontairement à un entretien infirmier pour la première fois et ayant une maîtrise satisfaisante d'au moins une des langues suivantes : français, anglais, arabe, pashto, dari.

Les critères d'exclusion étaient : (1) patient mineur, (2) nécessité d'un interprétariat téléphonique (hors langues sus-mentionnées), (3) note d'information non disponible dans la langue du patient (cf. langues sus-mentionnées).

III. Déroulement de l'étude

L'entretien était réalisé par l'IDE en présence d'un traducteur maîtrisant l'arabe ou le pashto et le dari. L'infirmière maîtrisait le français et l'anglais. L'information sur la participation à l'étude était donnée oralement et par écrit (annexe 3). L'infirmière recueillait par écrit la non opposition du participant (annexe 4).

Tous les patients non opposés à participer à l'étude se voyaient proposer, en plus du questionnaire habituel du SSP, le questionnaire PC-PTSD-5 (annexe 5).

Le questionnaire était intégré dans la base informatisée du SSP et recueilli numériquement.

IV. Variables étudiées

Pour tous les patients ayant bénéficié d'un entretien infirmier au cours de la période d'inclusion, les variables socio-épidémiologiques suivantes ont été recueillies :

- Age ;
- Pays de naissance ;
- Enfants (« avez-vous des enfants ? ») ;
- Niveau de scolarité ;
- Métier ;
- Motif de départ du pays d'origine, trajet migratoire et durée ;
- Durée de séjour en France et lieu de résidence à l'arrivée ;
- Couverture Sociale ;
- Perception de l'état de santé (général et psychique) par le patient ;

- Recours souhaité à un professionnel de santé mentale par le patient et par l'infirmière ;
- Orientation ;

En cas de non opposition à participer à l'étude, il leur était de plus proposé le questionnaire PC-PTSD-5 qui se déroulait comme suit :

- Question explorant l'exposition à un évènement traumatisant (liste exhaustive) : si non ou ne veut pas répondre arrêt du questionnaire, si oui poursuite ;
- Question 1 : évaluant les intrusions ;
- Question 2 : évaluant l'évitement ;
- Question 3 : évaluant l'hypervigilance ;
- Question 4 : évaluant le détachement (item distorsion négative des cognitions et de l'humeur) ;
- Question 5 : évaluant la culpabilité (item distorsion négative des cognitions et de l'humeur).

Le trépied diagnostique selon les critères communs au DSM-V et à la CIM-11 était défini par la présence des 3 symptômes cardinaux : intrusions, évitement, hypervigilance.

Un score PC-PTSD-5 $\geq 3/5$ était considéré comme positif.

Les patients qui ont répondu au questionnaire PC-PTSD-5 étaient mentionnés comme « patients inclus ». Les patients exclus et non inclus pour opposition ou non proposition de l'étude sont regroupés sous le terme de « patients non inclus ».

V. Réduction des biais

Afin de réduire les biais de traduction, les questionnaires ont été standardisés avec les traducteurs par écrit et dans chaque langue. Un psychiatre du centre ayant l'expérience de ces questions était présent pour la standardisation.

La traduction téléphonique constituait un critère d'exclusion. Les traducteurs du centre avaient l'expérience des entretiens psychiatriques.

Les infirmières et traducteurs ont été formés à l'administration du questionnaire par l'investigateur principal ainsi que par un médecin psychiatre du centre, à plusieurs reprises durant la période d'étude (turn-over des équipes).

Du fait de la configuration des locaux, il était difficile aux investigateurs d'assister aux entretiens des patients.

VI. Analyse statistique

L'ensemble des données concernant les patients ayant bénéficié d'un bilan infirmier au cours de la période d'inclusion ont été analysées. Les variables pour lesquelles il y avait plus de 20% de données manquantes n'ont pas été exploitées. Les tests du chi carré (χ^2) (ou de Fisher pour les faibles tailles d'échantillons, $n \leq 50$) et de Student ont été utilisés pour comparer les proportions et les moyennes, entre les groupes (inclus/non inclus). La valeur de p a été fixée au seuil de 5%.

VII. Aspects éthiques

Chaque participant était informé oralement et par écrit de l'objectif de l'étude et de l'utilisation des données. L'impossibilité d'informer le patient constituait un critère d'exclusion.

Cette étude entrait dans le cadre de la loi Jardet catégorie 3. Elle était soutenue par un promoteur, l'IMEA, et a obtenu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest I le 12 mars 2019, prolongé par un amendement le 19 septembre 2019 pour extension de la période d'inclusion (annexe 6).

Cette étude était conforme à la méthodologie de référence MR-003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en termes de protocole et de protection des données.

Tout dépistage positif entraînait l'orientation vers une consultation de psychiatrie au sein du pôle santé.

VIII. Circuit des données et analyse statistique

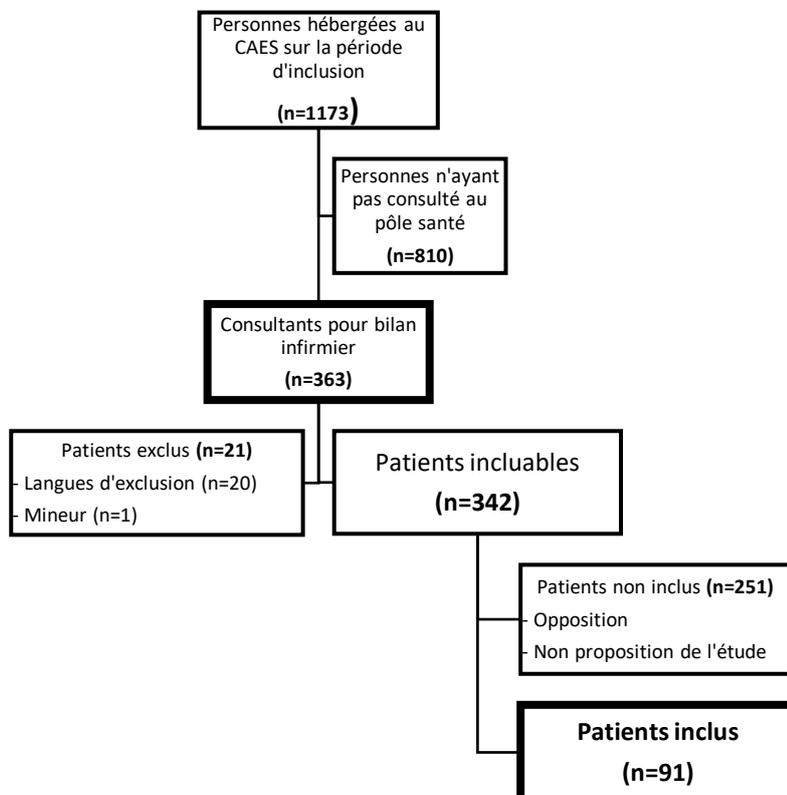
Les données anonymisées et numérisées étaient stockées dans la base de données du SSP (Voozanoo®). Leur transfert a fait l'objet d'une convention entre l'IMEA et le Samu Social. Elles ont été transférées sous forme de fichier crypté par clé USB. Leur analyse a été effectuée au bureau de recherche clinique du service de maladies infectieuses de l'hôpital Bichat.

Les analyses statistiques ont été effectuées de manière anonymisée à l'aide du logiciel Stata® version 2014.

RÉSULTATS

Entre le 28 mai 2019 et le 27 septembre 2019, 1173 hommes ont été hébergés au centre et 363 bilans infirmiers ont été réalisés. Parmi eux, 343 parlaient les langues d'inclusions. Il y a eu 21 patients ne répondant pas aux critères d'inclusion et 251 non inclus pour opposition ou non proposition de l'étude. Le nombre total d'inclus était de 91 patients (Figure 1).

Figure 1. Diagramme de flux de l'étude



1. Caractéristiques démographiques des hébergés (source Adoma)

Parmi les 1173 personnes hébergées au centre sur la période d'inclusion, 821 personnes (70%) étaient âgées de 20 à 29 ans (Figure 2).

L'origine géographique était renseignée pour 1171 personnes, originaires de 38 pays différents. La majorité provenait d'Afghanistan (n=553 ; 47,1%) et d'Afrique de l'Est (n=381 ; 32,4%) dont Soudan (n=141 ; 12%), Somalie (n=137 ; 11,7%), Erythrée (n=74 ; 6,3%). Puis on retrouvait des personnes originaires de Guinée Conakry (n=40 ; 3,5%) et du Mali (n=32 ; 3%) (Tableau 1).

Figure 2. Répartition des personnes hébergées par tranche d'âge en années (N=1173)
(source Adoma)

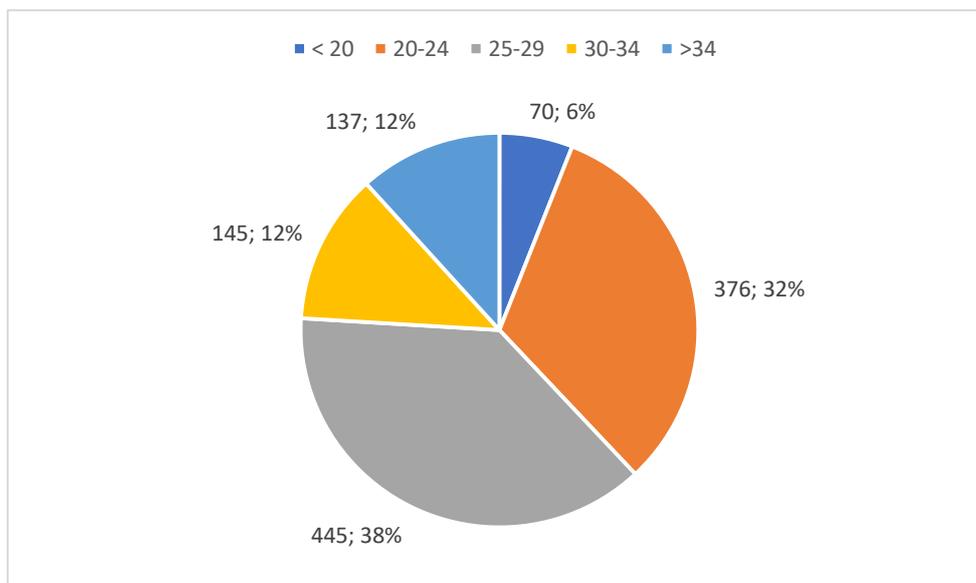


Tableau 1. Origine géographique des personnes hébergées (N=1171) (source Adoma)

Continent		Pays	N=1171 (%)
ASIE n=619		Afghanistan	553 (47,1)
		Irak	12 (1)
		Iran	10 (<1)
		Pakistan	22 (1,9)
		Syrie	4 (<1)
		Autres	18 (1,5)
AFRIQUE n=548	de l'Est n=381	Erythrée	74 (6,3)
		Ethiopie	29 (2,5)
		Somalie	137 (11,7)
		Soudan	141 (12)
	Sahel et Ouest n=146	Burkina Faso	1 (<1)
		Côte d'Ivoire	17 (1,4)
		Gambie	9 (<1)
		Ghana	2 (<1)
		Guinée Conakry	40 (3,4)
		Mali	32 (2,7)
		Mauritanie	6 (<1)
		Niger	3 (<1)
		Nigeria	13 (1,1)
		Sénégal	9 (<1)
		Sierra Leone	2 (<1)
		Tchad	9 (<1)
	Reste de l'Afrique n=24		24 (2)
EUROPE n=3		3 (<1)	
AMERIQUE n=1		1 (<1)	

2. Caractéristiques socio-démographiques de la population de l'étude

Les caractéristiques socio-démographiques des patients inclus sont pour la plupart comparables à celles des patients non inclus ($p > 0,05$).

Parmi les 91 patients inclus dans l'étude, la majorité ($n=49$; 53,9%) avait un âge compris entre 21 et 30 ans. L'âge médian était de 28,9 ans versus 28,7 ans chez les non inclus ($p=0,19$) (Tableau 2).

Les patients inclus étaient majoritairement nés en Afghanistan ($n=56$; 61,5%), puis en Afrique de l'Est dont Somalie ($n=7$; 7,7%), Soudan ($n=3$; 3,3%), Erythrée ($n=1$; 1,1%), et en Afrique de l'Ouest/Sahel dont Guinée-Conakry ($n=5$; 5,5%) et Mali ($n=6$; 6,6%) ($p=0,57$) (Tableau 3).

Une traduction a été nécessaire dans 79,1% des cas pour les patients inclus ($p=0,76$) (Tableau 2). Parmi eux, le nombre d'occurrences pour la variable « maîtrise au moins une des langues suivantes » était : pour le dari $n=47$ (51,7%), pour le français $n=17$ (18,7%), pour le pashto $n=12$ (13,2%), pour l'arabe $n=12$ (13,2%), pour l'anglais $n=8$ (8,8%) et pour une autre langue $n=7$ (7,7%) ($p=0,76$). Il y avait significativement plus de patients parlant dari parmi les inclus ($n=47$; 51,7% vs $n=90$; 33,1% ; $p < 0,01$) et significativement moins de patients parlant anglais ($n=8$; 8,8% vs $n=50$; 18,4% ; $p=0,03$).

Concernant la situation sociale en France, la majorité des patients inclus ($n=76$; 83,5%) n'avait pas de couverture sociale et 14 patients (15,4%) avaient la Couverture Maladie Universelle (CMU) ($p=0,52$) (Tableau 2).

A leur arrivée en France, 74,8 % des patient inclus n'avaient pas d'hébergement ($p=0,56$) (Tableau 2).

La durée médiane de séjour en France était de 40 jours pour les inclus contre 38 jours pour les non inclus ($p=0,45$) (Tableau 2).

La durée médiane du parcours migratoire des patients inclus était d'environ 2 ans (731 jours) contre 2,5 ans (911 jours) pour les non inclus ($p=0,22$). La majorité des patients inclus ($n=41$; 54,7%) avait une durée de parcours migratoire supérieure à 2 ans, et 24 patients (32%) avaient une durée de parcours migratoire supérieure à 4 ans ($p=0,62$) (Tableau 2).

Tableau 2. Description de la population ayant bénéficié d'un bilan infirmier (N=363) : données socio-épidémiologiques

Variables	Catégories	Personnes ayant bénéficié d'un bilan infirmier (N=363)		Pvalue
		Inclus (n=91, %)	Non inclus (n=272, %)	
Age (années) n=360	≤ 20	13 (14,3)	19 (7)	0,19
	21-25	32 (35,2)	105 (38,6)	
	26-30	17 (18,7)	70 (25,7)	
	31-35	12 (13,1)	27 (9,9)	
	≥ 36	17 (18,7)	48 (17,8)	
	Age médian ; Q1 ; Q3	28,9 ; 23 ; 33	28,7 ; 23 ; 31	
Pays de naissance	Cf Tableau 3.			
Traduction n=353	Oui	72 (79,1)	203 (74,6)	0,76
	Non pas besoin	16 (17,6)	58 (21,3)	
	Non, malgré le besoin	0	4 (1,5)	
Couverture sociale n=355	Non	76 (83,5)	216 (79,4)	0,52
	CMU	14 (15,4)	45 (16,5)	
	AME	0	1 (0,4)	
	Oui, ne sait pas laquelle	0	1 (0,4)	
	Ne sait pas	1 (1,1)	1 (0,4)	
Résidence à l'arrivée en France n=286	Rue (campement)	48 (52,8)	138 (50,7)	0,56
	Rue (isolé)	20 (22)	40 (14,7)	
	Centre / Foyer	6 (6,6)	10 (3,7)	
	Autre	8 (8,8)	16 (5,9)	
Durée depuis l'arrivée en France (jours) n=286	Médiane ; Q1 ; Q3	40 ; 17 ; 224	38 ; 20 ; 152	0,45
Durée du trajet migratoire n=253	< 6 mois	10 (11)	33 (12,1)	0,62
	6-12 mois	12 (13,2)	27 (9,9)	
	1-2 ans	12 (13,2)	18 (6,6)	
	2-4 ans	17 (18,7)	46 (16,9)	
	>4ans	24 (26,4)	54 (19,9)	
	Médiane ; Q1 ; Q3 (jours)	731; 296; 1612	911; 248; 1626	
Parcours migratoire n=241	Voie orientale (Turquie)	46 (50,5)	78 (28,7)	0,06
	Voie centrale (Libye)	18 (19,8)	64 (23,5)	0,02
	Voie occidentale (Maroc)	6 (6,6)	13 (4,8)	0,99
	Autre parcours	2 (2,2)	3 (1,1)	Non calculé
	N'est pas passé par d'autres pays	4 (4,4)	7 (2,6)	

Tableau 3. Pays de naissance des personnes ayant bénéficié d'un bilan infirmier (N=363)

Continent	Pays	Personnes ayant bénéficié d'un bilan infirmier (N=363)		Pvalue	
		Inclus (n=91, %)	Non inclus (n=272, %)		
ASIE	Afghanistan	56 (61,5)	123 (45,2)	0,57	
	Chine	0	2 (<1)		
	Irak	3 (3,3)	4 (1,5)		
	Iran	1 (1,1)	5 (1,8)		
	Koweït	0	1 (<1)		
	Pakistan	1 (1,1)	5 (1,8)		
	Palestine	1 (1,1)	0		
	Syrie	0	2 (<1)		
	Tadjikistan	1 (1,1)	0		
	Yémen	0	1 (<1)		
AFRIQUE	de l'Est	Erythrée	1 (1,1)		12 (4,4)
		Ethiopie	0		5 (1,8)
		Somalie	7 (7,7)		31 (11,4)
		Soudan	3 (3,3)		17 (6,3)
	de l'Ouest et Sahel	Burkina Faso	0		1 (<1)
		Côte d'Ivoire	2 (2,2)		5 (1,8)
		Gambie	2 (2,2)		5 (1,8)
		Guinée Conakry	5 (5,5)		13 (4,8)
		Mali	6 (6,6)		9 (3,3)
		Mauritanie	0		3 (1,1)
		Niger	0		2 (<1)
		Nigeria	0		4 (1,5)
		Sénégal	0		5 (1,8)
		Sierra Leone	0		1 (<1)
		Tchad	0		2 (<1)
	Centrale	Angola	0		1 (<1)
		Cameroun	0		1 (<1)
		Congo	1 (1,1)		3 (1,1)
		Congo RDC	0		1 (<1)
	du Nord	Egypte	1 (1,1)		1 (<1)
		Libye	0	3 (1,1)	
	EUROPE		0	3 (<1)	
	AMERIQUE		0	1 (<1)	

Les parcours migratoires de l'ensemble des patients sont décrits dans les Tableaux 4 selon 3 voies : occidentale via le Maroc (Tableau 4.1), centrale via la Libye (Tableau 4.2), orientale via la Turquie (Tableau 4.3). Le parcours migratoire était renseigné pour 241 patients.

La voie occidentale (Maroc) a été empruntée par 19 patients (7,9% des patients renseignés) (Tableau 2). La majorité d'entre eux était originaire d'Afrique de l'Ouest et Sahel (n=17 ; 89,5% ; $p<0,01$) (Tableau 4.1.). La durée du parcours migratoire était significativement plus courte par rapport aux autres parcours (596 jours vs 1245 ; $p=0,03$) (Tableau 4.1). La durée depuis l'arrivée en France était plus courte par rapport aux autres parcours (63 jours vs 252 ; $p=0,06$) (Tableau 4.1.).

La voie centrale (Libye) a été empruntée par 82 patients (34% des patients renseignés) (Tableau 2). La majorité était originaire d'Afrique de l'Est (n=46 ; 56,1%) et d'Afrique de l'Ouest/Sahel (n=32 ; 39% ; $p<0,01$) (Tableau 4.2). Il n'existait pas de différence statistiquement significative de durée de parcours migratoire (1854 jours vs 947 ; $p=1,00$) et de durée depuis l'arrivée en France par rapport aux autres parcours (316 jours vs 213 ; $p=0,93$) (Tableau 4.2). Les patients passés par la Libye avaient plus recours au médecin généraliste que ceux ayant emprunté un autre parcours migratoire (n=62 ; 83,8% vs n=180 ; 71,4% ; $p=0,04$).

La voie orientale (Turquie) a été empruntée par 124 patients (51,5% des patients renseignés) (Tableau 2). La majorité était originaire d'Asie (n=118 ; 95,2% ; $p<0,01$) (Tableau 4.3). La durée du trajet migratoire (919 jours vs 1433 ; $p<0,01$) et la durée depuis l'arrivée en France étaient significativement plus courtes comparées aux autres parcours (126 jours vs.319 ; $p<0,01$) (Tableau 4.3).

Cinq patients avaient emprunté un autre parcours migratoire et 11 patients n'étaient pas passés par d'autres pays avant leur arrivée en France (Tableau 2).

Tableaux 4. Description des parcours migratoires (N=363)**1. Voie occidentale (Maroc)**

Variable	Catégorie	Passage par le Maroc		Pvalue
		Oui n=19 (%)	Non n=344 (%)	
Origine géographique n=363	Asie	2 (10,5)	204 (59,3)	<0,01
	Afrique de l'Est	0	76 (22,1)	
	Afrique de l'Ouest et Sahel	17 (89,5)	48 (14)	
	Afrique Centrale	0	7 (2)	
	Afrique du Nord	0	5 (1,5)	
	Europe	0	3 (0,9)	
	Amérique	0	1 (0,2)	
Durée moyenne du trajet migratoire (jours) n=253		596	1245	0,03
Durée moyenne de séjour en France (jours) n=286		63	252	0,06

2. Voie centrale (Libye)

Variable	Catégorie	Passage par la Libye		Pvalue
		Oui n=82 (%)	Non n=281 (%)	
Origine géographique n=363	Asie	1 (1,2)	205 (73)	<0,01
	Afrique de l'Est	46 (56,1)	30 (10,7)	
	Afrique de l'Ouest et Sahel	32 (39)	33 (11,7)	
	Afrique Centrale	1 (1,2)	6 (2,1)	
	Afrique du Nord	2 (2,5)	3 (1,1)	
	Europe	0	3 (1,1)	
	Amérique	0	1 (0,3)	
Durée moyenne du trajet migratoire (jours) n=253		1854	947	1,00
Durée moyenne de séjour en France (jours) n=286		316	213	0,93

3. Voie orientale (Turquie)

Variable	Catégorie	Passage par la Turquie		Pvalue
		Oui n=124 (%)	Non n=239 (%)	
Origine géographique n=363	Asie	118 (95,2)	88 (36,8)	<0,01
	Afrique de l'Est	2 (1,6)	74 (31)	
	Afrique de l'Ouest et Sahel	0	65 (27,2)	
	Afrique Centrale	3 (2,4)	4 (1,7)	
	Afrique du Nord	1 (0,8)	4 (1,7)	
	Europe	0	3 (1,3)	
	Amérique	0	1 (0,4)	
Durée moyenne du trajet migratoire (jours) n=253		919	1433	<0,01
Durée moyenne de séjour en France (jours) n=286		126	319	<0,01

3. Caractéristiques de l'état de santé de la population de l'étude

Les patients inclus avaient une moins bonne perception de leur état de santé général que les non inclus (moyen ou mauvais : 55% vs 52,3% ; p=0,01) (Tableau 5). Ils avaient aussi une moins bonne perception de leur état de santé psychique (moyen ou mauvais : 50,6% vs 40% ; p=0,01) (Tableau 5).

Les patients inclus souhaitaient davantage rencontrer un professionnel en santé mentale (40,7% vs 21% ; p<0,01) et l'infirmière considérait plus souvent nécessaire le recours à un professionnel en santé mentale (44% vs 22,8% ; p<0,01) (Tableau 5).

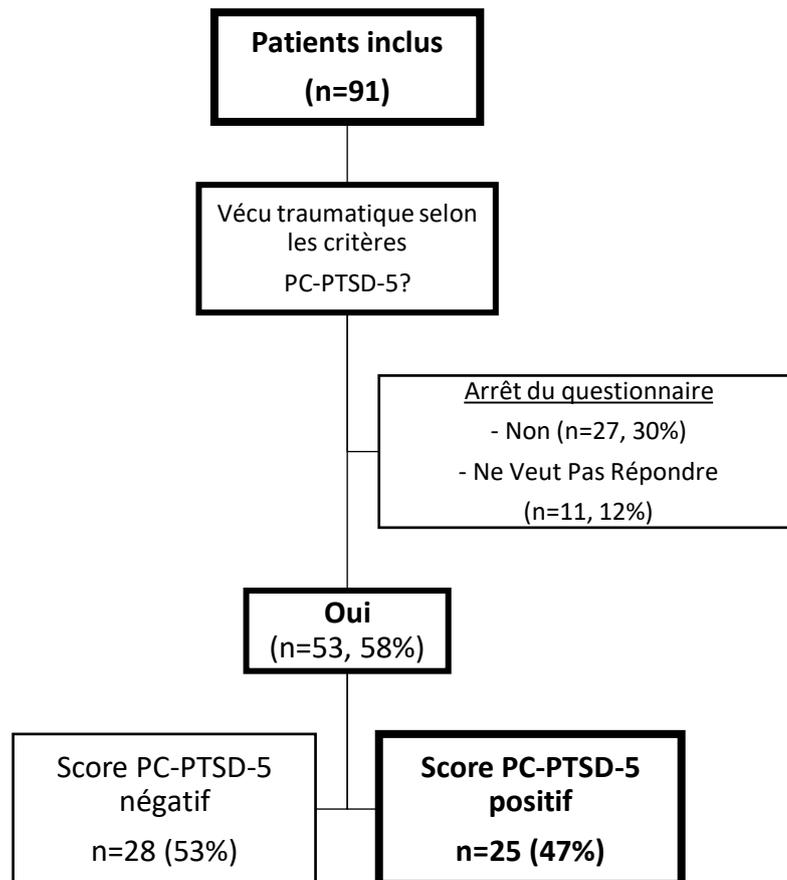
Tableau 5. Caractéristiques de l'état de santé des patients ayant bénéficié d'un bilan infirmier (N=363)

Variable	Catégorie	Patients ayant bénéficié d'un bilan infirmier (N=363)		Pvalue
		Inclus (n=91, %)	Non inclus (n=272, %)	
Perception par le patient de son état de santé général n=238	Bon	1 (1,1)	9 (3,3)	0,01
	Moyen	31 (34,1)	97 (35,7)	
	Mauvais	19 (20,9)	45 (16,6)	
	Non abordé	21 (23,1)	15 (5,5)	
Perception par le patient de son état de santé psychologique et émotionnel n=273	Bon	1 (1,1)	18 (6,6)	0,01
	Moyen	24 (26,4)	76 (27,9)	
	Mauvais	22 (24,2)	33 (12,1)	
	Non abordé	27 (29,7)	69 (25,4)	
Le patient souhaite rencontrer un professionnel en santé mentale n=265	Non	21 (23,1)	34(12,5)	<0,01
	Oui	37 (40,7)	57 (21)	
	Non abordé	23 (25,3)	93 (34,2)	
Selon l'IDE le patient aurait besoin de rencontrer un professionnel en santé mentale n=262	Non	14 (15,4)	23 (8,5)	<0,01
	Oui	40 (44)	62 (22,8)	
	Ne sait pas	26 (28,6)	97 (35,7)	

4. Résultats du score PC-PTSD-5

Sur les 91 patients inclus, 53 (58%) ont vécu un évènement traumatisant, 27 (30%) n'ont pas eu d'expérience traumatisante et 11 (12%) ne voulaient pas répondre. Parmi les 53 patients ayant eu une expérience traumatisante, 25 (47%) avaient un score PC-PTSD-5 positif ($\geq 3/5$), et 28 (53%) avaient un score négatif ($< 3/5$) (Figure 4).

Figure 4. Résultats du score PC-PTSD-5 (N=53)

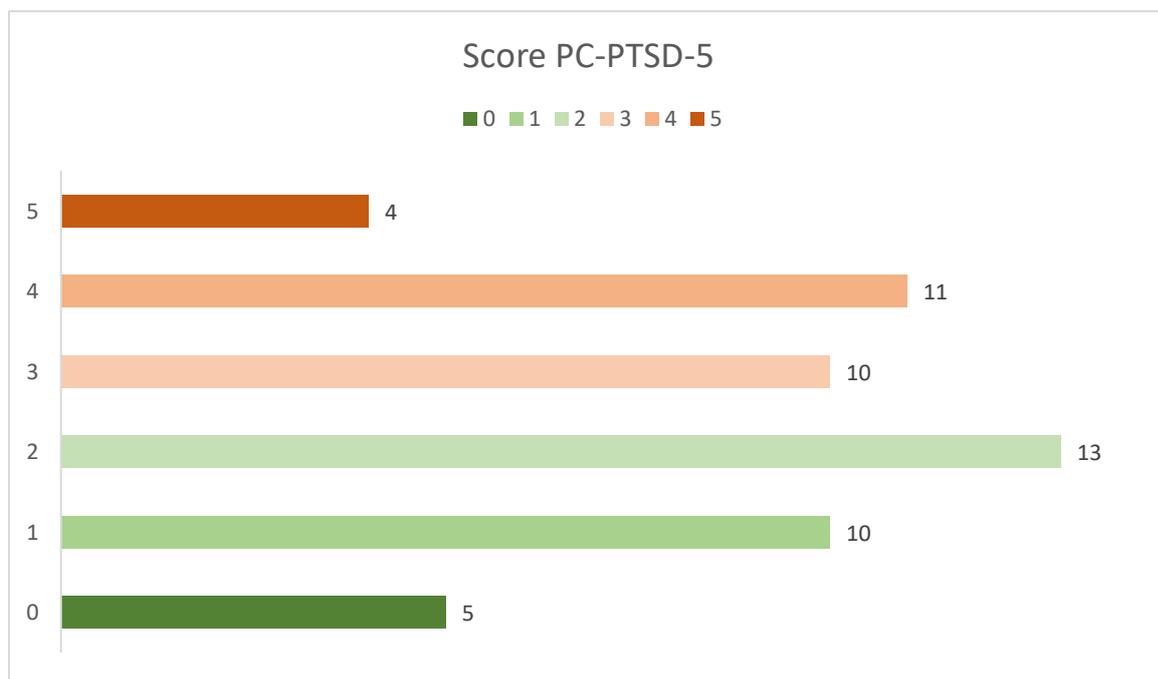


La répartition des scores obtenus au questionnaire a été établie comme suit :

- Score négatif : **0** (n=5 ; 9%) ; **1** (n=10 ; 19%) ; **2** (n=13 ; 24%) ;
- Score positif : **3** (n=10 ; 19%) ; **4** (n=11 ; 21%) ; **5** (n=4 ; 8%).

Un patient a fait une crise d'anxiété lors du questionnaire. Il a été comptabilisé comme ayant un score positif de 5/5.

Figure 5. Résultats au questionnaire PC-PTSD-5, répartition des scores (N=53)



Sur les 53 patients ayant vécu un événement grave, la répartition des réponses au questionnaire PC-PTSD-5 a été établie comme suit : 36 patients (67,9%) avaient des symptômes d'intrusion, 31 (58,5%) une conduite d'évitement, 32 (60,4%) une hypervigilance, 22 (41,5%) un détachement, 9 (17%) un sentiment de culpabilité (Figure 6).

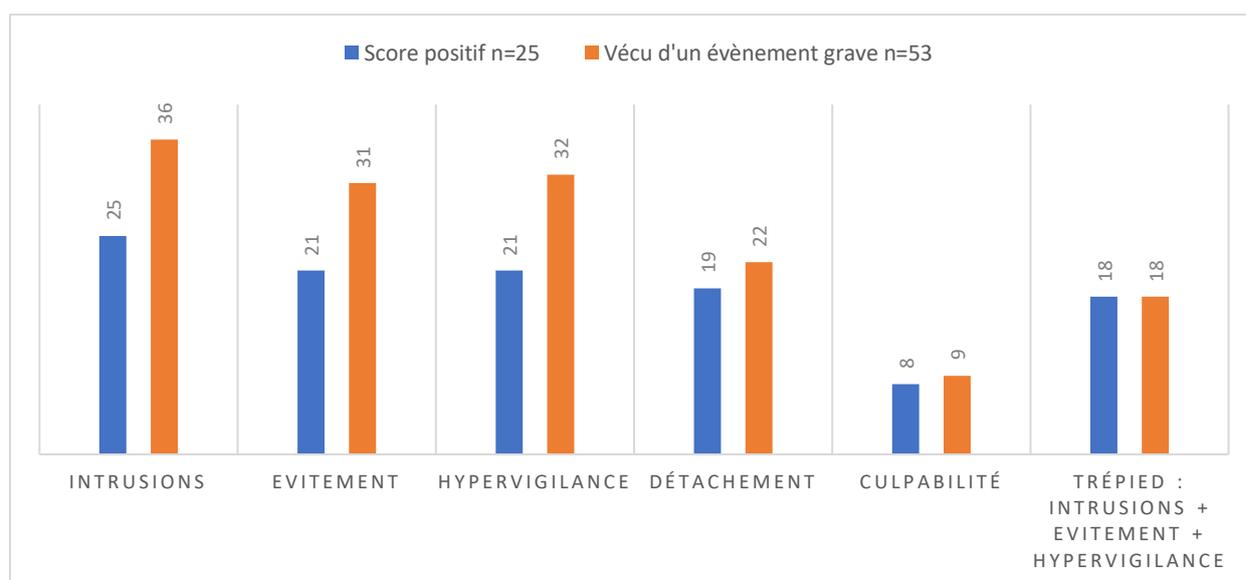
Sur les 25 patients ayant un score de dépistage de l'ESPT positif, la répartition des réponses au questionnaire PC-PTSD-5 a été établie comme suit : 25 patients (100%) avaient des symptômes d'intrusion, 21 (84%) une conduite d'évitement, 21 (84%) une hypervigilance, 19 (76%) un détachement, 8 (32%) avaient un sentiment de culpabilité.

Le trépied diagnostique intrusions + évitement + hypervigilance était retrouvé chez 18 patients soit 72% des dépistages positifs (Figure 6).

Concernant la question 4 évaluant le détachement, sur 22 réponses positives, 19 patients (86%) avaient un score d'ESPT positif (Figure 6) : 5 patients (22,7%) avaient un score de 3/5, 10 patients (45,5%) avaient un score de 4/5, 4 patients (18,2%) avaient un score de 5/5.

Concernant la question 5 évaluant la culpabilité, sur 9 réponses positives, 8 patients (89%) avaient un score d'ESPT positif (Figure 6) : 1 patient (11%) avait un score de 3/5, 3 patients (33%) avaient un score de 4/5, 4 patients (44%) avaient un score de 5/5.

Figure 6. Répartition des réponses au questionnaire PC-PTSD-5



En analyse univariée, la durée moyenne depuis l'arrivée en France était significativement plus courte chez les patients dont le test PC-PTSD-5 était positif par rapport aux patients dont le test était négatif (75 jours vs 260 ; $p=0,02$) (Tableau 6). Il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge, l'origine géographique, le parcours migratoire et la durée du parcours migratoire entre ces 2 groupes (Tableau 6).

L'orientation vers le psychiatre était plus fréquente pour les patients dont le test était positif ($n=18, 75\%$ vs $n=6, 22\%$; $p<0,01$) (Tableau 6).

Tableau 6. Résultats au score PC-PTSD-5 comparés aux données épidémiologiques (N=53)

Variable	Catégorie	Vécu traumatisant (N=53)		Pvalue
		Score négatif (n=28, %)	Score positif (n=25, %)	
Age (années) n=53	≤ 20	7 (25)	3 (12)	0,28
	21-25	8 (28,6)	10 (40)	
	26-30	8 (28,6)	3 (12)	
	31-35	2 (7,1)	4 (16)	
	≥ 36	3 (10,7)	5 (20)	
Origine géographique n=53	Asie	21 (75)	17 (68)	0,34
	Afrique de l'Est	4 (15,3)	1 (4)	
	Afrique de l'Ouest / Sahel	3 (10,7)	5 (20)	
	Afrique Centrale	0	1 (4)	
	Afrique du nord	0	1 (4)	
Parcours migratoire n=43	Maroc	2 (7,1)	1 (4)	0,58
	Libye	5 (17,9)	5 (20)	0,94
	Turquie	15 (54)	15 (60)	0,83
Durée du parcours migratoire (jours) n=45		883	840	0,57
Durée moyenne depuis l'arrivée en France (jours) n=46		260	75	0,02
Avis demandé au psychiatre n=53	Oui	6 (22,2)	18 (75)	<0,01
	Non	21 (77,8)	6 (25)	

DISCUSSION

1. Résultats

Nous avons inclus 91 patients sur une période de 4 mois (du 28 mai au 27 septembre 2019). Le questionnaire PC-PTSD-5 a mis en évidence un antécédent d'expérience traumatisante chez 66,3% (n=53) des répondants (N=80). Une étude réalisée sur la file active du pôle psychiatrique (N=130) au même CAES a retrouvé des chiffres d'un ordre de grandeur similaire avec 55% de patients ayant subi la torture ou la détention, 35% l'esclavage ou le travail forcé, 86% un contact avec la mort (46). Ces chiffres sont comparables à ceux d'une récente étude du Comede ayant montré que les demandeurs d'asile étaient plus fréquemment confrontés à des violences que les autres migrants (79% vs 62%) (35).

Dans notre étude, le test de dépistage de l'ESPT était positif pour 25 patients (31% des répondants). La comparaison aux autres études est difficile étant donné les variabilités de populations et de méthodologies. Néanmoins, nos résultats concordent avec les études récentes réalisées en soins primaires : 34,9% (N=502) d'ESPT avec le test PCL-5 (Nesterko et al. 2019) (47), 31,3% (N=2287) avec le test PTSD-8 (Chen et al. 2017) (48). Ils sont aussi concordants avec la méta-analyse de Lindert et al. (en 2009) qui montrait une prévalence globale de l'ESPT de 36% chez les réfugiés (IC 95% [23-49]) (36). Les études réalisées en file active de psychiatrie montraient, elles, une prévalence plus élevée d'ESPT : 53,9% (N=130) avec le test PTSD-8 dans le cadre du travail de thèse de François Lair (46) et 60% (N=580) sans test standardisé chez Veisse et al. en 2017 (35). Cette différence s'explique par la sélection des patients lors des prises en charge psychiatriques. Parmi les patients ayant un dépistage de l'ESPT positif (n=25), 18 patients (72%) ont été adressés au psychiatre du pôle santé et 1 patient (4%) a été adressé aux urgences.

De janvier à septembre 2019, au CAES du 18^{ème} arrondissement, François Lair a réalisé son travail de thèse de psychiatrie sur les « facteurs associés aux symptômes psychiatriques sévères chez les demandeurs d’asile » (46). Le test PTSD-8 était utilisé pour diagnostiquer les ESPT, ce test explore le trépied intrusions / évitement / hypervigilance et semble privilégier la sensibilité (46). Notre étude montrait sur 25 tests positifs, 72% (n=18) de réponses combinées positives pour le trépied intrusions / évitement / hypervigilance (Figure 6), ce qui est concordant avec l’étude de François Lair. Nous avons observé que les symptômes d’intrusion, d’évitement, et d’hypervigilance pris séparément semblent plutôt sensibles puisque positifs dans respectivement 100%, 84% et 84% des tests positifs, mais moins spécifiques puisque corrélés à la positivité du test dans respectivement 69%, 68% et 68% des cas (Figure 6). A l’inverse, les symptômes détachement et culpabilité semblent moins sensibles car positifs respectivement dans 76% et 32% des tests positifs, mais plus spécifiques car corrélés à la positivité du test dans 86% et 88% des cas respectivement (Figure 6). Le test utilisé dans notre série retrouve une bonne concordance diagnostique avec l’étude effectuée par les psychiatres dans le même centre. Il permettrait de recueillir à la fois des signes sensibles et d’autres plus spécifiques d’ESPT. Cependant nous n’avons pas pu établir de sensibilité ni de spécificité en l’absence de confrontation à un test diagnostique.

Le test PC-PTSD-5 a été bien accepté par les enquêteurs en termes de temps d’acquisition dans une situation de soins primaires, de compréhension par les personnels paramédicaux, de facilité de traduction, et par les patients (seulement 12% de refus de répondre). Néanmoins, la question 5 concernant la culpabilité a posé des difficultés à certains traducteurs afghans en terme de transfert par rapport à leur histoire personnelle. Un patient a présenté une crise d’angoisse lors de la soumission du questionnaire, nous avons considéré son score comme égal à 5/5 ; ce patient a été orienté vers le Service d’Accueil et de traitement des

Urgences de proximité. Cet incident souligne la nécessité d'aborder ces thématiques avec la plus grande circonspection.

La population incluse dans notre étude (N=91) était exclusivement masculine, jeune (âge médian de 28,9 ans), originaire d'Afghanistan (61,5%), d'Afrique de l'Est (12,1%) et d'Afrique de l'Ouest/Sahel (16,5%), en situation de grande précarité (sans hébergement pour 74,8%, sans couverture sociale pour 83,5%). Une traduction était nécessaire dans environ 80% des cas. Les parcours migratoires étaient longs avec une médiane d'environ 2 ans (731 jours) et environ un quart des patients (26,4%) avaient un parcours migratoire supérieur à 4 ans. Les parcours migratoires des patients inclus étaient répartis comme suit : 50,5% étaient passés par la Turquie, 19,8% par la Libye, 6,6% par le Maroc. La population était donc globalement concordante avec les études récentes sur les demandeurs d'asile hébergés en Ile de France (12) ou passés par le CPA (12) (15).

Les données recueillies concernant les parcours migratoires (N=241) nous ont permis de retracer les trajets des personnes en fonction de leur origine géographique. Les personnes originaires d'Afghanistan passaient par la Turquie, celles originaires d'Afrique de l'Est par la Libye, et les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest et du Sahel par la Libye ou le Maroc. Ces résultats étaient statistiquement significatifs (Tableaux 4). La durée moyenne du trajet migratoire était plus courte par le Maroc (596 jours, $p=0,03$) et la Turquie (919 jours, $p<0,01$) que par la Libye (1854 jours, $p=1,00$) (Tableaux 4). De même, les durées moyennes de séjour en France étaient moins longues si la voie migratoire empruntait le Maroc (63 jours, $p=0,06$) et la Turquie (126 jours, $p<0,01$) plutôt que la Libye (316 jours, $p=0,93$) (Tableaux 4). Nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que le passage par la Libye est associé dans la littérature à une surexposition aux violences, à l'esclavage, à la torture et à l'emprisonnement (15) (46), induisant un temps de trajet migratoire nécessairement plus long. Nos résultats montrent aussi que les patients passés par la Libye ont plus recours au médecin généraliste

(n=62 ; 83,8% vs n=180 ; 71,4% ; p=0,04), possiblement pour des motifs traumatiques séquellaires de ces violences, voire des troubles somatoformes. Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que la voie libyenne est, de ce fait, nouvellement évitée lors des parcours, ce qui expliquerait dans nos résultats que les patients ayant emprunté les autres voies sont en France depuis des durées plus courtes.

Nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative entre le fait d'avoir un test de dépistage positif et les caractéristiques socio-épidémiologiques telles que l'âge, l'origine, le parcours migratoire ou sa durée. Nous retrouvons cependant que la durée moyenne de séjour depuis l'arrivée en France est significativement plus courte chez les patients dont le test de dépistage de l'ESPT est positif (75 jours vs 260 ; p=0,02). Le travail de thèse de psychiatrie de Chloé Masson au Centre d'Hébergement d'Ivry (où les mises à l'abri sont de 3 à 5 mois) retrouvait sur 93 patients inclus seulement 4% d'ESPT (23). Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'expression de l'ESPT répond à une certaine temporalité dans le parcours migratoire, et serait plus intense dans un temps précoce après l'arrivée. Etant donnée la grande vulnérabilité de l'individu lors de son parcours (46), sans même présumer des causes de départ du pays d'origine, ceci pourrait suggérer un effondrement de ses capacités adaptatives à l'arrivée dans le pays d'accueil.

2. Limites de l'étude

Notre étude était monocentrique sur un échantillon de petite taille (N=91) et sur une durée relativement courte de 4 mois. Notre manque de puissance s'expliquait par le fait que 251 patients potentiellement incluables ne l'ont pas été, soit par opposition, soit par non proposition de l'étude (Figure 1). Ces données n'ont pas été recueillies. Les principales raisons de non proposition de l'étude étaient :

- Faible maîtrise de la langue ne permettant pas la compréhension nécessaire à l'administration du questionnaire ;
- Surcharge de l'enquêteur ;
- Locaux ne garantissant pas une confidentialité optimale ;
- L'impossibilité de recours au psychiatre/médecin généraliste.

Les patients inclus étaient significativement en moins bon état de santé psychique par rapport aux non inclus (perçu par le patient comme moyen ou mauvais chez 50,6% vs 40% ; $p=0,01$), et l'infirmière suggérait plus souvent chez eux la nécessité d'orientation vers un psychiatre (44% vs 22,8% ; $p=0,01$) (Tableau 5). Ceci peut de fait surestimer nos résultats.

Notre étude ne recueillait la notion de traumatisme qu'au travers de la 1^{ère} question du test PC-PTSD-5, parmi une liste exhaustive, et sous une forme binaire oui/non. Nous ne sommes donc pas en mesure d'identifier les types de traumatisme, ni si des violences ont été perpétrées dans le pays d'origine, pendant le parcours migratoire, ou sur le territoire européen. Cependant, le recueil de telles données nous a semblé a priori un frein à la faisabilité de l'étude du fait de leur caractère intrusif. C'est pour cette raison, entre autres, que nous avons privilégié le test PC-PTSD-5.

Une des limites tient à la caractérisation de l'ESPT dans notre étude. Nous avons utilisé le test PC-PTSD-5 qui est un test de dépistage. Nous n'avons pas pu, pour des raisons logistiques, le confronter à un test diagnostique ni recueillir un diagnostic psychiatrique de confirmation a posteriori. Cependant, nous constatons que d'autres études réalisées en milieu psychiatrique ont utilisé des tests de dépistage de l'ESPT notamment le PTSD-8 (46) (48). Ces tests semblent en effet plus adaptés pour des acquisitions simplifiées, rapides et aisément traduisibles.

Nous avons inclus davantage de patients afghans (61,5% vs. 45,2%), ce qui est significativement confirmé par le fait qu'une majorité de patients parlaient dari parmi les inclus (n=47 ; 51,7% vs n=90 ; 33,1% ; p<0,01) et que le parcours migratoire par la Turquie était plus représenté parmi les inclus (50,5% vs 28,7% ; p=0,06) (Tableau 2). Notre population incluse comportait moins de patients originaires d'Afrique de l'Est (12,1% vs 23,9%) ce qui se traduisait par une moindre représentation du parcours via la Libye (19,8% vs 23,5% ; p=0,02) (Tableau 2). Ceci révèle un biais de sélection qui est certainement lié au fait que les traducteurs afghans ont proposé l'étude de manière plus systématique. Le moindre pourcentage de patients passés par la Libye parmi les patients inclus peut sous-estimer nos résultats.

En comparaison des nationalités les plus représentées en termes de demande d'asile en France en 2018 (49), nous n'avons inclus aucune personne originaire de Syrie. En effet, elles entrent majoritairement dans une procédure de réinstallation externalisée (44) et sont donc sous-représentées dans le centre d'accueil de notre étude (Tableau 1). Nous n'avons pas non plus inclus de personnes originaires de Géorgie, d'Albanie ou du Bangladesh (Tableau 1), car leurs trajectoires migratoires sont différentes des personnes hébergées au centre.

Nous n'avons pas pu exploiter de nombreuses variables normalement recueillies dans la base de données du Samu Social pour cause de données manquantes. Certaines auraient été intéressantes telles que le niveau d'éducation, la profession, les violences subies et leur caractérisation le cas échéant, le motif de départ du pays d'origine, le motif de consultation au pôle santé, la conclusion du médecin généraliste ou du psychiatre le cas échéant, l'orientation vers des services extérieurs. Selon nous, l'abondance de données manquantes concernant de nombreuses variables illustre la difficulté qui est celle des soignants lors des consultations aux exilés avec, outre des contraintes de temps et de compréhension, une confrontation itérative à des situations de détresse médico-sociale extrême. Nous rappelons en ce sens l'item A4

concernant le traumatisme dans les critères du DSM-V (Annexe 2, critère A.4) qui comprend l'exposition répétée aux détails sordides d'évènements, notamment via le milieu professionnel.

3. Perspectives

Devant la fréquence élevée de vécu traumatisant et d'états de stress post-traumatiques parmi les demandeurs d'asile, il semble nécessaire de proposer à cette population une évaluation médicale systématique, notamment dans un temps précoce après l'arrivée. Le manque de couverture sociale et la nécessité d'une traduction imposent des conditions spécifiques d'entretien, indispensables à la prise en charge.

Les somaticiens doivent être sensibilisés à la souffrance psychique parmi cette population. L'interrogatoire devrait systématiquement recueillir entre autres données les antécédents de violences, le motif de départ du pays d'origine, le parcours migratoire, les durées du parcours et du séjour en France, le stade de la procédure de demande d'asile. L'examen doit être attentif aux signes de pathologie psychiatrique grave et de souffrance psychique. L'articulation entre la médecine somatique et la psychiatrie doit être améliorée, ce que freine actuellement la logique de sectorisation de la psychiatrie publique.

L'état de stress post-traumatique, s'il ne doit pas être méconnu du somaticien, ne doit pas non plus cristalliser sa démarche clinique. En effet de nombreux autres troubles psychiques, tels que les états anxieux liés à l'acculturation, la psychose, la dépression ainsi que le risque suicidaire sont aussi à rechercher et à différencier.

Une attention particulière doit être portée sur les personnels médico-sociaux, administratifs et judiciaires, qui sont exposés de manière répétée à des situations de grande détresse et indirectement aux détails d'histoires traumatisantes.

CONCLUSION

Cette étude montre que les antécédents d'expériences traumatisantes et l'Etat de Stress Post-Traumatique sont fréquents chez les demandeurs d'asile et, comme toute pathologie mentale, retentissent sur les mécanismes d'adaptation nécessaires à leur intégration dans un pays d'accueil. En conséquence, ils doivent être recherchés systématiquement par les professionnels de santé, et précocement dans la démarche d'asile. Une évaluation médico-psycho-sociale initiale réalisée dans les conditions spécifiques qu'exigent ces situations apparaît nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. réfugiés L des NU pour les. Aperçu statistique [Internet]. UNHCR. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/aperçu-statistique.html>
2. Les données de l'asile à l'Ofpra en 2018 | OFPRA [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en>
3. Catherine Withol de Wenden, directrice de recherche au CNRS. De l'accueil au contrôle : catégoriser pour nommer. CPL Mag Mém N°66. mars 2016;5.
4. Natalie Nougayrède. Médias : le poids des mots. CPL Mag Mém N°66. :10-3.
5. Omar Guerrero. Une affaire de rhétorique. CPL Mag Mém N°66. mars 2016;66:8-10.
6. La souffrance psychique des exilés_Rapport pages.pdf [Internet]. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport%20pages.pdf
7. Gourdeau C. Ethnographier l'administration des étrangers : le cas du contrat d'accueil et d'intégration. E-Migrinter [Internet]. 3 avr 2019 [cité 12 nov 2019];(18). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/e-migrinter/1692>
8. Le statut de réfugié | OFPRA [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
9. Ministère de l'intérieur. Guide du demandeur d'asile en France. 2015.
10. Bruno Cabanes. Un siècle de réfugiés. Seuil. 2019.
11. Paris : pourquoi le campement de Stalingrad connaît-il un afflux de migrants [Internet]. LCI. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.lci.fr/societe/paris-pourquoi-le-campement-de-stalingrad-connaît-il-un-afflux-de-migrants-2010099.html>
12. Porte C de L, Cortier M, Papot E, Goudjo A, Riou F, Cervantes-Gonzalez M, et al. État de santé des personnes migrantes vues au Pôle Santé d'un Centre de Premier Accueil (CPA) en France. 2018;15.
13. Andrea Guisao, Mathilde Quéré, Françoise Riou. Profil socio-sanitaire et besoins de suivi sanitaire des personnes accueillies dans les structures d'île-de-France hébergeant des migrants de campements de fortune évacués, bilan infirmier d'orientation entre avril et décembre 2016. Observatoire du Samu Social de Paris; 2017.
14. William Lefèvre. Epidémiologie des patients adressés par le Centre de Premier Accueil, COPIL de la PASS de l'Hotel Dieu. 2017.
15. Clémentine de La Porte & al. Parcours migratoire des demandeurs d'Asile vers la France. JNI 2019. 5 juin 2019;

16. Expanding the fortress | Transnational Institute [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: https://www.tni.org/en/publication/expanding-the-fortress?content_language=fr
17. PB_Feuille_de_route_pour_une_gestion_migratoire_durable.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://www.clingendael.org/sites/default/files/2017-11/PB_Feuille_de_route_pour_une_gestion_migratoire_durable.pdf
18. Demander l'asile en France | OFPRA [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/asile/la-procedure-de-demande-d-asile/demander-l-asile-en-france>
19. Mestre C. Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques. *L'Autre*. fev 2009;10(162-170).
20. Coralie Capdeboscq. Les troubles psychiatriques dans l'examen des demandes d'asile par l'OFPRA. *CPL Mag Memoires N°67*. sept 2016;16-7.
21. La Cimade. Typologie des dispositifs « d'hébergement » des personnes migrantes - accueil/transit/contrôle/expulsion : comment s'y retrouver? 2018.
22. Huaume H. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France ; une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. :7.
23. Masson C. Psychiatrie et Migration : Etude et prise en charge de la population d'un centre d'hébergement pour migrants. Thèse de Médecine. 2018.
24. Kleinert E, Müller F, Furaijat G, Hillermann N, Jablonka A, Happel C, et al. Does refugee status matter? Medical needs of newly arrived asylum seekers and resettlement refugees - a retrospective observational study of diagnoses in a primary care setting. *Confl Health*. déc 2019;13(1):39.
25. Brandt L, Henssler J, Müller M, Wall S, Gabel D, Heinz A. Risk of Psychosis Among Refugees: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 14 août 2019;
26. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 6 sept 2011;183(12):E959-967.
27. Tortelli A, Skurnik N, Szöke A, Simon P. L'importance de la recherche épidémiologique psychiatrique sur les populations migrantes en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juill 2017;175(6):577-82.
28. Lindert J, Schouler-Ocak M, Heinz A, Priebe S. Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. janv 2008;23 Suppl 1:14-20.
29. Sleptsova M, Weber H, Schöpf AC, Nübling M, Morina N, Hofer G, et al. Using interpreters in medical consultations: What is said and what is translated-A descriptive analysis using RIAS. *Patient Educ Couns*. sept 2017;100(9):1667-71.

30. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med.* janv 2016;46(2):327-43.
31. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med.* 22 2017;376(25):2459-69.
32. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative Traumas and risk thresholds : 12 months PTSD in the world. *Depress Anxiety.* févr 2014;31(2):130-42.
33. Morgan C, Knowles G, Hutchinson G. Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* oct 2019;18(3):247-58.
34. Tortelli A, Morgan C, Szoke A, Nascimento A, Skurnik N, de Caussade EM, et al. Different rates of first admissions for psychosis in migrant groups in Paris. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juill 2014;49(7):1103-9.
35. Veïsse A. et al. Violence, Vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bul Epidémiol Hebd.* 2017;19-20:405-14.
36. Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 1982. juill 2009;69(2):246-57.
37. American Psychiatric Association. *Troubles Stress Post-Traumatique, Critères Diagnostiques.* In: DSM-V. 2015. p. 320.
38. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
39. Hoge CW, Riviere LA, Wilk JE, Herrell RK, Weathers FW. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *Lancet Psychiatry.* sept 2014;1(4):269-77.
40. Freedy JR, Steenkamp MM, Magruder KM, Yeager DE, Zoller JS, Hueston WJ, et al. Post-traumatic stress disorder screening test performance in civilian primary care. *Fam Pract.* déc 2010;27(6):615-24.
41. Aoun A, Joundi J, Gerges NE. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Associated Risk Factors: A cross- sectional study among Syrian refugees. 2018;11(1):7.
42. Taylor EM, Yanni EA, Pezzi C, Guterbock M, Rothney E, Harton E, et al. Physical and Mental Health Status of Iraqi Refugees Resettled in the United States. *J Immigr Minor Health.* déc 2014;16(6):1130-7.
43. Sonis J. PTSD in primary care--an update on evidence-based management. *Curr Psychiatry Rep.* juill 2013;15(7):373.

44. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/pc-ptsd.asp>
45. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* oct 2016;31(10):1206-11.
46. Lair F. Facteurs associés aux symptômes psychiatriques sévères chez les demandeurs d'asile. Thèse de médecine 2019.
47. Nesterko Y, Jäckle D, Friedrich M, Holzappel L, Glaesmer H. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 31 juill 2019;1-11.
48. Chen W, Hall BJ, Ling L, Renzaho AM. Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *Lancet Psychiatry.* mars 2017;4(3):218-29.
49. Premier bilan de la demande d'asile en France et en Europe en 2018 [Internet]. La Cimade. 2019 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lacimade.org/premier-bilan-de-la-demande-dasile-en-france/>

ANNEXES

Annexe 1 : Typologie des dispositifs d'hébergement des personnes exilées : comment s'y retrouver ? la Cimade, avril 2019.

Dispositif	Acronyme	Signification	Description, public concerné	Cadres légaux (et infra légaux)	Nombre de places / Localisation / Principaux opérateurs	Financement / Prix de journée par personne et par jour
Dispositif de tri	CAES	Centre d'accueil et d'examen de situation administrative	Dispositif combiné : hébergement et accès à la procédure d'asile. Puis orientation rapide vers un centre adapté à la situation administrative	L 744-3-3 CESEDA Circulaire du 31 décembre 2018 relative à l'évolution du parc d'hébergement	2 900 places : centres dans les Hauts de France, Île de France, Auvergne Rhône Alpes & Grand Est	BOP 303 immigration Prix de journée : 24€
Hébergement de transit des personnes demandant asile	PRAHDA	Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile	Accueil et accompagnement de personnes demandant asile, en cours de procédure + dublinées	L 744-3-2° du CESEDA Marché public du ministère de l'intérieur, septembre 2016	5351 places : situées souvent dans d'anciens hôtels formule 1. ADOMA opérateur unique	BOP 303 Prix de journée : 15€
Dispositifs d'accueil pour personnes demandant asile	HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile	Hébergement et accompagnement des personnes demandant asile, en procédure accélérée et dublinées. [Regroupe désormais les ATSA et la moitié des places CAO] Assignation à résidence possible	L 744-3-2° du CESEDA	42 500 places (dont 31 000 stables) ADOMA, COALLIA et autres structures	BOP 303 Prix de journée : 17€
Dispositifs pour bénéficiaires protection internationale	SAS	Centres de transit pour réinstallés	Accueil et accompagnement de personnes réfugiées et bénéficiaires de la protection subsidiaire	Article L 349-1 du Code de l'action sociale et des familles	875 places	BOP 104 Prix de journée : 25€

Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'ESPT issus du DSM-V

A. Traumatisme

Exposition à la mort ou à une menace de mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles (≥ 1 item) :

1. Être directement exposé à l'évènement traumatique
2. Être témoin direct.
3. Apprendre le vécu de l'évènement par un proche ou un ami. S'il y a eu mort ou danger de mort, l'évènement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Être exposé de façon répétée ou extrême aux détails sordides d'évènements, en général au cours d'activités professionnelles (p. ex. : interventions de première ligne, rassemblement de restes humains, exposition à des détails de violence envers les enfants). Cela ne comprend pas l'exposition non liée au travail par le truchement de médias électroniques, de la télévision, de films ou de photographie, sauf si cela est lié au travail.

B. Symptômes d'intrusion

Reviviscence persistante de l'évènement traumatisant (≥ 1 item) :

1. Souvenirs récurrents, involontaires et envahissants.
2. Rêves répétitifs dont le contenu est lié à l'évènement et provoquant un sentiment de détresse.
3. Réactions dissociatives (ex. flashbacks) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si l'évènement traumatique allait se reproduire.
4. Détresse psychique intense ou prolongée à la suite d'une exposition à des stimuli évoquant un aspect de l'évènement traumatisant.
5. Réaction physiologique prononcée à la suite d'une exposition à des stimuli évoquant un aspect de l'évènement traumatisant.

C. Evitement

Évitement volontaire persistant de stimuli pénibles associés au traumatisme à la suite de l'évènement (≥ 1 occurrence) :

1. Effort pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments étroitement associés à l'évènement traumatique.
2. Effort pour éviter les rappels externes (p. ex., personnes, lieux, conversations, activités, objets ou situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associées à l'évènement traumatique.

D. Modification négative des cognitions et de l'humeur

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associée à l'évènement traumatique, et débutant ou s'aggravant après la survenue de l'évènement (≥ 2 items) :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments essentiels de l'évènement (généralement amnésie dissociative)
2. Croyances et attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même ou le monde (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « Le monde entier est dangereux » « On ne peut faire confiance à personne » « Mon système nerveux est détruit pour toujours »).
3. Distorsion cognitive persistante à propos de la cause ou des conséquences d'un évènement traumatique qui pousse le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux).

E. Modification de l'éveil et de la réactivité

Modifications du degré de vigilance et de la réactivité ayant débuté ou s'étant intensifiées à la suite de l'évènement traumatique (≥ 2 items) :

1. Comportement irritable ou accès de colère démesuré qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagéré.
5. Problème de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité)

F. La perturbation (B, C, D, E) dure plus d'un mois

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance psychoactive ni à une affection médicale.

Annexe 3 : Note d'information au patient



samusocialdeParis

Titre complet de la recherche :

Dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique chez les demandeurs d'asile, au CAES « la Boulangerie » pôle santé géré par le SAMU Social de Paris, en 2019- IMEA 056

Recherche promue par l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée

CHU Bichat Claude-Bernard

46 rue Henri Huchard 75018 Paris

Responsable du traitement des données :

William LEFEVRE, médecin généraliste au CMS Plaine St-Denis

INFORMATION INDIVIDUELLE DOSSIER N°

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à une recherche sur votre état de santé. Il est important de lire attentivement cette note avant de prendre votre décision ; n'hésitez pas à demander des explications.

- **Quel est le but de cette recherche ?**

Cette recherche a pour but de dépister l'Etat de Stress Post-Traumatique chez une population d'exilés. Ce syndrome est fréquent chez les personnes ayant vécu des événements particulièrement violents. Les personnes exilées ont souvent subi ou assisté à des violences, mais il existe peu de données sur l'importance de ces troubles chez les personnes ayant un tel parcours de vie.

Pour répondre à la question posée dans la recherche, nous souhaiterions, pour avoir une représentation juste de l'importance du stress post traumatique chez les personnes migrantes,

l'évaluer avec 300 consultants bénéficiant d'un entretien infirmier au pôle santé du CAES la Boulangerie, 84 bd Ney 75018 Paris.

- **En quoi consiste la recherche ?**

Nous vous proposons de répondre au questionnaire de dépistage PC-PTSD-5, composé de 6 questions établissant un score. Secondairement nous allons analyser ce score en fonction des données socio-épidémiologiques des individus recueillies dans la base de l'Observatoire du Samu Social.

- **Quel est le calendrier de la recherche ?**

On estime que le travail de recueil et d'analyse des données devrait prendre 6 mois.

- **Quels sont les bénéfices de votre participation ?**

En participant à cette recherche vous contribuez à une meilleure connaissance des problématiques de santé chez les personnes exilées et à l'amélioration de ce que l'on peut proposer aux personnes ayant développé un stress post-traumatique. Votre participation n'est pas rémunérée.

- **Si vous participez, comment vont être traitées les données recueillies ?**

Un traitement de vos données personnelles anonymisées va être réalisé afin d'analyser les résultats au regard de l'objectif de la recherche.

A cette fin, les résultats du questionnaire et les données déjà recueillies par le Samu Social concernant vos repères, parcours migratoire et lieu de résidence, famille et soutiens, état de santé et orientation, seront transmises au Promoteur ou aux personnes agissant pour son compte, en France et conservées pendant 1 an. Ces données seront informatisées et « non identifiantes », c'est-à-dire que votre nom ne figurera dans aucun des documents papier et aucun des recueils informatiques renseignés pour l'étude. Elles seront codées par un numéro de participation unique.

Vous pouvez à tout moment demander à votre médecin les informations qui se trouvent dans votre dossier médical, y compris les informations recueillies dans le cadre de cette étude, et demander à ce que les informations qui s'y trouvent soient rectifiées si elles ne sont pas exactes.

Vos données pourront être utilisées pour des recherches ultérieures ou des analyses complémentaires à la présente, dans des conditions assurant leur confidentialité et le même niveau de protection que la législation européenne.

Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement à l'utilisation ultérieure de vos données auprès du responsable de traitement des données.

Le fichier informatique utilisé pour cette recherche est mis en œuvre conformément à la réglementation française (loi Informatique et Libertés modifiée) et européenne (Règlement Général sur la Protection des Données). Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et d'opposition au traitement des données couvertes par le secret professionnel et utilisées dans cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du médecin en charge de la recherche (identifié en première page).

Si vous décidez d'arrêter de participer à la recherche, les données recueillies précédemment à cet arrêt seront utilisées conformément à la réglementation. En effet leur effacement pourrait compromettre la validité des résultats. Dans ce cas, vos données ne seront pas utilisées ultérieurement ou pour une autre recherche.

En cas de difficultés dans l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir le Délégué à la Protection des données de l'IMEA via l'adresse suivante : *imea.dpo@imea.fr*, qui pourra vous expliquer les voies de recours dont vous disposez auprès de la CNIL.

Confidentialité, utilisation des résultats et dispositions légales

Toutes les données vous concernant, c'est-à-dire les questionnaires remplis par l'infirmière à l'interrogatoire resteront confidentielles et ne pourront être consultées que par l'équipe médicale qui s'occupe de la recherche.

- **Comment cette recherche est-elle encadrée ?**

L'IMEA et le Samu Social de Paris ont pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément aux dispositions du Code de la santé applicables aux recherches impliquant la personne humaine.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude font l'objet d'un traitement informatisé dans le respect de la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée notamment par la loi 2004-801 du 6 août 2004 et le décret d'application n°2005-1309 du 20 octobre 2005 complété par la décision du 5 janvier 2006 portant homologation d'une méthodologie de référence MR003 pour les traitements des données

personnelles opérés dans le cadre des recherches biomédicales. L'IMEA a obtenu l'avis favorable du comité de protection des personnes Nord-Ouest I le 12/03/2019.

- **Quels sont vos droits ?**

Votre participation est libre et volontaire. Votre décision sera sans conséquence sur la qualité des soins et des traitements auxquels vous aurez droit. Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche il suffit de le signaler à l'infirmière lors de l'entretien.

Vous pourrez, tout au long de la recherche et à l'issue, demander des informations concernant votre santé ainsi que des explications sur le déroulement de la recherche au responsable de traitement des données.

Vous pouvez vous retirer à tout moment de l'étude sans justification, sans conséquence sur la suite de vos soins qui se poursuivront normalement. Dans ce cas, les données collectées jusqu'à votre retrait seront utilisées pour l'analyse des résultats.

A l'issue de la recherche et de l'analyse des données, vous pourrez être informé des résultats globaux par l'intermédiaire du médecin responsable de l'étude.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique.

Date de délivrance de l'information : ___ / ___ / _____

Annexe 4 : Note de non opposition



samusocialdeParis

Titre complet de la recherche :

Dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique chez une population d'exilés, au CAES « la Boulangerie », pôle santé géré par le SAMU Social de Paris, en 2019

Recherche promue par l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée

CHU Bichat Claude-Bernard

46 rue Henri Huchard 75018 Paris

Responsable du traitement des données :

William LEFEVRE, médecin généraliste au CMS Plaine St-Denis

RECUEIL DE NON OPPOSITION

DOSSIER N° :

Je soussigné(e)

Certifie avoir communiqué toute information utile concernant l'étude : *Dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique chez une population d'exilés, au CAES « la Boulangerie » en 2019.*

Le participant ne s'oppose pas : (cocher la case)

À l'utilisation de ses données personnelles anonymisées afin d'analyser les résultats au regard de l'objectif de la recherche

Le : / /2019

Signature

Annexe 5 : Questionnaire PC-PTSD-5

QUESTIONNAIRE PC-PTSD-5

Certaines expériences peuvent parfois se révéler particulièrement effrayantes, horribles, ou traumatisantes.

Par exemple :

- un accident grave ou un incendie
- une maltraitance, une agression physique ou sexuelle
- un tremblement de terre ou une inondation
- une scène de guerre
- voir quelqu'un gravement blessé ou tué
- le meurtre ou le suicide d'un proche

Avez-vous déjà vécu ce genre d'événement ? OUI NON

⇒ Si NON, Arrêter ici.

⇒ **Si OUI, veuillez répondre aux questions ci-dessous.**

Ce dernier mois :

1. Avez-vous fait des cauchemars au sujet de cette expérience ou y avez-vous pensé sans le vouloir ?

OUI NON

2. Avez-vous résolument essayé de ne pas y penser ou tout fait pour éviter des situations qui vous rappelaient cette expérience ?

OUI NON

3. Étiez-vous constamment aux aguets, sur vos gardes, ou facilement surpris ?

OUI NON

4. Vous sentiez vous détaché des autres, des activités ou de votre entourage ?

OUI NON

5. Vous êtes-vous senti coupable ou avez-vous des remords concernant cette expérience ou ses conséquences ?

OUI NON

SCORE PC-PTSD-5 : ___ / 5 (nombre de réponses « OUI »)

Annexe 6 : Accord favorable du CPP et amendement de prolongation d'étude

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST I

UNIVERSITE DE ROUEN - FACULTE DE MEDECINE/PHARMACIE
Bâtiment D - Administration - Bibliothèque Universitaire
22, Boulevard Gambetta - 3^{ème} Etage
76183 ROUEN cedex
☎ 02 32 88 84 48
@ : cpp.nordouest1@chu-rouen.fr

Président : F. BAUER
Vice-présidente : B. GEFFROY
Secrétaire Général : M. LAURENT

Rouen, le 14 mars 2019

N° Dossier : 19.01.14.71617

N° National : 2019-A00072-55

Réf. Promoteur : Etude IMEA 056

Madame Aïda BENALYCHERIF
IMEA-Fondation Léon M BA
Hôpital Bichat Claude Bernard
75018 PARIS

Madame,

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I, agréé par arrêté ministériel en date du 15/05/2018, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie en date du 01/06/2018, a examiné le protocole de recherche mentionnée au 3° de l'article L.1121-1 du CSP (recherche non interventionnelle) dont vous êtes le promoteur, intitulé :

**Dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique chez une population d'exilés, au pôle santé
du Centre d'Accueil et d'Examen des Situations La Boulangerie, en 2019**

L'investigateur-Coordonnateur est le Docteur William LEFEVRE

Ce protocole a été examiné en réunion le jeudi 28 février 2019

Les membres qui ont délibéré lors de la dernière séance sont :

Collège I :

- ☞ Mr BAUER(T), Mmes LEBLANC(T), BRASSEUR-DAUDRUY(S), qualifiés en matière de recherche biomédicale
- ☞ Mr LADNER(T), qualifié en matière de biostatistique ou d'épidémiologie
- ☞ Mr LAURENT(T), pharmacien
- ☞ Mme CASTANET(S), Pédiatre

Collège II :

- ↳ Mmes BONNET(T), DUVAL(S), psychologues
- ↳ Mmes PANZERI-HEBERT(T), POULET(T), juristes
- ↳ Mr SCHAPMAN(T), Mmes DUPONT(T), ANSQUER(S), représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé

- le Comité émet, lors de sa réunion du jeudi 28 février 2019, un avis favorable sous réserve de modifications déposées le 08/03/2019 sur le SI CNRIPH.
- Le comité restreint du 12/03/2019 prenant en compte ces modifications et considérant que ce protocole est conforme avec le 3° de l'article L.1121-1 du Code de la Santé Publique, notifie l'avis définitif suivant :

AVIS FAVORABLE

Cet avis rendu le **Mardi 12 mars 2019** est valable pour 2 ans, si la recherche n'a pas débutée durant cette période, il devient caduc (article R. 1123-26). La première inclusion doit être déclarée au CPP dans les meilleurs délais.

Documents examinés et approuvés :

- Courrier de demande d'avis daté et signé du 11/01/2019
- Formulaire de demande d'avis – 11/01/2019
- Bordereau d'enregistrement RCB – 10/01/2019
- Déclaration de conformité à une méthodologie de référence (MIR003) n° 1993476 v 0 du 23/09/2016
- Protocole - version n° 1.0 du 09/01/2019
- Résumé du protocole
- CVs du Dr LEFEVRE et du Dr SAUTEREAU
- Questionnaires de recueils

- Courrier de réponse daté et signé du 07/03/2019
- Note d'information – pas de date / pas de n° de version
- Formulaire de non opposition – pas de date / pas de n° de version

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.


Professeur Fabrice BAUER
Président du CPP NOY

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST I

UNIVERSITE DE ROUEN - FACULTE DE MEDECINE/PHARMACIE

Bâtiment D - Administration Bibliothèque Universitaire

22, Boulevard Gambetta - 3^{ème} Etage

76183 ROUEN cedex

☎ 02 32 85 84 48

@ : spp.nordouest1@chu-rouen.fr

Président : F. BAUER

Vice-Président : B. GEFFROY

Secrétaire Général : M. LAURENT

N° Dossier : 19.01.14.71617

N° National : 2019-A00072-55

Réf. Promoteur : Etude IMEA 056

Madame Aïda BENALYCHERIF

IMEA-Fondation Léon M BA

Hôpital Bichat Claude Bernard

75018 PARIS

Madame,

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I, agréé par arrêté ministériel en date du 16/05/2018, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie en date du 01/06/2018, a été saisi le 06/09/2019 d'une demande d'avis pour un **amendement substantiel n° 1** au protocole, dont vous êtes le promoteur, intitulé :

Dépistage de l'Etat de Stress Post-Traumatique chez une population d'exilés, au pôle santé du Centre d'Accueil et d'Examen des Situations La Boulangerie, en 2019

L'investigateur-Coordonnateur est le **Docteur William LEFEVRE**

Pour lequel le CCP Nord-Ouest I avait donné un avis favorable le 12/03/2019

Cet amendement a été examiné en séances du **Jeudi 19 septembre 2019**

Les membres qui ont délibéré lors de cette séance sont :

Collège I :

- ☞ Mr BAUER(T), Mr THUREAU(T), qualifiés en matière de recherche biomédicale
- ☞ Mr LADNER(T), qualifié en matière de biostatistique ou d'épidémiologie
- ☞ Mr LAURENT(T), pharmacien

Collège II :

- ☞ Mmes BONNET(T), DUVAL(S), psychologues
- ☞ Mmes PANZERI-HEBERT(T), POULET(T), juristes
- ☞ Mr SCHAPMAN(T), Mmes DUPONT(T), représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé

Le Comité a pris note et a approuvé l'amendement substantiel n° 1 concernant la prolongation de la période d'inclusion jusqu'au 27/09/2019.

Documents examinés et approuvés :

- Le courrier de demande, signé et daté du 10/09/2019
- Protocole version 2.0 du 05/09/2019.

Selon l'article R 1123-24 du Code de la Santé Publique, nous transmettons ce courrier à l'autorité compétente.

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Fait à ROUEN, le 20/09/2019


Professeur Fabrice BAUER
Président du CPP NO I

Objectif : Les demandeurs d'asile sont exposés à des violences mais les données concernant l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) sont hétérogènes dans la littérature, et rares en France. Notre objectif est d'évaluer l'exposition aux traumatismes et la prévalence de l'ESPT parmi les demandeurs d'asile via le questionnaire PC-PTSD-5. **Matériel et méthodes :** Nous avons réalisé une étude descriptive monocentrique au CAES de Paris 18^{ème}. Lors d'un entretien infirmier, nous avons recueilli des données socio-épidémiologiques ainsi que le score PC-PTSD-5. Les tests du chi carré (χ^2) et de Student ont été utilisés pour comparer les proportions et les moyennes entre les sous-groupes. Cette étude a eu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I. **Résultats :** Nous avons inclus 91 patients du 28 mai au 27 septembre 2019. Sur 80 répondants, 66% (n=53) avaient un antécédent d'expérience traumatisante et 31% (n=25) avaient un test de dépistage positif de l'ESPT (score $\geq 3/5$). La population incluse était exclusivement masculine, jeune (âge médian : 29 ans), originaire d'Afghanistan (56/91 ; 61,5%), d'Afrique de l'Est (11/91 ; 12%) et d'Afrique de l'Ouest/Sahel (15/91 ; 16,5%) et en situation de grande précarité. Une traduction était nécessaire dans 80% des cas. En analyse univariée, la durée moyenne depuis l'arrivée en France était plus courte chez les patients ayant un test positif (75 jours vs 260 ; p=0,02). **Conclusion :** Les traumatismes et l'ESPT sont fréquents chez les demandeurs d'asile et peuvent entraver leur processus d'intégration. Ils doivent être recherchés systématiquement et précocement par une évaluation médico-psycho-sociale.

Mots-clés : ESPT, Immigrants sans papiers, Evaluation des troubles mentaux dans les soins primaires.

PSTD SCREENING AMONG ASYLUM-SEEKERS

Objective : Asylum-seekers are frequently exposed to violence but PTSD data fluctuates in the literature, and is rare in France. Our objective is to assess traumatic experience and prevalence of PTSD among asylum-seekers using score PC-PTSD-5. **Material and Methods :** This is a descriptive, monocentric study in Paris 18th arrondissement's center for asylum-seekers (CAES). During a nurse interview we collected socio-demographic data as well as scoring for PC-PTSD-5 test. Chi square and Student tests were used to compare percentages and averages, between clusters. The study was approved by ethics committee. **Results :** We included 91 patients from 28th of may until 27th of september 2019. Among 80 responding patients 66% (n=53) had traumatic experience and 31% (n=25) tested positive for PTSD through a PC-PTD-5 score $\geq 3/5$. Population was masculine, young (median age : 29 years) and came from Afghanistan (56/91 ; 61.5%), east Africa (11/91 ; 12%), west Africa/Sahel (15/91 ; 16.5%), and was widely in precarious situation. Translation was needed 80% of the time. Univariate analysis showed shorter stay in France for those who tested positive for PTSD (75 days versus 260 ; p=0,02). **Conclusion :** Traumatic experience and PTSD are frequent among asylum-seekers, and can affect their integration process. It should be systematically and precociously assessed in a medico psychosocial evaluation.

Keywords : PTSD, Undocumented immigrants, Primary care evaluation of mental disorders.

Objectif : Les demandeurs d’asile sont exposés à des violences mais les données concernant l’Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) sont hétérogènes dans la littérature, et rares en France. Notre objectif est d’évaluer l’exposition aux traumatismes et la prévalence de l’ESPT parmi les demandeurs d’asile via le questionnaire PC-PTSD-5. **Matériel et méthodes :** Nous avons réalisé une étude descriptive monocentrique au CAES de Paris 18^{ème}. Lors d’un entretien infirmier, nous avons recueilli des données socio-épidémiologiques ainsi que le score PC-PTSD-5. Les tests du chi carré (χ^2) et de Student ont été utilisés pour comparer les proportions et les moyennes entre les sous-groupes. Cette étude a eu l’avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I. **Résultats :** Nous avons inclus 91 patients du 28 mai au 27 septembre 2019. Sur 80 répondants, 66% (n=53) avaient un antécédent d’expérience traumatisante et 31% (n=25) avaient un test de dépistage positif de l’ESPT (score $\geq 3/5$). La population incluse était exclusivement masculine, jeune (âge médian : 29 ans), originaire d’Afghanistan (56/91 ; 61,5%), d’Afrique de l’Est (11/91 ; 12%) et d’Afrique de l’Ouest/Sahel (15/91 ; 16,5%), et en situation de grande précarité. Une traduction était nécessaire dans 80% des cas. En analyse univariée, la durée moyenne depuis l’arrivée en France était plus courte chez les patients ayant un test positif (75 jours vs 260 ; p=0,02). **Conclusion :** Les traumatismes et l’ESPT sont fréquents chez les demandeurs d’asile et peuvent entraver leur processus d’intégration. Ils doivent être recherchés systématiquement et précocement par une évaluation médico-psycho-sociale.

Mots-clés : ESPT, Immigrants sans papiers, Evaluation des troubles mentaux dans les soins primaires.

PSTD SCREENING AMONG ASYLUM-SEEKERS

Objective : Asylum-seekers are frequently exposed to violence but PTSD data fluctuates in the literature, and is rare in France. Our objective is to assess traumatic experience and prevalence of PTSD among asylum-seekers using score PC-PTSD-5. **Material and Methods :** This is a descriptive, monocentric study in Paris 18th arrondissement’s center for asylum-seekers (CAES). During a nurse interview we collected socio-demographic datas as well as scoring for PC-PTSD-5 test. Chi-square and Student tests were used to compare percentages and averages, between clusters. The study was approved by ethics committee. **Results :** We included 91 patients from 28th of may until 27th of september 2019. Among 80 responding patients 66% (n=53) had traumatic experience and 31% (n=25) tested positive for PTSD through a PC-PTD-5 score $\geq 3/5$. Population was masculine, young (median age : 29 years) and came from Afghanistan (56/91 ; 61.5%), east Africa (11/91 ; 12%), west Africa/Sahel (15/91 ; 16.5%), and was widely in precarious situation. Translation was needed 80% of the time. Univariate analysis showed shorter stay in France for those who tested positive for PTSD (75 days versus 260 ; p=0,02). **Conclusion :** Traumatic experience and PTSD are frequent among asylum-seekers, and can affect their integration process. It should be systematically and precociously assessed in a medico psychosocial evaluation.

Keywords : PTSD, Undocumented immigrants, Primary care evaluation of mental disorders.

