

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Parcours médical des migrants primo- arrivants à Angers.

DOUILLET-DUPONT Delphine

Née le 03 Mars 1988 à Rennes (35)

Sous la direction de M. le Docteur Yves-Marie VANDAMME

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie | Président

Monsieur le Professeur PICHARD Eric | Membre

Madame le Docteur DELORI Maud | Membre

Monsieur le Docteur BAUDRY Emmanuel | Membre

Monsieur le Docteur DE GENTILE Ludovic | Membre

Monsieur le Docteur BELLANGER William | Membre

Monsieur le Docteur VANDAMME Yves-Marie | Directeur/Membre

Soutenue publiquement le :
18 Avril 2016



2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Parcours médical des migrants primo- arrivants à Angers.

DOUILLET-DUPONT Delphine

Née le 03 Mars 1988 à Rennes (35)

Sous la direction de M. le Docteur Yves-Marie VANDAMME

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie | Président

Monsieur le Professeur PICHARD Eric | Membre

Madame le Docteur DELORI Maud | Membre

Monsieur le Docteur BAUDRY Emmanuel | Membre

Monsieur le Docteur DE GENTILE Ludovic | Membre

Monsieur le Docteur BELLANGER William | Membre

Monsieur le Docteur VANDAMME Yves-Marie | Directeur/Membre

Soutenue publiquement le :
18 Avril 2016



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Delphine DOUILLET-DUPONT,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire cette thèse.

Signé le 18/03/16

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle Richard

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas Lerolle

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine

GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-Rhino-Laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaires	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie

VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie

PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

Je remercie très sincèrement,

Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie :

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous remercie également pour votre disponibilité à répondre à mes différentes interrogations et pour votre volonté à faciliter la réalisation de mon parcours en tant que future urgentiste.

Monsieur le Docteur VANDAMME Yves-Marie :

Je te remercie pour ton soutien infaillible, pour le temps que tu as su prendre malgré ton emploi du temps très chargé, pour ton investissement et pour tes précieux conseils, tout au long de ce travail. Merci de m'avoir encouragée et soutenue.

Monsieur le Professeur PICHARD Eric :

Merci de m'avoir sensibilisée à la question de la santé des migrants à travers vos enseignements. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Monsieur le Docteur DE GENTILE Ludovic :

Merci d'avoir pris le temps d'échanger aux moments clés de la construction de cette thèse. Vos remarques pertinentes et vos conseils ont permis de valoriser mon travail. Ce fut une étonnante façon de se revoir après toutes ces années.

Monsieur le Docteur BELLANGER William :

Je vous remercie pour l'intérêt porté à mon travail et pour avoir accepté de participer à mon jury.

Madame le Docteur DELORI Maud :

Je te remercie de m'avoir orientée vers ce sujet de thèse qui m'a beaucoup appris ainsi que d'avoir pris le temps de m'initier au réseau local angevin. Merci de m'avoir motivée à continuer malgré les nombreuses barrières administratives que j'ai rencontrées.

Monsieur le Docteur BAUDRY Emmanuel :

Merci pour ton accueil chaleureux et bienveillant. Je te remercie de m'avoir aussi gentiment ouvert les portes de Médecins du Monde et d'avoir facilité mes démarches. Merci de m'avoir introduite dans cette équipe très sympathique de Médecins du Monde.

REMERCIEMENTS

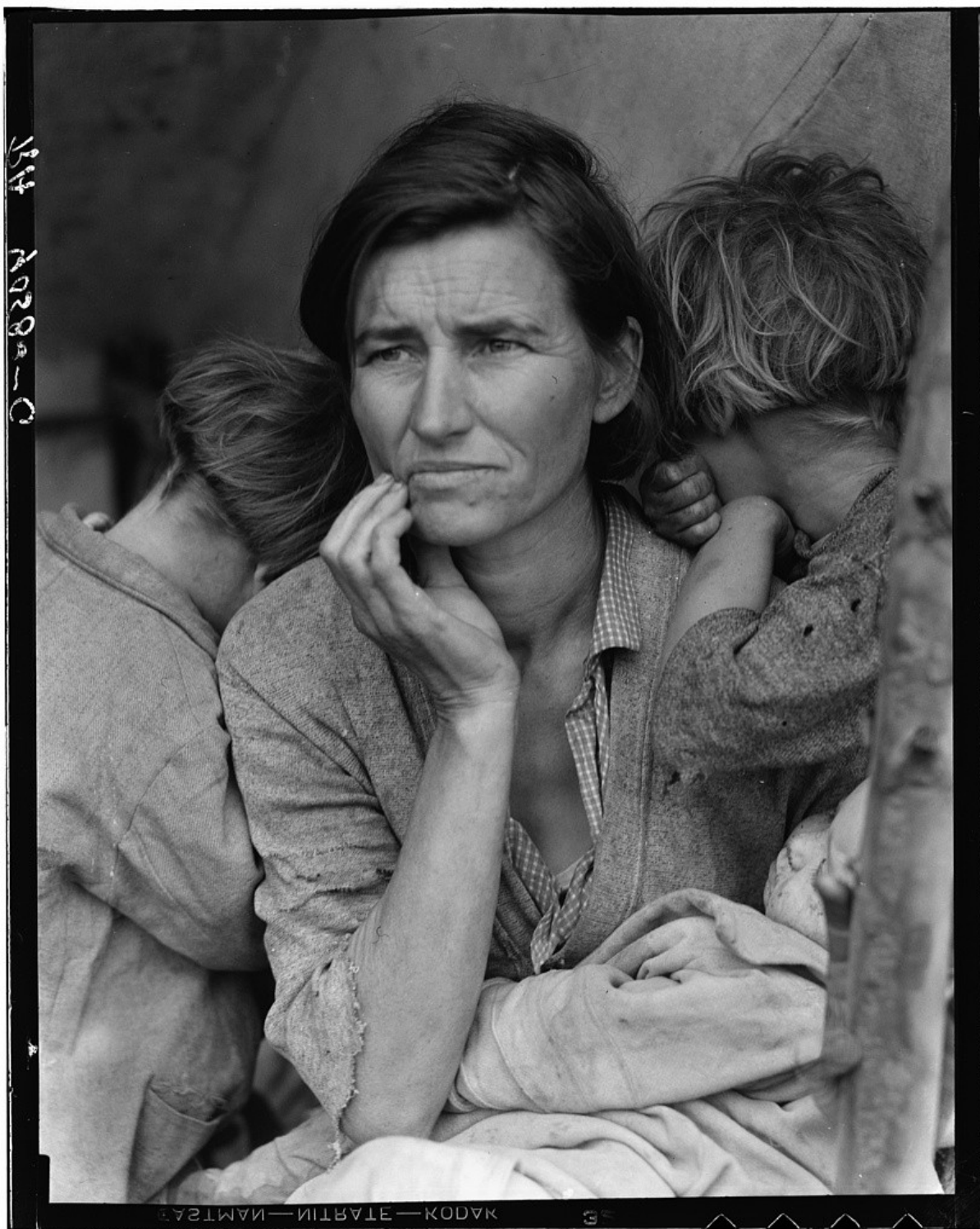
Merci à Madame LABORDE Nathalie, Monsieur le Docteur CATELAND Louis-Noël, à Madame MEGIMBIR Carole, à Madame BRILLET Marylène, à Madame le Docteur BELLOEIL Vanessa, à Monsieur le Docteur ARNAUD Guy, à l'équipe de Médecins du Monde et à celle du CLAT, à Monsieur REHAJEM Samir, à Monsieur MAHIEU Rafael, et à tous ceux qui ont rendu ce travail possible.

Merci,

A mes parents, à Manu, à Adèle, à ma sœur, pour leur soutien sans faille, leurs encouragements, et leur amour qui m'ont permis de réaliser mes souhaits et surtout qui me permettent chaque jour d'avancer sereine et heureuse. Je vous serai toujours reconnaissante.

A tous mes amis.

A mes relecteurs.



« Migrant Mother » par Dorothea Lange 1936.

**«De toutes les formes d'inégalités, l'injustice en matière de soins médicaux
est la plus révoltante et la plus inhumaine.»**

Martin Luther King Jr., 25mars 1966

Liste des abréviations

AME	Aide Médicale d'Etat
AMS	Allocation Mensuelle de Subsistance
APTIRA	Association pour la Promotion et l'Intégration de la Région d'Angers
ARS	Agence Régionale de Santé
ATA	Allocation Temporaire d'Attente
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CADA	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAP	Chèque Accompagnement Personnalisé
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC	Centers for Disease Control
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
CeGGID	Centres Gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic
CESEDA	Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile
CIDDIST	Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles
CIMADE	Comité Inter-Mouvement Auprès Des Evacués
CLAT	Centre de Lutte AntiTuberculeuse
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
CNR	Centre National de Référence
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
CVH	Centre de Valorisation de l'Humain
DIASM	Dispositif d'Appui en Santé Mentale Angevin
DNA	Dispositif National d'Accueil
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DTP	Diphtérie Tétanos Poliomyélite
ESPT	Etat de Stress Post-Traumatique
FMC	Formation Médicale Continue
FRONTEX	Agence européenne pour la gestion de la coopération opérationnelle aux frontières extérieures des États membres de l'Union Européenne
HTA	Hypertension artérielle
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
HUDC	Hébergement d'Urgence pour personne dans le Droit Commun
IDR	Intra Dermo Réaction
IGRA	Interféron Gamma Release Assays
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISM	Inter Service Migrant
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MIE	Mineur Isolé Etranger
NFS	Numération Formule Sanguine

OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OMI	Office des Migrations Internationales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PUMa	Protection Universelle Maladie
ROR	Rougeole Oreillon Rubéole
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDF	Sans Domicile Fixe
SMIT	Service de Maladies Infectieuses et Tropicales
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	p.7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	p.10
TABLE DES MATIÈRES	p.12
INTRODUCTION	p.13
1. Objectifs	
2. Définitions	
3. Situation migratoire	
4. Contexte juridique évolutif	
5. Singularités du parcours de soins des migrants	
6. Etat de santé des personnes migrantes	
7. Bilan de santé recommandé	
8. Les différentes structures du parcours de soins des migrants à Angers	
MATERIELS ET MÉTHODES	p.39
1. Etude	
2. Population étudiée	
3. Considérations éthiques et réglementaires	
4. Recueil des données	
5. Outils statistiques	
6. Méthodologie de recherche bibliographique	
RESULTATS	p.44
1. Descriptif de la population étudiée	
2. Parcours médical	
3. Pathologies présentées	
4. Dépistages	
5. Hospitalisation	
6. Prescription de traitement au terme de la consultation	
7. Vaccination	
8. Parcours administratif	
DISCUSSION	p.69
1. Résultats principaux	
2. Limites et apports de l'étude	
3. Exemples de réseau de prise en charge de la santé des migrants dans le grand Ouest	
4. Perspectives et propositions pour avenir	
CONCLUSION	p.87
BIBLIOGRAPHIE	p.88
LISTE DES TABLEAUX	p.93
LISTE DES FIGURES	p.94
ANNEXES	p.95
RESUME	p.113
SUMMARY	p.115
SERMENT D'HIPPOCRATE	p.117

INTRODUCTION : objet de l'étude et état de l'art

1 Objectifs

Les migrants représentent une population fragilisée sur le plan médical. En effet, plus d'un tiers présente un retard de recours aux soins et 17% ont même renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois [1]. Leur fragilité est liée à leurs antécédents médicaux, connus ou non, plus nombreux avec leur environnement et la déficience des systèmes de santé de leur pays d'origine. La fragilité réside dans la difficulté de leurs conditions de voyage et celle de leurs conditions de vie en arrivant en France. Enfin, il existe une fragilité psychologique inhérente à leur déplacement (raisons du départ, séparation de la famille) favorisant les troubles psychiatriques [2;3] et le développement de dépendance aux drogues dans cette population [2].

Par ailleurs, l'absence de prise en charge des soins est un facteur aggravant ces comorbidités, avec un moindre accès aux soins de premier recours ainsi qu'aux examens complémentaires.

Dans une période économique difficile, les moyens dédiés à la prise en charge médicale des migrants primo-arrivants demeurent restreints [4]. Plus de 90% des personnes reçues la première fois dans les Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) ne disposent d'aucune couverture maladie alors que près de trois quarts des consultants pourraient théoriquement en bénéficier [1]. L'accès aux soins dans cette population cible n'est possible qu'en cas de dispense d'avance de frais [5]. De plus, l'absence de proposition de dépistage s'élève à environ 45% et est significativement liée à l'absence de couverture sociale [6]. La question de la santé des migrants primo-arrivants est souvent diluée dans le problème plus général de l'accès aux soins des populations précaires. Cependant, pour que les dysfonctionnements dans leur parcours de soins soient démontrés, il faut qu'ils soient identifiés et repérés à l'échelle locale, afin que, par la suite, les acteurs locaux et organisations régionales puissent se doter d'outils opérationnels (programmes et structures) adaptées spécifiquement.

Peu d'étude ont eu pour objet le parcours de soins des migrants primo-arrivants dans les différents centres de soins de premier recours dès leur arrivée. Aucune étude n'a été faite dans la Ville d'Angers sur ce sujet.

L'objectif est d'effectuer une description du parcours médical des migrants primo-arrivants majeurs sur Angers, à travers les pathologies diagnostiquées, afin de mieux cibler les mesures d'intervention qui permettraient d'améliorer leur prise en charge médicale.

2 Définitions

Pour commencer, il est primordial de définir les mots employés pour évoquer notre population cible de cette étude car tous n'ont pas les mêmes droits.

Selon le comité pour la santé des exilés (COMEDE), un migrant, au sens international du terme, est une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France [5]. Ce terme ne préjuge en rien des raisons profondes (fuir la persécution, nécessité économique ou climatique...) ou du type de migration (durable ou temporaire, familial ou non...). L'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) définit le migrant comme toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays [7].

Le terme «immigré» se rattache à une personne née étrangère dans un pays étranger qui réside désormais en France. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française. Quant au terme «émigré», peu utilisé, il évoque la personne qui a quitté son pays, sa région. Le premier évoque donc l'arrivée dans un pays et le deuxième le départ du pays d'origine. Ces deux termes illustrent le point de vue de la migration et la persistance du lien entre «ici» et «là-bas». Le terme migrant fait la synthèse entre les deux [8].

Les demandeurs d'asile sont les personnes ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951 [5]. Le terme réfugié au sens juridique, est accordé à un étranger persécuté dans son pays. Il doit s'agir de persécutions fondées sur la race, la religion, la nationalité, l'appartenance à un certain groupe social (y compris pour des considérations liées au genre et à l'orientation sexuelle, au risque d'excision pour les femmes) ou les opinions politiques. On parle alors d'asile conventionnel, puisqu'il est régi par la Convention de Genève de 1951. Il peut aussi s'agir d'étrangers persécutés dans leur pays en raison de leurs actions en faveur de la liberté. On parle, alors, d'asile constitutionnel. Enfin, il peut s'agir d'un étranger qui a obtenu dans son pays la protection du Haut-Commissariat des Nations unies, mais ne peut plus y rester. Le «protégé subsidiaire» est un étranger dont la situation ne remplit pas les conditions d'obtention du statut de réfugié et qui prouve qu'il est exposé dans son pays à l'un des risques suivants: peine de mort ou exécution, torture, peines ou traitements inhumains ou dégradants, menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et

résultant d'une situation de conflit armé interne ou internationale. Ces deux statuts sont accordés par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides) ou la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile) [9].

Le terme «primo-arrivant» est utilisé pour toute personne arrivant pour la première fois dans un pays et ayant la volonté de s'installer durablement dans ce pays [10].

Dans ce travail, nous allons nous intéresser au parcours de soins des migrants. On définit cela comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population, on peut repérer et organiser des typologies de parcours *a priori* et anticiper les ressources nécessaires. Cette définition du parcours de soins est inspirée d'une définition de l'ARS (Agence Régionale de Santé) d'Ile de France datant de 2012 [11].

3 Situation migratoire

3.1 En Europe et en France

Selon l'agence FRONTEX (l'agence européenne pour la gestion de la coopération opérationnelle aux frontières extérieures des États membres de l'Union Européenne), en 2014 il y a eu plus de 280 000 détections de traversées de frontières illégales et 441 780 séjours illégaux en Europe. Ce chiffre sans précédent de franchissement illégal des frontières s'explique par la multiplicité des conflits : Syrie, Libye, Érythrée... Le profil des migrants irréguliers détectés demeure relativement inchangé par rapport à 2013, la plupart étant des hommes adultes [12]. Environ 615 000 demandeurs d'asile (+ 41% par rapport à 2013) ont été enregistrés en 2014, un nombre jamais atteint depuis 2008 (début du registre de FRONTEX) [12].

Selon le gouvernement français, il a été enregistré 64 536 demandes d'asile en France en 2014, soit 10,49% des demandes d'asile européennes. Parmi ces demandes d'asile, 14 564 ont été acceptées en 2014 (soit 22,6%) [13]. L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) relève des statistiques concernant les immigrés (terme englobant les français ayant acquis la nationalité française), les étrangers avec titre de séjour et les étrangers sans statut, connus ou non de l'administration («sans papiers» ou «clandestins»). Chaque année en moyenne, entre 2004 et 2012, 200 000 immigrés sont entrés en France, soit moins que la

moyenne des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique). Cela représente chaque année 0,3% de la population française en moyenne [14].

3.2 Dans les Pays de la Loire et le Maine-et-Loire

La région Pays de la Loire est située au 3ème rang des régions françaises en terme d'évolution de la population immigrée. En effet, entre 2006 et 2011, le nombre d'immigrés dans les Pays de la Loire a augmenté de 4,5% en moyenne chaque année [15]. Cette évolution est en partie liée au fait que malgré la crise, la région Pays de la Loire a maintenu un fort pouvoir économique et d'attractivité par rapport aux autres régions.

Selon la préfecture de Maine-et-Loire, une augmentation de 15% des demandes d'asile a été enregistrée en 2014. Quatre cent quatre vingt personnes étrangères se sont présentées en 2014 à la préfecture pour solliciter l'asile politique (468 en 2013) et 226 demandeurs d'asile ont obtenu le statut de réfugié politique ou la protection subsidiaire (contre 165 en 2013)[16].

PREMIÈRES DEMANDES DE PROTECTION INTERNATIONALE PAR DÉPARTEMENT DE DÉPÔT EN 2012
(HORS APATRIDES ET HORS MINEURS ACCOMPAGNANTS)

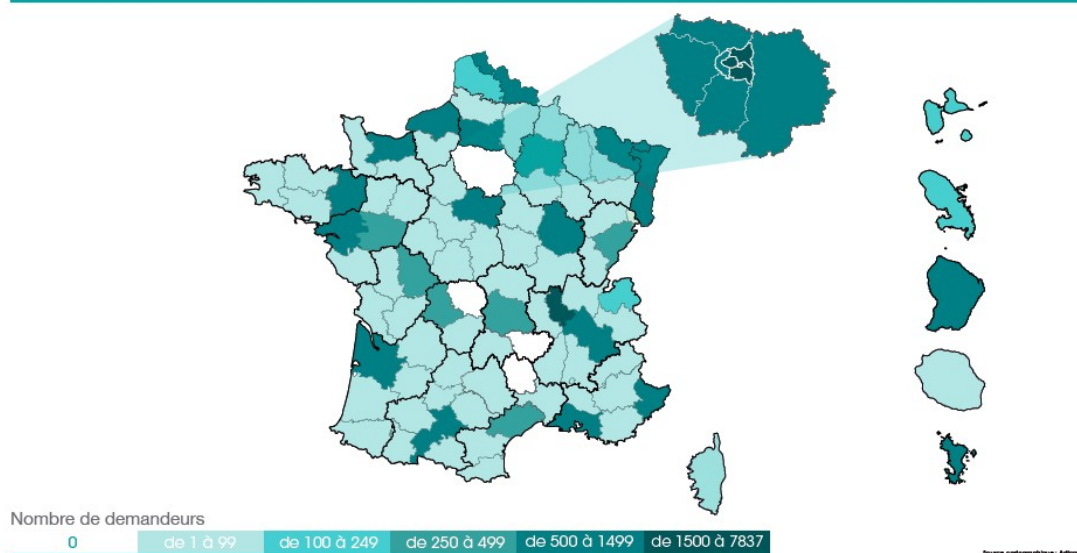


Figure 1: Extrait du rapport d'activité de l'OFPRA 2012.

4 Contexte juridique évolutif

Afin de bien prendre en charge les patients migrants primo-arrivants dans leur globalité, il est primordial de connaître les bases légales, les parcours administratifs auxquels ils sont confrontés, les possibilités d'hébergement et les aides financières existantes. La santé est souvent considérée comme secondaire face à ces problématiques. Or, il a été démontré que le fait de ne pas avoir de statut légal, avait un effet significatif négatif sur la santé mentale et physique [17].

4.1 L'histoire du droit d'asile

La notion de protection des personnes victimes de violences est sans doute née 2300 ans avant JC grâce au Traité de Kadesh dans la mesure où ce texte organisait, à la fin de la guerre qui opposait Ramsès II l'Egyptien et le roi des Hittites Hattousil III, la protection puis le rapatriement des réfugiés du camp adverse.

Au Vème siècle avant JC, les grecs introduisent le mot « asile » qui vient du grec « asulon » qui désignait un sanctuaire inviolable. Ce terme avait alors une orientation religieuse. La personne pouvant se réfugier dans l'asile était placée sous la protection des dieux et était, dès lors, hors d'atteinte de violence. Le temple de Poséidon, sur l'île de Paros permettait d'accueillir ces réfugiés.

En Europe, c'est l'Eglise chrétienne qui va rendre ce principe universel, se déclarant protectrice de tous. Ainsi, le droit d'asile se développe et s'applique dans chaque paroisse. Cependant, cette protection accordée par les ecclésiastiques entravait parfois l'application de la justice royale. Pour rompre avec cela, François 1er, en 1539, dicte l'ordonnance, dite de Villers-Cotterêts, qui supprime l'application du droit d'asile par l'Eglise, déclarant que ce droit devait revenir à l'Etat. C'est ainsi que le principe d'asile devient laïc. C'est ensuite dans le contexte de l'afflux très important de populations migrantes fuyant les guerres en Europe, que l'article 120 du projet de la nouvelle Constitution française de 1793 affirme que «le peuple français donne asile aux étrangers bannis de leur patrie pour cause de liberté. - Il le refuse aux tyrans». Alors, le concept du droit d'asile prend un tournant essentiel en France. Notre pays se positionne comme terre d'asile et patrie des droits de l'Homme [18].

4.2 Le droit d'asile à l'international

«Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays. Ce droit ne peut être invoqué que dans le cas de poursuites réellement fondées sur un crime de droit commun ou sur des agissements contraires aux buts et aux principes des Nations Unies.» [19] C'est ainsi que la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 redéfinit la nécessité d'accueil des populations victimes de violences. La convention de Genève de 1951 prolonge cette déclaration en définissant les fondements du droit d'asile et de la protection subsidiaire. Les réfugiés sont les personnes "Qui,[...] craignant avec raison d'être persécuté du fait de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un certain groupe social ou de leurs opinions politiques, se trouvent hors du pays dont ils ont la nationalité et qui ne peuvent ou, du fait de cette crainte, ne veulent se réclamer de la protection de ce pays ;..." [20]. Les réfugiés sont alors placés sous la protection du HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés). La convention de New York de 1954 a permis de statuer sur le statut des apatrides [21].

Le droit d'asile en Europe s'est formé parallèlement aux principes de "libre circulation" créés par les accords de Schengen signés en 1990. En effet, la gestion des flux migratoires européens dépend désormais du règlement Dublin III datant du 31 Avril 2014 [22]. Tous les Etats membres de l'UE appliquent le règlement ainsi que la Norvège, l'Islande, la Suisse et le Liechtenstein. Ce règlement pose le principe qu'un seul état membre est responsable de l'examen d'une demande d'asile. Le but étant d'éviter la multiplicité des recours de demande d'asile à l'intérieur de "l'espace Dublin" et d'éviter que les demandeurs d'asile ne soient renvoyés d'un pays à l'autre indéfiniment (Annexe 1). L'application a donné naissance, par nécessité, au "système Eurodac" qui recueille les empreintes digitales. Les pays de l'UE peuvent vérifier si le demandeur d'asile a déjà formulé une demande dans un autre pays de l'UE, auquel cas il est renvoyé dans ce pays.

4.3 Législation française

L'OFPRA, créé en 1952, est un établissement public indépendant chargé de l'application des textes français et européens relatifs à la reconnaissance du statut de réfugié ou d'apatride et à l'admission à la protection subsidiaire [23]. Sous le contrôle de la CNDA, juridiction administrative spécialisée, cet office peut accorder ou non le statut de réfugié ou de protégé subsidiaire.

Le parcours du demandeur d'asile comprend différentes étapes (selon la nouvelle réforme).

1) Tout d'abord, un rendez-vous doit être pris à l'un des guichets uniques repartis sur le territoire via Internet. Les procédures sont maintenant de plus en plus dématérialisées. Ces guichets uniques sont composés d'agents de la préfecture et d'agents de l'OFII réunis (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration). Les associations, chargées du pré-accueil, peuvent faciliter l'accès aux démarches, en prenant rendez-vous à ce guichet unique et en préparant les pièces du dossier.

2) Puis, au guichet unique, un agent de la préfecture étudie la demande: prise d'empreintes pour le fichier « Eurodac », récit du parcours. Cette étape a pour but de déceler les migrants qui relèveraient d'une demande d'asile dans un autre pays selon l'application de la loi Dublin. Elle permet aussi de savoir s'ils relèvent de la procédure normale ou dite accélérée. Le choix de la procédure accélérée est fait si la personne a la nationalité d'un pays sûr (selon la liste de l'OFPRA), s'il a déjà fait une première demande qui a été rejetée, s'il transmet de fausses indications, s'il a tardé à demander l'asile depuis son arrivée en France (120 jours) ou s'il constitue une menace grave pour l'ordre public. Si tel est le cas, le préfet saisie l'OFPRA qui doit rendre sa décision sous 15 jours pour les personnes en liberté ou 96 heures pour les personnes en rétention. Après l'enregistrement, la personne doit envoyer le formulaire de demande d'asile à l'OFPRA sous un mois. Pendant ce temps, le migrant dispose d'une attestation de demande d'asile.

3) Dans ce dernier temps, un entretien avec un agent de l'OFII a lieu afin d'évaluer la nécessité de prise en charge de l'hébergement et l'ouverture de droit à l'allocation de demandeurs d'asile.

L'OFPRA peut décider de soit accorder le statut de réfugié (carte de résident de 10 ans), soit la protection subsidiaire (carte de séjour temporaire d'un an). En cas de refus, des mesures d'éloignement sont enclenchées qui invitent le migrant au départ volontaire. Cependant, ce dernier dispose d'un mois pour faire un recours auprès de la CNDA (avec renouvellement du récépissé valant titre de séjour pendant l'instruction). Cette juridiction indépendante examine les dossiers et prononce des décisions d'octroi de statut de réfugié ou la protection subsidiaire ou de rejet définitif des demandes d'asile (Annexe 2) [24]. Ainsi, les personnes désignées comme «sans papiers», en «situation illégale», «déboutées» ou «clandestines» sont celles qui n'ont pas fait de démarches de demande d'asile ou celles qui ont été rejetées et qui n'ont donc plus de légitimité juridique de résidence sur le sol français.

Le Dispositif National d'Accueil (DNA) de 2003 prévoit la mise en place d'une plateforme d'accueil (une par région) permettant l'information, l'orientation et l'accompagnement des demandeurs d'asile. Il prévoit d'héberger les demandeurs d'asile pendant toute la durée de la procédure grâce aux 271 centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) (21410 places), 28 centres provisoires d'hébergement (CPH) (1083 places) et plusieurs milliers de place en hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) ou pour les personnes dans le droit commun (HUDC). Pour les demandeurs d'asile non logés, une allocation temporaire d'attente (ATA) est délivrée. Elle est de 11,20 euros par jour et par adulte. Par ailleurs, une allocation mensuelle de subsistance (AMS) est versée à l'entrée en CADA dont le montant dépend de la composition de la famille. En attendant le versement de ces prestations, des chèques "accompagnement personnalisé" (CAP) peuvent être distribués par les opérateurs de l'asile (soit 3euros /jour/personne) (Annexe 3).

Selon la commission des lois du Sénat (à partir des données transmises par l'OFPRA et la CNDA) et confirmées par le COMEDE et la CIMADE (Comité Inter-Mouvement Auprès Des Evacués), le délai d'examen d'une demande d'asile ne cesse de s'accroître, ayant désormais atteint les seize mois (et trente mois à Paris) [24;5].

Par ailleurs, il existe un droit au séjour pour raison médicale inclus dans le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA article L313-11). La demande est possible si la personne ne peut recevoir une prise en charge médicale adaptée dans son pays d'origine et si ce manque de soins risque d'avoir des conséquences graves pour sa santé. Cela passe par le dépôt d'un dossier à la préfecture et par l'acceptation du médecin référent de l'ARS (Agence Régionale de Santé) qui examine les certificats médicaux établis par des médecins référents ou hospitaliers. Dès lors, une carte de séjour « vie privée et familiale » d'un an peut être délivrée (s'il réside depuis au moins un an en France) ou une autorisation provisoire de séjour de 6 mois (s'il réside depuis moins d'un an en France).

4.4 Evolution récente du droit d'asile

«Il faut réformer notre système d'asile à bout de souffle», déclarait, en mai 2013, Manuel Valls alors ministre de l'intérieur. Afin de se mettre en conformité avec la législation Européenne et devant les failles de notre système d'asile, une loi relative à la réforme de l'asile est entrée en vigueur le 2 novembre 2015. Les principales avancées de cette loi sont:

- ✓ L'objectif d'un délai moyen de 9 mois pour examiner les demandes d'asiles. Cela passe par la création des guichets uniques permettant de réunir les acteurs sur un même lieu (comme expliqué précédemment).
- ✓ Le placement en procédure accélérée (et non plus prioritaire) permettra le droit au maintien sur le territoire tant que la CNDA n'a pas statué. Cela permet l'accès à un recours suspensif devant la CNDA mais qui sera jugé dans un délai plus bref. Et enfin, cela permettra l'accueil dans un CADA, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui pour les procédures prioritaires.
- ✓ La création de l'hébergement directif afin d'harmoniser sur le territoire la répartition des demandeurs d'asile. En effet, 50% des demandes d'asiles ont lieu en Ile de France. Les migrants seront contraints, pour percevoir l'allocation, d'accepter la place en CADA proposée où qu'elle soit située en France. Le nombre de place en CADA devrait augmenter et remplacer au fur et à mesure les places en hébergements d'urgence et les nuitées d'hôtel afin de garantir l'égalité de traitement des demandeurs d'asile.
- ✓ Le demandeur d'asile peut être assisté par un avocat ou un représentant d'une association habilitée lors de l'entretien conduit par un officier de protection de l'OFPPA.

Ainsi l'accélération des procédures devrait permettre un accès plus rapide aux droits au travail, à un logement individuel et plus globalement à une meilleure intégration des réfugiés.

4.5 Dispositif d'accueil des demandeurs d'asile en Maine-et-Loire

Dans le Maine-et-Loire, avant cette réforme de novembre 2015, tout était centralisé initialement à la plateforme associative "Espace Accueil" qui assurait pour le compte de l'OFII (Office Français de l'Immigration et de l'Intégration) une mission d'accueil et d'accompagnement des demandeurs d'asile [16]. Le parcours des migrants primo-arrivants était donc de se rendre à Espace Accueil qui les accompagnait dans les démarches auprès de la préfecture, de l'OFPPA, des centres d'hébergement... Désormais, depuis janvier 2016, c'est la plateforme d'accueil CVH (Centre de Valorisation de l'Humain) qui a remplacé Espace Accueil. La mise en place du guichet unique a débuté depuis janvier 2016 mais nous disposons que de peu d'éléments de retour sur leur fonctionnement. Par ailleurs, en 2014, il existait 613 places d'hébergement réparties entre 290 places CADA et 323 places HUDA.

5 Singularités du parcours de soins des migrants

En 2014, un retard de recours aux soins était constaté pour 40% des patients consultant dans les CASO et 17% de ces patients ont même renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. D'après l'observatoire de Médecins du Monde de 2014, les principaux obstacles qui limitent l'accès aux soins et favorisent le renoncement sont:

- les difficultés administratives : 32,8%
- la méconnaissance des droits et des structures : 27,9%
- la barrière linguistique : 19,3%
- aucun droit possible : 17,2%
- des difficultés financières : 14,2%
- des démarches en cours mais des délais d'instruction trop longs : 6,1%
- des droits ouverts dans un autre pays européen : 2,6%
- une mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits : 1,9%
- la peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e) : 1,1%
- d'autres raisons (refus de soin, PASS non fonctionnelle...) : 4,6% (à noter que plusieurs obstacles étaient parfois évoqués) [1]

5.1 La couverture maladie : déterminant essentiel de l'accès aux soins

Selon une étude allemande, les migrants primo-arrivants n'ayant pas encore accès aux soins de santé courants ont un taux plus élevé de morbidité et de mortalité [17] soulignant ainsi l'importance de l'accession rapide à une assurance-maladie. En effet, « si la délivrance 'gratuite' de soins préventifs et des premiers soins curatifs est parfois possible, seule une protection de base assortie d'une couverture complémentaire (CMUc/AME) peut permettre la continuité des soins » selon le COMEDE [5].

Les migrants peuvent accéder à une couverture maladie de différentes façons. Au cours des trois premiers mois de résidence en France, les migrants sont exclus des systèmes de protection maladie sauf s'ils

sont demandeurs d'asile ou mineurs. En effet, tous les demandeurs d'asile ont le droit désormais à la Protection Universelle Maladie PUMa (associée ou non à la CMU complémentaire CMUc), dès lors qu'ils en ont fait la demande auprès de la préfecture. La PUMa remplace la CMU de base depuis Janvier 2016. Elle a comme principal intérêt de se baser sur des critères uniquement de résidence et non plus de ressources.

Au delà de trois mois, si le migrant est en situation régulière vis-à-vis de la préfecture, il peut bénéficier de l'assurance maladie PUMa associée à la CMUc. Les migrants en situation irrégulière relèvent de l'aide médicale d'Etat (AME) s'ils ont la preuve de leur présence depuis plus de trois mois sur le territoire français (en dehors de Mayotte où l'AME ne s'applique pas) et sous conditions de ressources. Les demandeurs d'asile, placés en procédure accélérée et ceux en procédure Dublin, ont accès uniquement à l'AME.

Pour pallier à ce délai de trois mois et si le migrant nécessite des « soins urgents, dont l'absence de prise en charge mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître », les établissements de santé publics ou privés dispensent les soins, qui sont alors pris en charge ponctuellement par l'État [25].

L'accession à une protection sociale est souvent difficile pour les migrants car ils doivent présenter leurs papiers d'identité, une attestation écrite prouvant le délai de trois mois de vie sur le territoire, remplir des formulaires en français composés de 8 pages, se rendre à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ou leur adresser un courrier... Ces différentes protections sociales sont à renouveler au bout d'un an (Annexe 4).

Contrairement à des idées véhiculées, il a été démontré qu'il n'existe pas de surconsommation de soins des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME [25;26]. Par ailleurs, un rapport de Médecins du Monde, réalisé dans onze pays Européens, signale que la santé n'est citée que dans 6% des motivations à la migration, contrecarrant les arguments selon lesquels les migrants viennent profiter de notre système de soins et qu'une meilleure prise en charge de la santé créerait un « appel d'air » pour l'arrivée de nouveaux migrants. De nombreuses associations recommandent la fusion de ces deux systèmes de soins (l'AME et la CMU), qui complexifient l'obtention et donc entravent un peu plus l'accès aux soins.

5.2 Facteurs inhérents aux migrants: difficultés économiques, linguistiques, isolement, droit et statut

Soigner des patients migrants nécessite de saisir la complexité de leur situation qui réside dans la différence culturelle et linguistique, dans la précarité socio-économique et dans la traduction médiée par

l'intervention possible d'un tiers interprète. L'éthique professionnelle y est particulièrement sollicitée. Cela requiert une aptitude à l'écoute, à l'anticipation et à l'adaptation. Les compétences mises en jeu sont d'ordre relationnelles et nécessitent une bonne coordination médico-sociale, comme il est rappelé dans le référentiel métier et compétences des médecins généralistes [27]. Il faut donc intégrer tous ces déterminants lors d'une consultation. Cependant, il ressort des études faites sur ce sujet, que les patients migrants ont bien souvent des attentes simples en venant consulter, comme le besoin d'être écoutés, considérés, rassurés [28].

◆ Barrière linguistique

Les difficultés linguistiques peuvent remettre en cause les principes d'efficacité, de sécurité et d'équité du système de soins. En effet, fréquemment, différentes personnes accompagnantes font office de traducteur bien qu'elles soient plus ou moins fiables, par leur maîtrise souvent partielle de la langue, leur implication dans le sujet abordé, leur relation avec le patient...L'interprétariat professionnel se pose comme le meilleur moyen pour assurer le secret professionnel, l'impartialité, la fidélité de la traduction et le respect de l'autonomie de la personne. A l'heure actuelle, il n'existe que des structures associatives pour répondre à cela. L'accès à l'interprétariat téléphonique est possible partout en France 24h/24 et 7jours sur 7 via l'association ISM (Inter Service Migrant). Le principal facteur limitant son utilisation est son coût à chaque appel. Selon une étude sur les différents organismes disponibles, un entretien téléphonique de quinze minutes couterait entre 15 euros et 38 euros, passant parfois à 101 euros pour une heure [29]. A Angers, l'association APTIRA (Association pour la Promotion et l'Intégration de la Région d'Angers) permet de réaliser des entretiens médicaux avec la présence d'un interprète sur place si le rendez vous est planifié à l'avance. Le coût s'élève à 35 euros de l'heure [30]. Par ailleurs, le Ministère de la Santé et des Solidarités, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et le COMEDE lancent le « Livret de santé bilingue » disponible en 22 langues. Point important, certains migrants ont une connaissance partielle de la langue française, qui peut être suffisante pour assurer des conversations simples, mais qui ne permet pas de mener à bien une consultation abordant l'annonce d'une maladie, la mort, le désir d'enfant, l'éducation thérapeutique...Il ne faut pas non plus sous-estimer l'illettrisme dans ces populations, expliquant parfois le non-respect des consignes écrites sur une ordonnance ou l'impossibilité de se rendre à des rendez-vous via une adresse et un plan.

◆ Barrière culturelle

« Vouloir nier cette dimension de la prise en charge d'un patient migrant c'est passer à côté de phénomènes explicatifs souvent utiles au soignant (et donc au patient) [...] la tendance étant de considérer les différences culturelles [...] comme un obstacle de principe alors qu'elles peuvent se révéler, au contraire, de puissants alliés » explique le Professeur O.Bouchaud, qui s'intéresse à l'ethnomédecine [8]. Connaître les spécificités culturelles, les représentations de la maladie, les alternatives traditionnelles, sans pour autant être anthropologue, permet bien souvent d'instaurer une alliance thérapeutique et de renforcer ces liens.

◆ Difficulté d'accès aux droits

Certains migrants primo-arrivants ont le sentiment de ne pas être légitime dans leur quête de droit sur le territoire français. De plus, pour les personnes les plus précaires, qui parfois n'accèdent pas à la satisfaction de besoins fondamentaux tels que manger et se loger, il n'est pas aisé de se penser comme un citoyen titulaire de droits [31].

◆ Difficultés socio-économiques

Les études montrent que de nombreux facteurs liés à la mauvaise santé sont plus présents dans les groupes de populations ayant les revenus les plus faibles. Par exemple, selon le bulletin épidémiologique, l'espérance de vie des «personnes sans domicile fixe» (SDF) approche 45 ans alors que l'espérance de vie moyenne en France est de 82 ans [32].

◆ Ignorance du parcours de soins

Le parcours de soins ne répond pas à des logiques d'adressage simple (comme par exemple : « Rendez vous chez un médecin généraliste, qui adresse à un établissement spécialisé permettant un retour chez soi en

bonne santé ») mais répond à un ensemble complexe de facteurs, dont la connaissance de l'offre par les patients, la disponibilité de l'offre de soins...[33]. Ce parcours présente de nombreux obstacles, notamment la multiplicité des lieux de consultation et leur éloignement géographique, qui compliquent leurs accès. De plus, l'offre de soins disponible est parfois mal connue du personnel des structures auxquelles s'adressent les patients migrants du fait du manque de travail en réseau.

5.3 Facteurs inhérents aux praticiens : méconnaissance, culturalisme et refus de soins

De nombreux médecins se retrouvent dans une situation d'échec face aux migrants. Tout d'abord la barrière de la langue constitue un obstacle souvent mal dépassé par manque de ressources comme expliqué précédemment. De plus, certains médecins évoquent l'allongement de la durée de consultation liée aux difficultés de compréhension et les problèmes parfois complexes présentés par le patient migrant [34]. Cependant, une étude du DREES montre que la durée de consultation était en moyenne plus courte pour les patients bénéficiaires de la CMUc (14,6 minutes contre 15,5 minutes) et plus longue pour les cadres supérieurs [35]. Un autre frein évoqué, à la prise en charge des migrants est le retard de paiement et parfois l'absence de ressources amenant à des consultations «gratuites». La méconnaissance des réseaux d'aide aux populations migrantes est un facteur limitant l'accès au parcours de soins.

Sans occulter l'importance de l'appartenance à une culture, il est important de ne pas tomber dans un modèle culturaliste simple où toutes les réactions et les ressentis des patients s'expliqueraient par leur différence culturelle. En anthropologie médicale, il a été montré que la catégorisation des déterminants socio-économiques est plus pertinente en terme de conséquences sur la santé que la catégorisation par culturalisme classique. Utiliser la culture comme facteur explicatif majeur revient à placer les cultures dans un rapport de domination et d'opposition les unes par rapport aux autres [36]. De plus, le risque est de surestimer la dimension culturelle des symptômes (à l'exemple du « syndrome méditerranéen »). Il est important de ne pas non plus être nihiliste. Le but est de savoir prendre en compte la différence culturelle pour qu'elle devienne un allié dans la relation avec son patient.

De nombreuses études ont recensé les refus de soins illicites, qui sont définis légalement comme la dispensation de soins non consciencieux, l'abstention d'agir en cas d'urgence, la défaillance de la permanence ou de la continuité des soins, la discrimination dans l'accès aux soins ou le comportement du professionnel de santé conduisant à un renoncement aux soins. Ainsi, Médecins du Monde, Que choisir, la DREES (ministère

de la santé et des solidarités), arrivent aux mêmes constatations : toutes catégories confondues, environ 15 % des professionnels de santé n'acceptaient pas les bénéficiaires de la CMU, du seul fait qu'ils étaient titulaires de la CMU. Les refus de soins illicites auxquels sont confrontés les bénéficiaires de l'AME s'élèvent à 37% selon une enquête de Médecins du Monde de 2006 [33].

6 Etat de santé des personnes migrantes

Dans la mesure où les inégalités sociales aggravent les inégalités de santé et d'espérance de vie, l'état de santé des migrants en France s'est fortement dégradé ces dernières années. Paradoxalement, plus la durée de résidence dans le pays d'accueil s'allonge, plus leur santé se dégrade après ajustement des caractéristiques démographiques et des conditions socio-économiques [37]. L'enquête SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) publiée en 2008 montre que l'état de santé des immigrants est plus altéré que celui des populations natives en terme de santé perçue et de limitation d'activité en France, Suisse, Allemagne, Pays-Bas et en Suède [37]. Il n'existe évidemment pas de « maladie des migrants ». Cependant, la prévalence de certaines pathologies dans leurs pays d'origine et la précarité de leurs conditions de vie en France, font qu'ils présentent plus fréquemment certaines pathologies. Il ne s'agit pas de stigmatiser ces patients mais d'en connaître les spécificités afin d'apporter une démarche diagnostique et thérapeutique adaptée. Une étude du COMEDE, menée de 2007 à 2013, a étudié l'état de santé de 13684 personnes migrantes au terme d'un bilan de santé. Les psycho-traumatismes sont les premières pathologies en terme de prévalence (153 cas pour 1000), s'en suivent les maladies cardiovasculaires (65 pour 1000), le diabète (46 pour 1000), l'infection à VHC (19 pour 1000), l'asthme persistant (17 pour 1000), l'infection VIH-SIDA (12 pour 1000), la tuberculose (5 pour 1000) et les cancers (5 pour 1000) [5].

→ Psycho-traumatisme de l'exil :

L'exil est une rupture dans la vie de ces patients. Il s'agit bien souvent d'une fuite, d'un déracinement, d'un isolement familial et social... Cela entraîne une diminution des défenses psychologiques. L'expérience de l'exil est fréquemment vécue comme un deuil. La migration est un facteur de risque de décompensation

psychologique en fonction de la vulnérabilité individuelle et du niveau de stress accumulé avant, pendant, et après la migration. De nombreux migrants ont connu dans leur pays d'origine des traumatismes psychiques liés aux menaces, aux sévices, aux actes de torture qui ont été à l'origine de cet exil. Par la suite, le trajet de l'exil s'avère très souvent long et douloureux. De fait, le vécu traumatique n'est plus uniquement en lien avec les raisons de l'exil mais aussi avec les conditions de l'errance. Et finalement, lors de l'arrivée en France, ils sont confrontés à une précarité socio-économique, à un isolement, à une dépendance totale vis-à-vis de l'Etat ou des associations qui sont vécus comme une humiliation supplémentaire, d'autant plus que de nombreux migrants avaient un statut socio-économique correct dans leur pays. En effet, selon l'INSEE 63% des immigrés entrés en France en 2012 sont au moins titulaires d'un diplôme de niveau baccalauréat ou équivalent [14]. La vulnérabilité liée à la migration ou à l'exil est renforcée par une exposition particulière à la précarité sociale. Même s'ils ne vivent pas de telles souffrances avant ou pendant l'arrivée en Europe, le fait que les migrants primo-arrivants vivent quotidiennement en situation irrégulière suffit à justifier un déséquilibre psychologique. Une méta-analyse publiée en 2005 dans le « Lancet journal », indique que la prévalence chez les réfugiés des états de stress post traumatiques (ESPT) était de 9%, 5% pour les syndromes dépressifs majeurs, 2% pour les maladies psychotiques et 4% pour les troubles anxieux généralisés [38]. Dans la population générale française, la prévalence des ESPT est de 0,65% [39]. Par ailleurs, deux tiers des enfants défenestrés sont d'origine étrangère dont 55 % d'origine africaine [40]. Une fois leur situation régularisée, commence un long chemin afin de réapprendre à faire confiance aux autres, à soi, à se projeter dans un avenir, à accepter le deuil qu'est l'exil...

→ Maladies infectieuses

Même s'il existe un lien entre les migrations et l'importation de maladies infectieuses, cette association n'est pas systématique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies transmissibles sont essentiellement liées à la pauvreté.

✓ **VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)**

Le nombre de découverte de séropositivité VIH en 2014 s'élève à 6600 en France (chiffre stable depuis 4 ans) dont près de 50% chez des personnes nées à l'étranger. Les migrants d'Afrique subsaharienne représentent le tiers (32%) des découvertes. Il y a 53 découvertes de séropositivité pour 100 000 migrants en

2011. Comparativement, ce taux est de 5,4/100 000 chez les personnes nées en France soit un facteur d'environ 10. Les découvertes de séropositivité très tardives (au stade clinique de sida) concernent, en 2011, 13 % des migrants, cette proportion étant la même chez les personnes nées en France [41]. Le lieu de dépistage principal est l'hôpital (selon une étude de Valin en 2002, portant sur les patients d'origine subsaharienne infectés par le VIH). En effet, 89% des diagnostics sont réalisés à l'hôpital, en clinique ou en centre de soins et seuls 7% des personnes ont été dépistées dans un laboratoire de ville et 3 % dans une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Selon O.Bouchaud, il ne semble pas y avoir de différence d'observance vis à vis de la trithérapie dans la population migrante par rapport à la population générale, sauf dans les situations de grande précarité [8].

✓ Hépatites virales

Les Hépatites Virales B et C (VHB et VHC) sont un enjeu de santé publique majeur dans notre pays, au vu du nombre de personnes infectées, de la gravité potentielle de ces infections (évolution vers un carcinome hépatocellulaire ou cirrhose), le coût engendré par leur prise en charge, et surtout l'existence d'une vaccination préventive (contre l'hépatite B). L'OMS décrit 3 zones épidémiologiques en fonction du taux de positivité de l'AgHbs. Les zones de faible endémie (<2%) sont l'Amérique du Nord, l'Europe de l'Ouest et du Nord et le Pacifique. Dans les zones de moyenne endémie (2 à 8%), on retrouve l'Europe de l'Est, les pays méditerranéens, le Proche Orient, l'Amérique du Sud et l'Asie du Sud ainsi que les Départements d'Outre Mer. Et enfin, les zones de forte endémie (> 8%) sont l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est. La majorité (88%) de la population mondiale vit dans les zones de moyenne à forte endémie [5;42]. En France la prévalence est de 0,65% pour l'infection VHB et de 0,84% pour le VHC. Les prévalences des hépatites B et C chez les populations immigrés, selon leurs régions de naissance, sont respectivement de 5,25% et 3,12% en Afrique subsaharienne et de 2,45% et 10,17% au Moyen Orient [43]. En France, le VHB est responsable d'environ 1 300 décès par an [5]. Du fait du caractère asymptomatique de la maladie, de nombreux diagnostics sont faits tardivement [44]. De plus, selon une étude de 2008, la découverte de l'hépatite B a été fortuite lors d'un bilan de santé pour 61%, plus fréquemment chez les femmes (70% vs. 56% chez les hommes), dans le cadre d'une démarche diagnostique (21%), en raison de facteurs de risque vis-à-vis du VHB (15%) ou dans un autre cadre (3%) [45]. Cela pose le problème du dépistage qui n'est systématique dans aucun pays européen. Les Etats-Unis et le Canada recommandent un dépistage systématique de l'AgHbs pour les personnes en provenance de pays à moyenne ou haute endémicité d'hépatite B chronique [46]. Le taux d'infection par le VHD est

généralement plus élevé dans les régions où le VHB est endémique. Les plus fortes prévalences de co-infections ont été rapportées en Afrique Centrale et la Corne de l'Afrique, dans le bassin amazonien, l'Europe de l'Est et l'Europe Méditerranéenne, le Moyen-Orient et certaines régions d'Asie [47].

✓ Tuberculose

En France, l'incidence de la tuberculose est stable autour de 7,5 cas pour 100000 habitants. Elle est évaluée à 105/100 000 habitants chez les migrants d'Afrique subsaharienne. On peut également remarquer le taux élevé dans la population SDF (176/100000 habitants). Les migrants SDF ont donc un risque très augmenté d'avoir une tuberculose maladie. Par ailleurs, le taux de tuberculose déclarée est plus élevé chez les migrants arrivés depuis moins de deux ans (209,3/100 000 habitants). Dans cette population les taux sont souvent proches de ceux retrouvés dans leur pays d'origine. Mais ce chiffre diminue avec l'ancienneté de l'entrée en France [48]. En 2008, les hommes représentaient 59% des cas de tuberculose déclarés, et l'âge médian était de 45 ans. Parmi les cas déclarés, 48,6% concernaient des sujets nés à l'étranger, dont 35,1% en Afrique subsaharienne, 30,2% en Afrique du Nord, 14,5% en Asie et 5,9% en Europe centrale. Le taux de déclaration est ainsi plus de 10 fois supérieur chez les migrants que chez les sujets nés en France [48]. Par ailleurs, il a été démontré au sein de la population migrante, une probabilité plus forte d'avoir une forme extra-pulmonaire (isolée ou associée) que chez les sujets nés en France (32,0 à 45,1% vs 22,0 à 32,0%) [49, 50]. Enfin, les données du Centre National de Référence (CNR) montrent une augmentation du nombre de cas porteurs d'une tuberculose multirésistante chez les migrants. Ainsi, en 2004, 82% des cas multi-résistants déclarés étaient originaires d'un pays étranger [16].

✓ Parasitoses

- Le paludisme :

Selon le CNR du paludisme, en 2014, le nombre de cas de paludisme d'importation a été estimé à environ 4370 cas pour l'ensemble de la France métropolitaine. Comme pour les dernières années, les pays de contamination sont toujours majoritairement situés en Afrique subsaharienne (96 %), les cas surviennent principalement chez des sujets d'origine africaine (76,5 %), résidant en France ou arrivant d'Afrique, et ils sont dus en majorité à l'espèce *Plasmodium falciparum* (86 %), stable par rapport à 2013 [51].

- La bilharziose ou schistosomose

La bilharziose constitue la deuxième endémie parasitaire mondiale après le paludisme. Il existe environ 700 millions de personnes exposées dans le monde dont 120 millions présentent des formes symptomatiques et 20 millions souffrent de complications sévères. Cette parasitose est responsable de 14 000 à 200 000 décès par an. Les zones de forte endémie sont l'Afrique principalement dont Madagascar, le Moyen-Orient, l'Amérique latine et l'Asie. La répartition varie en fonction du type de *schistosoma* : *Mansoni*, *Haematobium*, *japonicum*, *mekoni*, *intercalatum* [52].

→ Maladies chroniques :

Le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires ne sont plus des maladies attribuées aux pays riches. Aujourd'hui elles touchent les populations des pays les plus pauvres encore plus que les maladies infectieuses. « Elles représentent une urgence de santé publique sous-estimée » selon BAN Ki-moon, secrétaire Général des nations Unies. Le « healthy imigrant effect » est décrit dans la littérature internationale comme le fait que l'état de santé des primo-arrivants est bien souvent initialement supérieur à celui des personnes nées en France, mais que celui-ci a tendance à se détériorer au fur et à mesure des années passées sur le territoire [53].

✓ **Diabète**

De nombreuses études internationales ont montré que la prévalence du diabète dans les populations migrantes était nettement supérieure à celle de la population autochtone. En effet, cela peut s'expliquer par l'association d'une situation socio-économique précaire et, pour certains, un risque génétique élevé de développer un diabète. En 2008 selon l'OFII, 2 032 personnes migrantes ont été concernées par ce dépistage du diabète et 228 (11 %) avaient un résultat positif [54]. La prévalence du diabète en France est de 4,7% selon la Fédération Française des Diabétiques.

✓ **Hypertension artérielle (HTA)**

Dans une observation du COMEDE, il est noté que les affections cardiovasculaires sont plus fréquentes chez les ressortissants d'Afrique du Nord (Algérie : 202%), d'Afrique centrale (143%), et à un degré moindre chez ceux de Haïti (135 %). Dans les populations originaires d'Afrique subsaharienne, la prévalence de l'HTA est plus élevée. De même, sa survenue est plus précoce et ses complications plus sévères et plus fréquentes [5;55].

→ Les femmes étrangères plus exposées à certaines pathologies

Les femmes migrantes sont considérées comme plus vulnérables. En effet, elles sont sujettes à de nombreuses violences dans leur pays d'origine puis pendant leur migration, favorisant le développement de troubles psychiques. De plus, des études montrent que l'absence de statut juridique restreint également l'accès aux soins prénataux, et augmente leur risque d'être victimes de violences physiques et sexuelles [56]. Le risque périnatal est plus élevé chez les femmes migrantes [57]. Elles sont exposées à un sur-risque vis-à-vis du cancer du col de l'utérus. En effet, la majorité des femmes atteintes par le cancer du col de l'utérus, à savoir 80% d'entre elles, vivent dans les pays en voie de développement. Dans la plupart de ces pays, notamment en Afrique Sub-Saharienne et Centrale, en Amérique du Sud, en Asie du Sud-Est et en Mélanésie (Parkin, 1999), le cancer du col de l'utérus est la cause la plus fréquente de cancer chez la femme [58].

→ Etat bucco-dentaire :

Selon le rapport de Médecins du Monde, les patients consultants aux CASO présentent en moyenne 3 dents cariées (contre 1,2 dans la population générale française) et 4,3 dents absentes [1].

Il est notable que l'observance des migrants n'apparaît pas différente des autres patients soumis aux mêmes conditions de précarité [8;59].

7 Bilan de santé recommandé

L'OMS (Organisme Mondial de la Santé) recommande vivement que des contrôles de santé soient faits. Cela doit comporter le dépistage des maladies transmissibles et non transmissibles, tout en respectant les droits et la dignité des réfugiés et migrants. Aux Etats-Unis, le CDC (Centers for Disease Control and Prevention), détaille précisément l'examen physique, l'entretien psychologique, le dépistage des hépatites virales, du VIH, des parasitoses digestives, du paludisme, de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles, des problèmes de nutrition, de l'intoxication au plomb ainsi que la vérification des vaccins à jour qui doivent être réalisés chez tous les primo-arrivants [60]. L'Office Migration International (OMI ancêtre de l'OFII) inscrit en 1988 comme obligatoire un examen clinique et un dépistage de la tuberculose au moment de la présentation par le migrant de son dossier. Il est ajouté dans l'arrêté du 11 janvier 2006 modifié, que la visite médicale obligatoire de l'OFII est imposée à l'ensemble des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à 3 mois [48].

Le COMEDE et l'INPES recommandent qu'un entretien et un examen physique soient effectués. Un bilan biologique doit être réalisé contenant : une Numération Formule Sanguine (NFS) pour rechercher une anémie ou une hyperéosinophilie, une glycémie à jeun pour le dépistage du diabète, les sérologies des hépatites virales chroniques (B et C), le dépistage de l'infection par le VIH. Par ailleurs, il convient de réaliser un dépistage et/ou un traitement des parasitoses digestives et urinaires. La réalisation d'une électrophorèse de l'hémoglobine est discutée dans le cadre du dépistage de la drépanocytose. Du fait de la plus grande fréquence des caries chez les personnes en situation de précarité, un examen bucco-dentaire est recommandé pour tous. Par ailleurs, le dépistage de certains cancers est recommandé pour la population générale française. Il comprend le frottis cervico-vaginal pour le cancer du col de l'utérus, la recherche de sang dans les selles pour le cancer colorectal et le dépistage par mammographie pour le cancer du sein [5].

8 Les différentes structures du parcours de soins des migrants à Angers

Aujourd'hui les parcours de soins des migrants sont devenus très complexes du fait de la multiplication des niveaux d'intervention et de décisions qui s'y rattachent. En effet, ce parcours est déterminé par des politiques de santé mais est également fortement lié aux politiques sociales et de l'immigration. Le parcours de soins des migrants s'organise aussi bien au niveau local (permettant l'accès au soins dans l'environnement immédiat), qu'au niveau national (où l'accès aux soins est déterminé de façon théorique par

l'administration et le législatif), qu'international (niveau où l'accès aux soins apparaît comme un droit fondamental garanti par tous les Etats) [61]. Il s'agit d'une organisation multi-scalaire qui crée des disparités sur le territoire français car finalement le parcours de soins des migrants dépend essentiellement de l'organisation des acteurs locaux.

8.1 Structures administratives

8.1.1 Espace Accueil

Lors de notre étude en 2012, la plateforme Espace Accueil accompagnait de très nombreux primo-arrivants. Le public auquel elle s'adressait principalement était les personnes non domiciliées ou isolées, mineures ou en famille, qui souhaitaient pour la plupart demander l'asile en France. Leur but était d'accueillir, d'évaluer les besoins et d'orienter. Ils accompagnaient juridiquement et administrativement tout au long de la procédure de demande d'asile, ou la procédure de prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance. Il s'agissait d'une équipe qui regroupait conseillers en économie sociale et familiale, psychologues, moniteurs-éducateurs, agents d'accueil administratifs et assistants de service social. Cette structure a fermé en partie depuis décembre 2015 laissant la place au CVH. Cependant, Espace Accueil maintient son activité auprès des mineurs étrangers isolés. De plus, Espace Accueil était un maillon de l'Abri de la providence qui regroupe un pôle Hébergement, un pôle migrants, et un pôle veille sociale (Samu social, 115, Accueil ruraux, le Service d'Accueil et d'Accompagnement Spécifique).

8.1.2 Centre de Valorisation de l'Humain

Ce centre vient d'ouvrir en janvier 2016. Il est localisé 2 square Gaston Allard à Angers.

8.2 Structures médicales

8.2.1 La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) située aux urgences et la PASS périnatalité

Les PASS ont été créées par la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions: article 76, code de la santé publique : article L6112-6. Leur organisation et leurs missions sont précisées dans la circulaire n°DGOS/RA/2013/246 du 18 juin 2013. Ce dispositif a pour but de faciliter l'accès aux soins et d'aider les personnes en situation de précarité dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. L'objectif est de favoriser le retour à l'offre de soins de droit commun. La PASS a une vocation initiale généraliste. Elle donne accès à des consultations de médecine générale ou spécialisées, au plateau technique et aux examens complémentaires, ainsi qu'à la délivrance de médicaments gratuits.

A Angers, la PASS est rattachée au service des urgences adultes (comme 31% des PASS rattachées à un service). Il existe un médecin dédié à hauteur de quatre vacations médicales, le Dr DELORI, un et demi équivalent temps plein d'assistante sociale tenu par Nathalie LABORDE et un mi-temps de secrétariat. L'accueil des patients se fait comme celui de tout patient admis aux urgences. Dès son arrivée, l'hôtesse d'accueil puis l'infirmière d'accueil et d'orientation peut repérer les patients qui nécessitent une prise en charge PASS. Puis, ensuite, tout au long de la prise en charge par les différents intervenants des urgences. Un outil informatique a été développé afin de simplifier ce repérage : le "click PASS" [62] (voir Annexe 5). Selon le rapport d'activité de 2014, 343 patients ont été vus (contre 342 en 2012) dans le cadre de la PASS. Cinq cent vingt-huit consultations sociales ont eu lieu (contre 439 en 2012) et 1355 consultations médicales dans le cadre des urgences ont été faites (contre 1339 en 2012). Plus de la moitié des bénéficiaires sont étrangers (66,18% en 2014). Il y a eu 50 demandes de CMU, 55 demandes de CMUC et 31 demandes d'AME. Par ailleurs, il existe une PASS périnatalité qui permet la prise en charge médico-sociale des patientes en situation de précarité lors d'une grossesse jusqu'à l'accompagnement pendant la petite enfance. Le financement est celui des Missions d'Intérêt Général (MIG) par l'ARS calculé sur la base, entre autres éléments, du nombre de passages aux urgences ne donnant pas lieu à une hospitalisation et du nombre de nouveaux consultants. Le budget intègre les frais de personnels, les dépenses pharmaceutiques, les frais d'exams médicaux et les prestations d'interprétariat. Ce budget est de 60 millions d'euros pour l'ensemble des PASS françaises. Dans le Maine-et-Loire, il existe trois PASS: celles d'Angers, de Cholet et de Saumur. Un rapport de Médecins du Monde de 2010 concernant les PASS, déplore le fait qu'il n'existe que très peu de PASS dentaires ou PASS psychiatriques, l'absence de consultation de médecine générale dans la moitié des PASS et globalement un manque de personnel médical dédié à la PASS.

8.2.2 Le Centre de Lutte AntiTuberculeuse (CLAT)

Le CLAT est parfois un lieu de premier recours car cela répond à une inquiétude de certains migrants vis-à-vis de la tuberculose. Les CLAT existent depuis très longtemps en France. Placés initialement sous la responsabilité de l'Etat, ils sont depuis 1983 sous la direction des conseils départementaux. Conformément à l'article D3112-7 du Code de Santé Publique, le CLAT doit être en mesure de coordonner ou de réaliser l'identification et le suivi nécessaire des personnes en contact avec un cas de tuberculose maladie. Il participe à la prise en charge médico-sociale des cas de tuberculose maladie ou d'infection latente. Il doit organiser des dépistages au sein des populations à risque, en associant des actions de formation et d'information. Et enfin, il a pour mission de participer à la vaccination. Chaque année le CLAT remet à l'ARS un bilan d'activité. Il existe 10 demi-journées d'ouverture par semaine avec un accès soit à un médecin ou à un infirmier dans les 3 centres du CLAT (Angers, Cholet, Saumur). Le nombre de personnel pour le CLAT 49 : 6,6 équivalent temps plein dont 1,1 médecin, 1 infirmière, 3,5 secrétaires, 1 manipulateur radiographique. Cinquante-sept consultations individuelles ont eu lieu en 2012. De nombreuses Intra Dermo Réaction à la tuberculine (IDR) et radiographies thoraciques ont été faites. Seize vaccins BCG ont été réalisés. En 2012, il y a eu 34 signalements de tuberculose maladie reçus par le CLAT. Les enquêtes autour des cas index, en milieu familial et privé, ont permis d'identifier 676 sujets contacts mais seulement 244 ont pu être explorés. Cela a permis de découvrir une tuberculose maladie et 85 infections tuberculeuses latentes (*Tableau 1*). Le nombre de personne ayant bénéficié du dépistage est de 408 dans les centres de détention, 114 dans les centres d'hébergement pour personnes en situation précaire, et 1 seul dans les structures d'hébergement et d'accueil des migrants.

Tableau 1 : Bilan activité du CLAT

Lieu	Sujets contact identifiés	Sujets contact explorés (% des identifiés)	Nombre de tuberculose maladie	Nombre d'infection tuberculeuse latente
Familial et privé	676	244 (36)	1	85
Hospitalier	314	139 (44)	0	76
Hébergement collectif	196	150 (76,5)	1	-

8.2.3 Le Centre de Planification et d'Education Familial Flora Tristan (CPEF)

La Loi Neuwirth de 1967 a institué les CPEF pour accompagner la diffusion des méthodes contraceptives. A Angers, le centre Flora Tristan est un centre d'orthogénie et de planification familiale. Dans ce cadre, il réalise la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse et dispense des consultations gynécologiques (contraception, la réalisation de frottis de dépistage,...). Pour les personnes en difficultés sociales les soins sont non payants.

8.2.4 Médecins du Monde

L'organisation non gouvernementale Médecins du Monde réalise un travail important auprès des populations précaires sur Angers. Les responsables de mission sont les Docteurs PARENT et BAUDRY. Elle est localisée au 62 boulevard Saint Michel à Angers. Trente cinq bénévoles accueillent et réalisent des consultations dont 14 médecins, 1 pharmacien, 10 infirmiers,... Le CASO réalise trois permanences par semaine. Ils accueillent, recueillent les données administratives, réalisent des consultations de médecine générale, délivrent gratuitement des médicaments, orientent vers différentes structures pour la réalisation d'examens complémentaires si nécessaire. En 2015, au CASO angevin de Médecins du Monde, il y a eu 922 passages, 911 consultations effectuées pour 594 patients dont 514 nouveaux patients. Il s'agissait principalement d'étrangers (96,6%) dont 70% étaient en France depuis moins de 3 mois. Les trois principaux pays représentés sont la Somalie, le Soudan, la Roumanie. Quarante neuf pour-cent des consultants sont sans logement ou en logement d'urgence. Enfin, on note que 92,6% des patients n'ont pas de droits ouverts lors des consultations alors qu'ils pourraient théoriquement en bénéficier [1] (voir Annexe 6).

8.2.5 La Croix-Rouge française

L'antenne de Premier Accueil Social Médicalisé (APASM) en soins bucco-dentaires de la Croix-Rouge française a été créée en Octobre 2000 suite au constat de très grandes difficultés de prise en charge des patients en situation de précarité en odontologie libérale. Le responsable de cette structure est le Dr Guy ARNAUD (chirurgien dentiste). En 2013, 192 patients ont été reçus principalement des étrangers sans

couverture maladie. Ils ont réalisé 201 consultations, 4288 soins conservateurs. La valorisation des soins effectués en 2013 est estimée à 17 984 euros.

MATERIELS ET METHODE

1 Etude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective et descriptive réalisée dans la ville d'Angers. L'objectif principal est de décrire le parcours médical des migrants primo-arrivants majeurs sur Angers. Dans un second temps, l'objectif est de décrire les pathologies observées et les diagnostics réalisés. Le critère de jugement principal est le lieu et le nombre de consultations, reflet du parcours médical. Les critères de jugement secondaires sont les différents diagnostics effectués, le délai entre l'arrivée en France et le diagnostic de ses pathologies et la réalisation ou non de tests de dépistages. Le parcours de soins est étudié par recueil de données des consultations dans les centres de premiers recours angevins : le CHU dont la PASS, le CLAT, l'odontologie de la Croix-Rouge française, le CASO de Médecins du Monde et le CPEF Flora Tristan.

2 Population étudiée

Les critères d'inclusion sont les migrants étrangers primo arrivants, hommes et femmes, hospitalisés ou non, âgés de plus de 18 ans, sans couverture maladie initiale ni assurance voyage s'étant présentés à Espace Accueil pendant la période d'inclusion (de Janvier à Décembre 2012).

Les critères d'exclusion sont les mineurs, les majeurs protégés (sous tutelle, curatelle, sauvegarde de justice), les migrants possédant une couverture maladie ou une assurance voyage en cours de validité au moment de l'inclusion. Concernant la possession d'une couverture maladie, aucun migrant n'est dans cette situation initialement car ne pouvant justifier de 3 mois de présence sur le sol français au moment de leur arrivée à Espace Accueil. Par ailleurs, les demandeurs d'asile ont instruit un dossier en vue de l'obtention d'une couverture maladie mais ne l'obtenait pas immédiatement.

3 Considérations éthiques et réglementaires

Pour réaliser cette étude touchant aux populations migrantes et contenant des données dites sensibles, le comité d'éthique du CHU d'Angers a été consulté et a donné son accord le 29 Avril 2015 (cf Annexe 7). Par ailleurs, une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) a été faite le 2 Avril 2015. Espace accueil a accepté de nous remettre sa base de données de 2012 après accord des responsables de la structure et de l'OFII. Une convention de partenariat a été signée avec l'association Médecins du Monde via le service juridique à Paris après accord des responsables locaux. Pour le recueil de données auprès de la Croix-Rouge française, l'autorisation a été donnée le 7 Avril 2015 par le Conseil de l'Ordre des dentistes. Le Docteur BELLOEIL a accepté, après exposition du sujet, le recueil de données au centre Flora Tristan. La CPAM nous a donné les dates d'affiliation sous réserve du respect de l'anonymat dans toutes les retranscriptions de la thèse. L'accès aux données du PASS (structure permettant d'accueillir les personnes précaires en rencontrant des travailleurs sociaux, en offrant un café, la possibilité de prendre des douches, de faire des machines à laver, des activités...) n'a pas été possible. Mais cela ne concernait que des données paramédicales. En effet, il existe une permanence infirmière lors des heures d'ouverture. Le recueil au CPEF basé boulevard Saint Michel n'a pas non plus été possible faute de réponse.

4 Recueil des données

Les migrants ont été inclus à partir de la base de données d'Espace accueil qui relate toutes les personnes migrantes qui se sont adressées à leur service de janvier à décembre 2012.

▲ Analyse des dossiers :

Tous les patients ont été recherchés dans les centres de premiers recours afin de voir s'ils avaient consulté. Les dossiers du CASO de Médecins du Monde, du CLAT, du CPEF Flora Tristan, du CHU et de la Croix-Rouge dentaire ont été analysés pendant les mois de mai, juin, juillet et août 2015. Pour les dossiers de la PASS, l'analyse a été réalisée en mai 2015. Le recueil des données sociales a été fait en novembre 2015.

De novembre à décembre 2015, l'extraction des données biologiques réalisées au CHU a été faite grâce au logiciel « Glims ».

▲ Les données recueillies :

Dans le fichier d'Espace Accueil, les données étaient : le nom, prénom, date de naissance, pays d'origine, langue(s) parlée(s), le statut familial, la date d'arrivée en France, la date de premier contact à Espace Accueil. Dans tous les centres de recueil, il a été nécessaire de se référer au nom, prénom, date de naissance et pays d'origine de façon systématique afin de ne pas avoir de confusion dans les identités. Les données des consultations concernant notre population étudiée ont été recueillies de janvier 2012 à décembre 2014 pour avoir un recul de 3 ans sur leurs parcours de soins.

Au CLAT, la recherche consistait à voir si des personnes migrantes de la base d'Espace Accueil faisaient l'objet de déclaration obligatoire de tuberculose maladie, étaient inclus dans une enquête autour d'un cas de tuberculose ou enfin avaient consulté dans un but de dépistage par IDR et radiographie thoracique de janvier 2012 à Décembre 2014. A partir de cela, la date de consultation, la réalisation de tests de dépistage, les résultats des tests de dépistages et la conduite à tenir thérapeutique éventuelle étaient recueillis.

A Médecins du Monde, en reprenant les dossiers de tous les patients ayant consultés depuis la création du CASO, les migrants de la base de données initiale ont été retrouvés (*tableau 2*).

A la Croix-Rouge Dentaire, les données étaient recueillies et recherchées parmi tous les consultants depuis la création en 2000 : le nombre de consultation par patient, la demande initiale, l'état de santé buccodentaire et l'intervention pratiquée.

Au centre Flora Tristan, les patientes migrantes ont été retrouvées par les demandes de facturation au Conseil Général des consultations des personnes dépourvues de couverture maladie.

Au CHU, pour chaque individu le nom, le prénom et la date de naissance ont été entrés dans la base de données des dossiers patients informatisées du CHU « CROSSWAY » (*cf. tableau 2 ci dessous*). Pour les données biologiques, une extraction a été réalisée à partir de la banque de données « GLIMS ». Cela a permis de retrouver la proportion des patients venus au CHU qui ont bénéficié d'analyses sanguines (*cf. tableau 2 ci dessous*). Les radiographies thoraciques réalisées au CHU n'ont pas été analysées car l'interprétation était délicate selon le contexte de réalisation de cet examen.

Tableau 2 : Récapitulatif des données extraites des dossiers papiers ou informatisés.

Base de données	Données recueillies
→ Médecins du Monde	<ul style="list-style-type: none"> - la date de consultation, - le ou les motif(s) de recours, - le ou les antécédent(s) médicaux, - la prise de traitement au long cours, - le statut vaccinal si connu (VHB, DTP, BCG, ROR), - la tension artérielle mesurée, - le ou les diagnostic(s), - la nécessité ou non d'une consultation de suivi, - les traitements donnés, - la structure ayant adressé le patient, - le recours à une autre institution, - d'éventuelle(s) remarque(s).
→ CROSSWAY	<ul style="list-style-type: none"> - le lieu de consultation, - la date de consultation, - le(s) motif(s) de recours, - le(s) antécédent(s), - le(s) traitements au long cours, - le statut vaccinal s'il était indiqué (VHB, DTP,BCG,ROR), - la tension artérielle mesurée, - la réalisation de test de dépistage (frottis cervico-vaginal, sérologie VIH, VHB VHC, tuberculose, NFS). - le ou les diagnostic(s) posé(s), - la nécessité ou non d'une consultation de suivi, - les traitement(s) donné(s), - la structure ayant adressé le patient, - le recours à une autre institution, - d'éventuelle(s) remarque(s)
→ GLIMS	<ul style="list-style-type: none"> - NFS, - sérologies VIH, - sérologies VHB, VHC, - QuantiFERON®, - examen parasitologique des urines, - examen parasitologique des selles, - sérologies amibiennne, toxocarose, distomatose, hydatidose, anguillulose, filariose, schistosomose, - recherche Antigène Plasmodium, - frottis sanguin goutte épaisse, - électrophorèse de l'hémoglobine, - TSH

5 Outils statistiques

La base de donnée initiale a été élaborée sur un fichier Excel. Les données ont été recueillies et analysées via Excel.

6 Méthodologie de recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été réalisées par mots clés grâce à l'aide terminologique du Cismef. Les mots choisis étaient : « parcours médical », « santé », « migrants », « primo-arrivants », « accès aux soins », « permanence d'accès aux soins de santé », « couverture maladie », « réfugiés », « migration ». Les recherches ont été faites dans plusieurs bases de données médicales (Pubmed-Medline, BioMed Central, Banques de Données de Santé publique, Cochrane Library, les bases en lignes de la bibliothèque universitaire d'Angers), non médicales (Cybergeo revue européenne de géographie, Cairn) ou générales (Sudoc, Google©). Le prêt entre bibliothèques a permis la lecture de plusieurs thèses et articles sur ce sujet.

RESULTATS

1 Descriptif de la population étudiée

D'après le recueil obtenu grâce à Espace Accueil, 464 migrants se sont présentés et ont été inscrits dans leur base de données en 2012. Cent trente sept migrants ont été exclus pour l'une des raisons suivantes:

- ⤴ ils étaient mineurs au moment de l'enregistrement à Espace Accueil,
- ⤴ il manquait des informations dans le fichier d'Espace accueil: date de naissance, nom de famille, date d'arrivée en France,
- ⤴ il y avait un possible risque de confusion dans les identités (le nom ou la date de naissance déclarés à Espace Accueil ne correspondaient pas aux données obtenues dans les lieux de consultations).

Notre étude porte donc sur 327 migrants primo arrivants s'étant présentés à Espace Accueil en 2012.

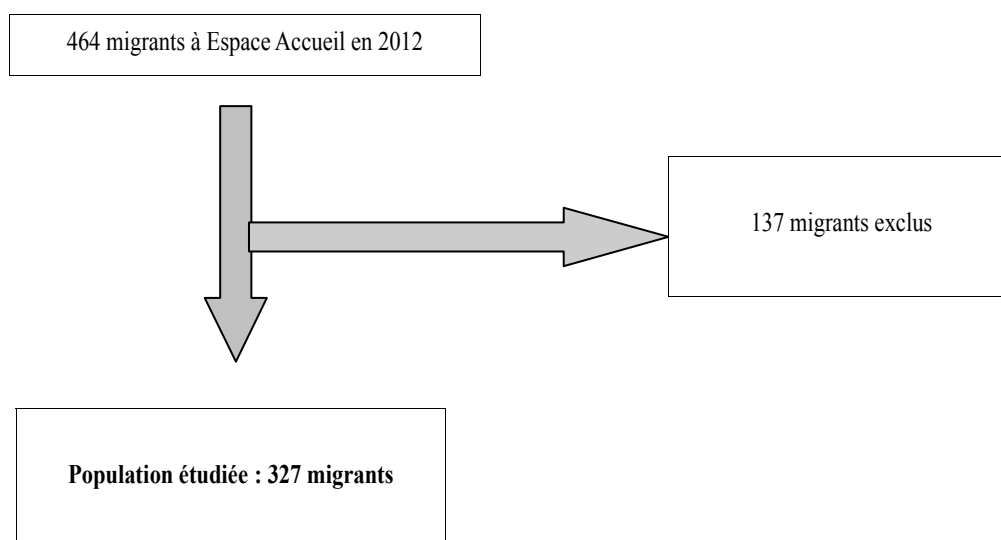


Figure 2: De l'enregistrement à Espace Accueil à la population étudiée

1.1 Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques ont été recueillies auprès de 327 patients (*cf le tableau 3 ci dessous*). Cent-soixante-cinq femmes ont été incluses contre 162 hommes soit un sexe ratio de 0,98. La moyenne d'âge est 32 ans ([18;75] avec un écart type de 9).

Notre population étudiée vient principalement de l'Afrique. En effet, les migrants Africains représentent 58,1% (190/327). Les trois pays africains les plus représentés sont: la Somalie (68/327 soit 20,8%), l'Érythrée (43/327 soit 13,1%) et le Soudan (37/327 soit 11,3%). Les migrants provenant de la Corne de l'Afrique (regroupant l'Érythrée, la Somalie, l'Éthiopie, et Djibouti) sont 114 sur 327. Ils représentent donc 34,9% des migrants en 2012. Les Européens, au sens géographique du terme, représentent 21,7% (71/327). Ils sont principalement composés de kosovars et d'albanais. Ensuite, la part de migrants caucasiens est de 16,5% (54/327) avec comme pays chefs de file la Géorgie suivie de l'Arménie. Les migrants venant d'Asie représentent 2,75% (9/327). Ils proviennent du Kazakhstan, de Chine et d'Afghanistan. Trois migrants viennent du Proche-Orient, c'est à dire de la Syrie, du Yémen et de la Palestine (*Tableau 3*).

Tableau 3 : caractéristiques démographiques

Variables	N=327 (pourcentage %)
Sexe	Femmes 165/327 (50,5) Hommes 162/327 (49,5)
Age	Moyenne 32 ans [18;75] écart-type 9
Régions d'origine	
• Afrique	190/327 (58,1)
• Europe	71/327 (21,7)
• Caucase	54/327 (16,5)
• Asie	9/327 (2,8)
• Proche Orient	3/327 (0,9)
Pays d'origine	
• Somalie	68/327 (20,8)
• Kosovo	47/327 (14,4)
• Érythrée	43/327 (13,1)
• Soudan	37/327 (11,3)
• Géorgie	18/327 (5,5)
• Arménie et Albanie	15/327 (4,6)
• Russie et République Démocratique du Congo	10/327 (3)
• Guinée	9/327 (2,75)
• Tchétchénie et Tchad	6/327 (1,8)
• Mauritanie	5/327 (1,5)
• Macédoine, Daguestan et Kazakhstan	4/327 (1,2)
• Ethiopie, Chine et Serbie	3/327 (0,9)
• Afghanistan, Angola, Algérie et Biélorussie	2/327 (0,6)
• Ingouchie, Côte d'Ivoire, Cameroun, Centrafrique, Congo Brazzaville, Yemen, Mali, Palestine, Syrie	1/327 (0,3)

1.2 Caractéristiques sociales

Plus de la moitié des migrants arrivent en famille à Angers (51,7% soit 169/327). Trente neuf pour cent sont des personnes isolées (128/327 soit 39,1%). Et seuls 9,2% sont en couple au moment de leur présentation à Espace accueil (*cf tableau 4 ci dessous*).

Les premières langues les plus fréquemment rencontrées chez les migrants angevins sont le somali (20,8%), suivi du russe (14,4%), de l'arabe (13,1%), du tigrinya (11%) et du français (8,6%). Cependant, la

langue d'origine n'est pas renseignée pour 15 des migrants. Au total, 23 langues différentes sont parlées. Un migrant parle le sousou, qui est une langue parlée en Guinée. Le tigrinya (parlé par 36 migrants), l'oromo (parlé par 2 migrants) et le bilen sont des langues de la Corne de l'Afrique.

Cent quatre migrants parlent au moins deux langues soit 31,8%. En effet, les migrants bilingues parlent en deuxième langue : l'anglais (13,5%) puis le français (3,7%) et enfin l'arabe (3,4%). On note que 11 migrants parlent 3 langues.

Tableau 4 : caractéristiques sociales

Données étudiées	Nombre de personnes concernées / Nombre total (%)
Situation familiale	
• personne isolée	128/327 (39,1)
• personne en couple	30/327 (9,2)
• personne en famille	169/327 (51,7)
Langue d'origine	
• somali	68/327 (20,8)
• russe	47/327 (14,4)
• arabe	43/327 (13,1)
• français	28/327 (8,6)
• romani	23/327 (7)
• albanais	21/327 (6,4)
• arménien, amharique, bilen, daguestanais, géorgien, goran, macédonien, mongol, oromo, peul, serbe, serbo-croate, sousou, tchéchéne, tchadien, kikongo	moins de 3%
• Non Renseigné	15/327 (4,6)

2 Parcours médical

2.1 Nombre de consultants

Sur les 327 personnes de notre étude, 218 migrants ont consulté dans nos centres de premier recours pendant la durée du recueil de 3 ans (66.7% soit 218/327). Et donc, 109 migrants n'ont pas consulté du tout soit 33.3% (109/327) (Figure 3). Au total, il y a eu 691 consultations soit 3.2 consultations par personne ayant consulté (691/218) sur une période de 3 ans.

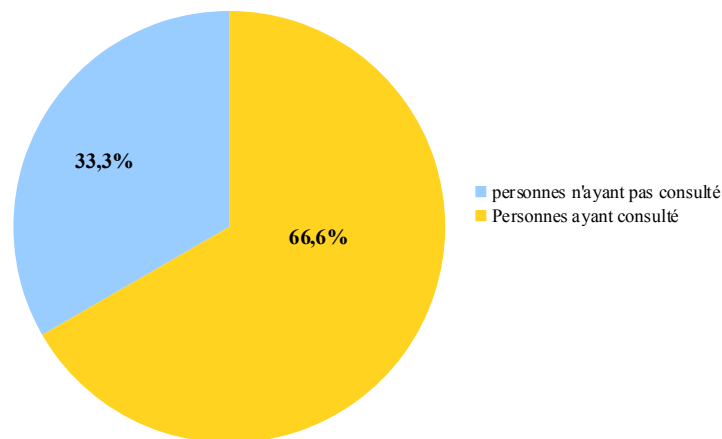


Figure 3 : Diagramme des consultants et non consultants.

2.2 Les lieux de consultation

Le lieu principal de premier recours est le CHU avec plus de 60% des migrants qui s'y sont adressés (208/327). Au CHU, 542 consultations ont eu lieu. Médecins du Monde est le deuxième lieu le plus fréquenté par les migrants primo-arrivants. En effet, 19,6% y ont consulté (64/327) et 71 consultations ont été réalisées. Environ 11% se sont rendus au centre de soins dentaires de la Croix Rouge (37/327) pour 49 consultations. Le CLAT a reçu 19 migrants (19/327 soit 5,2%) et a réalisé 23 consultations. Et enfin, 4 migrants se sont adressés au centre Flora Tristan (soit 1,22%) pour un total de 6 consultations (*Tableau 5*).

Au sein du CHU, il y a eu, au total, 542 consultations. Le premier lieu de consultation au CHU est le Service d'Accueil des Urgences (SAU) – PASS du CHU avec 218 consultations (soit 40,2%). Le service de gynécologie-obstétrique et la PASS périnatalité ont effectué 26,2% des consultations (142/542). Le troisième service le plus fréquenté par les migrants est le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) avec 8,9% des consultations (48/542) (*Tableau 6*).

Pour la première consultation les migrants consultants s'adressent prioritairement au SAU-PASS (99/218). Les quatre autres lieux sont Médecins du Monde (48/218), la Croix Rouge Dentaire (28/218), le CLAT (19/218), puis le service de gynécologie-obstétrique du CHU (14/218) (*Figure 4*).

Tableau 5 : Proportion de consultations dans les lieux de premier recours.

Lieu	Nombre de personnes ayant consulté / nombre total inclus (%)*	Nombre de consultations par lieu/nombre total de consultations (%)
CHU	208/327 (63,6)	542/691 (78)
Médecins du Monde	64/327 (19,6)	71/691 (10,3)
Croix Rouge Dentaire	37/327 (11,3)	49/691 (7)
CLAT	19/327 (5,8)	23/691 (3,3)
Flora Tristan	4/327 (1,2)	6/691 (0,9)
Personnes n'ayant pas consulté	109/327 (33,3)	-

* A noter que des patients ont consulté dans plusieurs lieux de consultations et/ou plusieurs fois dans le même lieu..

Tableau 6 : Répartition des consultations au sein du CHU

Service du CHU	Nombre de consultations par service / nombre de consultations total au CHU (%)
SAU – PASS	218/542 (40,2)
Gynécologie-obstétrique PASS périnatalité	142/542 (26,2)
SMIT	48/542 (8,9)
Ophtalmologie	24/542 (4,4)
ORL	22/542 (4)
Endocrinologie	19/542 (3,5)
Urologie	12/542 (2,2)
Chirurgie orthopédique	9/542 (1,7)
Rhumatologie et Cardiologie	8/542 (1,5)
Chirurgie viscérale	7/542 (1,3)
Hépatogastro-entérologie	6/542 (1,1)
Chirurgie plastique	5/542 (0,9)
Psychiatrie	4/542 (0,7)
Aide Médicale à la Procréation	3/542 (0,6)
Neurologie	2/542 (0,4)
Néphrologie, Pneumologie, Tabacologie, Anesthésie, Service social	1/542 (0,2)

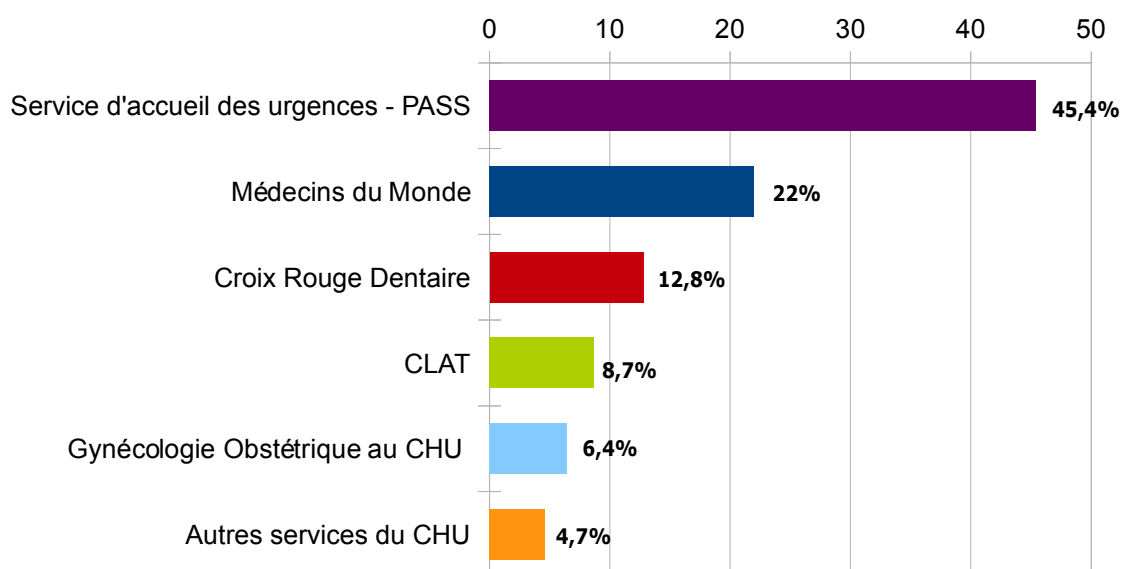


Figure 4: Représentation schématique des lieux de la première consultation.

2.3 Délai entre arrivée en France et la première consultation

Pour les migrants qui ont consulté, le délai moyen entre l'arrivée en France et la première consultation médicale est de 6 mois (avec un minimum de 0 et un maximum de 25 mois).

2.4 Nombre de consultations

On note que 148 individus ont consulté entre 1 et 5 fois pendant les 3 ans de recueil. Cinquante deux ont consulté entre 6 et 10 fois. Et, on note que 18 personnes migrantes ont consulté à plus de dix reprises (Tableau 7).

Tableau 7: Nombre de consultations par personne en 3 ans.

Nombre de consultations	Nombre de personnes ayant consultés / nombre total N=167 (%)
Entre 1 et 5 fois	148/218 (67,9)
Entre 6 et 10 fois	52/218 (23,8)
Plus de 10 fois	18/218 (8,3)

2.5 Le fonctionnement en réseau

Dans 90 dossiers de consultation, il était renseigné l'organisme qui a adressé le patient dans ce lieu de consultation. Ainsi, Espace Accueil a adressé 6 migrants au SAU- PASS et 29 à Médecins du Monde (figure 5). Bien que non renseigné dans ce schéma de nombreux adressages ont été fait du SAU- PASS vers le SMIT.

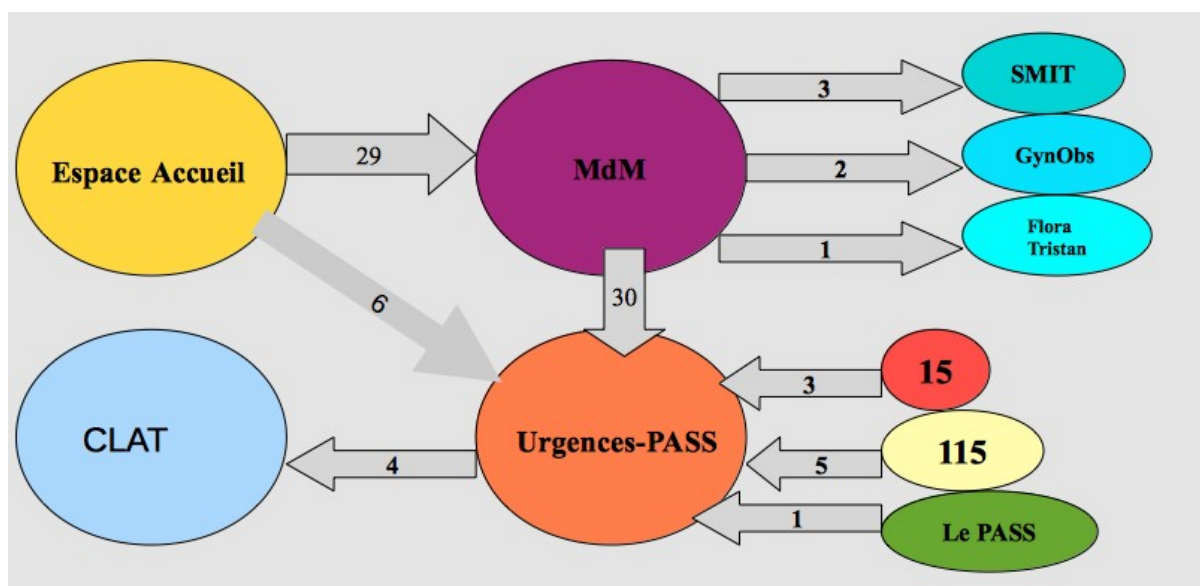


Figure 5 : Fonctionnement en réseau (les chiffres correspondent au nombre de personnes adressées d'un lieu à un autre).

On note 24 migrants qui ont consultés initialement à Médecins du Monde puis au CHU. Cent-six migrants sont allés directement au CHU sans passage préalable par Médecins du Monde.

3 Pathologies présentées

3.1 Les motifs de recours

Au total, il y a eu 930 motifs de recours aux consultations pour notre population étudiée. Bien souvent, il existait plusieurs motifs pour une consultation, soit environ 1,34 motifs par consultation (930/691

consultations) (*Tableau 8*). Les syndromes algiques représentaient 183 motifs de consultation (soit 26,4% des motifs de consultation) regroupant des plaintes douloureuses mal étiquetées dites diffuses, douleurs d'un hémicorps, douleurs articulaires, douleurs musculaires, douleurs thoraciques, abdominales, de membre, rachidiennes et épigastriques.

On retrouvait aussi un nombre élevé de consultations gynéco-obstétricales. On dénombre 174 motifs gynécologiques ou obstétricaux dont 109 pour un suivi de grossesse (174/930 soit presque 20% des motifs). Les autres motifs de consultation étaient : une aménorrhée ou dysménorrhée, la contraception, la réalisation de frottis cervico-vaginaux, des consultations d'infertilité, les suivis gynécologiques, des consultations d'interruption volontaire de grossesse, etc.

L'infectiologie représente une part importante des consultations (97 motifs soit un peu plus de 10%). Cependant toutes les consultations pour motif infectiologique n'ont pas eu lieu au SMIT mais dans tous les services. En premier lieu, les consultations de suivi de pathologies chroniques représentaient une grande partie de l'activité des consultations au SMIT : VIH, VHB, VHC, tuberculose. S'en est suivi d'autres pathologies infectieuses : suspicion de gale, abcès cutané, suspicion de parasitoses digestives, les bilans de fièvre, etc. (*Tableau 9*). Très peu de consultations avaient pour seul but la réalisation de dépistage.

Il y a eu 64 consultations pour problèmes dentaires assurées par la Croix Rouge Dentaire.

Les motifs de recours pour troubles psychologiques ou psychiatriques sont au nombre de 60/930 (6,5%). Cela comprend, les syndromes dépressifs, les tentatives de suicide et idées suicidaires, les états de stress post traumatiques et l'anxiété, l'asthénie, les insomnies, les troubles du comportement, les scarifications, les prises de toxiques dont les alcoolisations aiguës et la dépendance à ces substances, etc.

Trente neuf consultations pour motifs neurologiques ont eu lieu (convulsions, suivi maladie de Parkinson, déficit sensitivomoteur, des vertiges).

Les certificats étaient des motifs de consultations fréquents (34/930 soit 3,7%). Il s'agissaient de «certificats d'empreintes» (afin d'attester que la pulpe des doigts est intacte pour être enregistrée dans le fichier EURODAC), de certificats de coups et blessures, de certificats de non hospitalisation dans les cas de garde à vue policière. Il existait aussi des demandes de certificats d'excision, afin de prouver qu'il y a eu mutilations sexuelles dans le pays d'origine pour demander l'asile. Et enfin, on retrouvait des demandes de certificats sur l'état de santé de la personne migrante pour accéder à une carte de séjour pour raison de santé.

Les motifs de consultations pour lésions traumatiques, issues de violences subies ou de chutes, étaient au nombre de 34/930 (3,7%). Cela inclue des douleurs diffuses suite à des agressions, des brûlures, des lésions traumatiques génitales, des plaies superficielles à profondes, des traumatismes crâniens, etc.

Tandis qu'il y a eu 33 consultations pour motifs pneumologiques (3,5%) : asthme, dyspnée, toux et demande de sevrage en tabac. Les pathologies cardiovasculaires représentaient 27 motifs de consultations (soit environ 3%) pour suivi d'une hypertension artérielle, un bilan de malaise et des palpitations. Les consultations à orientation endocrinologique représentaient environ 3% : suivi de diabète et des pathologies thyroïdiennes. Vingt trois consultations étaient pour des raisons dermatologiques (prurit, mycose, érythème,...). Il y a eu 7 motifs de consultation pour rupture de traitement, 5 pour renouvellement de traitements... On note 12 motifs de consultation pour problème social (famille sans logement, faim, rendez vous assistante sociale...). Cinq migrants se sont présentés à la consultation afin de demander des bilans de santé globaux.

Tableau 8 : Motifs de recours

Motifs de recours (classés par fréquence)	Nombre de ce motif de recours / Total des motifs (%)
Syndromes algiques	183/930 (19,7)
Gynéco - Obstétrique	174/930 (18,7)
Infectieux	97/930 (10,4)
Dentaire	64/930 (6,9)
Psychologique/Psychiatrique	60/930 (6,5)
Neurologie	39/930 (4,2)
Demande de certificat	34/930 (3,7)
Lésion(s) traumatique(s)	34/930 (3,7)
Pneumologie	33/930 (3,5)
Cardiologie	27/930 (2,9)
Endocrinologie	27/930 (2,9)
Consultations chirurgicales	26/930 (2,8)
Ophtalmologie	24/930 (2,6)
Dermatologie	23/930 (2,5)
ORL	19/930 (2)
Gastro entérologie	16/930 (1,7)
Problème de traitement	13/930 (1,4)
Problème social	12/930 (1,3)
Demande bilan de santé	5/930 (0,5)
Autres	20/930 (2,2)

Tableau 9: Motifs de consultations au SMIT.

Motifs de consultation	Proportion / nombre de consultations au SMIT (%)
Suivi VIH	30/48 (62,5)
Suivi VHB	6/48 (12,5)
Tuberculose	5/48 (10,4)
Fièvre	5/48 (10,5)
Parasitose digestive	1/48 (2)
Abcès cutané	1/48 (2)

3.2 Les diagnostics retrouvés

▲ Diagnostics cliniques

En conclusion de 70 consultations, il n'y avait aucun diagnostic d'inscrit ou simplement un traitement donné, cela représente un peu plus de 10% des consultations (70/691). Nous avons exclu des diagnostics, 92 conclusions de consultation car elle ne correspondaient pas à une réalité d'organe et étaient souvent des symptômes plutôt que des diagnostics. En effet, il était parfois conclu : asthénie, douleurs diffuses, douleurs abdominales ou thoraciques inexplicées, fièvre, *etc.* En incluant les consultations sans diagnostic posé et celles concluant à un symptôme, on peut évaluer l'errance diagnostique à un peu moins de 25% (162/691). On compte 630 diagnostics posés pour les 529 consultations (ayant un diagnostic retenu) (Tableau 10). Quelques consultations ont été l'occasion de plusieurs diagnostics soit un nombre moyen de 1,2 diagnostics par consultation. Les principaux diagnostics posés concernaient la gynécologie-obstétrique, puis l'infectiologie, puis l'odontologie (Tableau 11).

Tableau 10: Diagnostics selon les consultations.

Conclusions des consultations	nombre total de diagnostic / nombre de consultation (%)
Diagnostics posés	630/529 (consultations ayant au moins un diagnostic posé)
Pas réel diagnostic mais symptôme	92/691 (13,3)
	Au total : 162/691 (23,4)
Pas de diagnostic du tout	70/691 (10,1)

Tableau 11: Principaux diagnostics par spécialité d'organe.

Diagnostic par spécialité d'organe	Nombre de diagnostic par spécialité / nombre de diagnostics total (%)	3 principaux types de diagnostics
Gynécologie - Obstétrique	155/630 (24,6)	Suivi de grossesse, suivi gynécologique, aide médical à la procréation
Infectiologie	126/630 (20)	Suivi VIH, suivi VHB, infections sphère ORL
Odontologie	57/630 (9)	Carie dentaire, suivi dentaire, infection dentaire
Psychiatrie	47/630 (7,5)	Anxiété, alcoolisation, syndrome dépressif
Rhumatologie	35/630 (5,6)	Lombalgie, sciatalgie, dorsalgie
Hépto-Gastro-entérologie	30/630 (4,8)	Suivi VHB, VHC, douleur ulcéreuse
Endocrinologie	27/630 (4,3)	Suivi dysthyroïdie, suivi diabète, malaise hypoglycémique
Réalisation de certificats	24/630 (3,8)	Coups et blessures, certificat d'empreinte, certificat de non hospitalisation (CNH)
Cardiologie	21/630 (3,3)	Suivi HTA, malaise vagal, péricardite
Lésion(s) traumatique(s)	21/630 (3,3)	Plaie, brûlure, contusion genou
ORL	19/630 (3)	Rhinite, rhino-pharyngite, sinusite
Pneumologie	15/630 (2,4)	Suspicion de tuberculose, bronchite, pneumopathie
Dermatologie	13/630 (2)	Gale, mycose, infection cutanée
Ophtalmologie	10/630 (1,6)	Suivi ophtalmologique
Urologie	9/630 (1,4)	Colique néphrétique, infection urinaire, pyélonéphrite
Neurologie	7/630 (1,1)	Neuropathie, épilepsie, maladie de Parkinson
Traumatologie et Chirurgie orthopédique	6/630 (1)	Entorse cheville, entorse doigt, fracture radius
Allergologie	4/630 (0,6)	Allergie cutanée, alimentaire, conjonctivite allergique
Chirurgie viscérale	3/630 (0,5)	Consultation pré et post opératoires : ulcère perforé, hernie hiatale, kyste pilonidal
Neurochirurgie	1/630 (0,2)	Perforation méningée traumatique

☆ Diagnostics établis grâce à des examens biologiques

Cent-cinquante-quatre migrants ont bénéficié d'une prise de sang qui a permis d'établir des diagnostics biologiques. Vingt six pour cent des migrants vus au CHU n'ont pas eu de bilan biologique prescrit (54/208) (Tableau 12). Nous avons différencié les examens biologiques faits dans un but de diagnostic ou de suivi et ceux faits dans un but de dépistage (ceux recommandés).

Le paludisme a été recherché chez 3 migrants (3/327 soit 0,9%). Les résultats sont négatifs. Il n'y a pas eu de sérologie pour les amibes, ni pour la toxocarose ni pour la distomatose ni pour l'hydatidose. Une sérologie anguillulose a été effectuée et est négative. Une sérologie pour les filarioses a été effectuée et est négative. Suite à des symptômes évocateurs de dysthyroïdie, 36 dosages de TSH ont été réalisés. Cela a permis de révéler un taux de dysthyroïdie de 27,8% (10/36) (Tableau 13).

Tableau 12 : Proportion des bilans biologiques

Bilans biologiques	Nombre / nombre total de patients (%)
Nombre de patients ayant eu un bilan biologique	154/327 (47)
Nombre de patients n'ayant pas eu de bilan biologique	173/327 (53)
Bilans biologiques	Nombre / nombre total de patients ayant consulté au CHU (%)
Nombre de patients ayant eu un bilan biologique	154/208 (74)
Nombre de patients n'ayant pas eu de bilan biologique	54/208 (26)

Tableau 13 : Prévalence absolue des bilans biologiques

Examens biologiques faits dans un but diagnostique	Nombre d'examen
Sérologie anguillulose	1
Sérologie filariose	1
Sérologie amibe, toxocarose distomatose	0
TSH	36

3.3 Les grossesses suivies

Une analyse spécifique des femmes enceintes a été réalisée afin de mettre en exergue certains points. Sur 165 migrantes, il y a eu 42 grossesses dont 34 naissances (soit 80,9%), 4 fausses couches précoces (soit 9,52%) et 1 décès anténatal et 3 interruptions volontaires de grossesse (Figure 6). Cela concerne 28 femmes migrantes soit un nombre de 1,2 enfant par femme suivie pour une grossesse pendant ces 3 années de recueil. Le délai moyen entre l'arrivée en France et le début d'une grossesse est de 7 mois et 2 jours (minimum 10 jours et maximum de 2 ans). L'âge moyen de la (des) grossesse(s) survenue(s) en France est de 27 ans, 10 mois et 6 jours (minimum 19 ans, 1 mois et 10 jours et maximum 38 ans, 4 mois, et 8 jours). Cependant, 6 femmes

étaient enceintes au moment de leur arrivée sur Angers. On note que la grossesse a été l'occasion de la découverte d'une co-infection VIH et VHB chez deux migrantes. Une femme connaissait son statut séropositif vis-à-vis du VIH avant sa grossesse. Huit de ces femmes ont été confrontées à des troubles psychologiques allant de l'anxiété à des syndromes dépressifs soit 28,6% d'entre elles (8/28). Une femme déclare avoir été victime de violence physique au couteau par son mari alcoolisé. Une femme était SDF au moment de sa grossesse. On note une tentative de suicide chez une femme enceinte. Quatre désinfibulations ont été nécessaires pour accoucher chez des femmes mutilées par excision du type 3 selon l'OMS (Tableau 14 et Annexe 8).

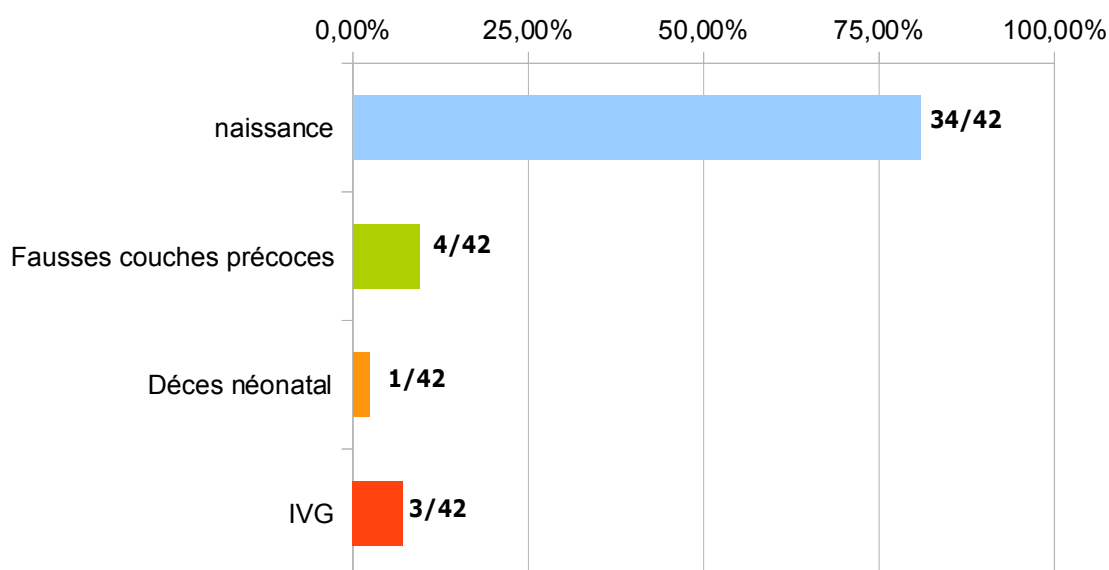


Figure 6 : Répartition du devenir des grossesses.

Tableau 14 : Caractéristiques retrouvées dans la population des femmes enceintes migrantes.

Caractéristiques	Nombre / le nombre de femmes enceintes	Pourcentage
Nombre de découvertes de séropositivité VIH	3/28	10,7
Nombre de femmes ayant eu des troubles psychologiques	8/28	28,6
Nombre de désinfibulations nécessaires	4/28	14,3

4 Dépistages

4.1 Généraux

Seules 12 migrantes ont bénéficié d'un frottis cervico-vaginal. Le taux de dépistage est de 7,3% (12/165). Nous ne disposons pas de dépistage tensionnel mais de quelques chiffres de tension artérielle prise à une ou plusieurs reprises dans des conditions non optimales (urgences...). Il n'est donc pas possible d'analyser le dépistage de l'hypertension artérielle. Il en est de même pour la glycémie. Pour assurer un diagnostic de diabète, il faut deux mesures supérieures à 1,26g/L faites dans le même laboratoire ou une supérieure à 2g/L avec des symptômes de diabète, ce qui n'a pas été le cas. De plus, nous ne savions pas si l'examen biologique avait été fait à jeun ou non.

4.2 Infectieux

Deux cent huit migrants ont consulté au CHU et 119 ne l'ont pas fait. Dans la population étudiée, seul 47% ont eu une prise de sang (154/208). Parmi ceux qui ont consulté, 74% ont eu une prise de sang (154/208). Le taux de patient ayant eu au moins un dépistage infectieux est de 39,4% sur la population totale (129/327) et de 83,8% chez les patients ayant eu un bilan sanguin (129/154). Environ 25,9% des patients avaient eu un dépistage avant d'obtenir une couverture maladie et 34,6% après avoir eu une couverture maladie. Presque 40% des patients qui ont été dépistés n'ont jamais obtenu de couverture maladie pendant la durée de l'étude (*Tableau 15*).

Le lieu où les dépistages sont le plus réalisés en fonction du nombre de consultation est le SMIT avec 97,9% des consultations qui ont donné lieu à au moins un dépistage (*Tableau 16*). On constate que la plupart des sérologies ne sont pas faites ensemble mais bien souvent une par une. En effet, les dépistages combinés représentent 34,5% (49/142) des dépistages contre presque 65,5% (93/142) de test isolé ou associé à deux. Il en va de même des tests IGRA (Interféron Gamma Release Assays) correspondant au QuantiFERON® utilisé au CHU ; soit il était fait isolément comme dans 54,5% des cas (6/11) ou dans le cadre du dépistage global en association avec les sérologies (45,5%, 5/11). Le taux de dépistage combiné complet (incluant les sérologies VIH, VHB, VHC, une NFS et un QuantiFERON® et une IDR) est de 2,44% (8/327). Le lieu où le dépistage de toutes les pathologies recommandées est le plus exhaustif est le SMIT (50% des bilans complets de

dépistage ont été faits au SMIT, 4/8). Nous ne disposons pas du lieu de réalisation des QuantiFERON® seul (*Tableau 17*).

^ Numération Formule Sanguine

Une NFS a été faite pour 94/327 migrants (28,7%). On retrouve 35 femmes et 5 hommes anémiés soit un taux de positivité de 42,6% (*Tableau 18*). Cinquante sept pourcent des NFS réalisées étaient normales. Douze électrophorèses de l'hémoglobine ont été réalisées, ce qui a révélé une drépanocytose hétérozygote et une β Thalassémie mineure. Neuf migrants présentaient une hyperéosinophilie, soit un taux de positivité de 9,6% (9/94). Chez ces patients, on retrouvait 3 bilharzioses (2 personnes érythréennes et une soudanaise), deux symptomatologies allergiques et quatre possiblement liées à des helminthiases non retrouvées. Pour 85 migrants il n'existait pas d'hyperéosinophilie (90,4%).

^ Dépistage d'infection à VIH

Pour les 327 migrants, seules 39 recherches de VIH ont été faites. Le taux de dépistage est donc de 11,9%. Parmi celles effectuées, 7 sont positives, soit un taux de positivité de 17,9% (*Tableau 18*). Le délai moyen entre l'arrivée en France et le diagnostic du VIH est de 1 an, 6 mois et 11 jours (minimum de 1 mois 4 jours et de maximum 3 ans, 4 mois et 11 jours) (*Tableau 19*). Les patients atteints de VIH sont originaires d'Érythrée (57%), du Soudan, de Guinée ou du Tchad (*Tableau 20*).

^ Dépistage d'hépatite virale B

Deux antigènes HBs sont positifs donc deux migrants présentaient une hépatite virale B (*Tableau 18*) (2/44). Ces personnes étaient originaires d'Érythrée et du Tchad (*Tableau 20*). Par ailleurs, 42 sont négatifs pour les Ag HBs. Le taux de dépistage est de 13,5% (44/327). Par ailleurs, il y a 15 Ac anti HBs négatifs et 15 positifs. Et, il y a 13 Ac antiHBc négatifs et 17 positifs. Cela marque le contact ou non avec le VHB qu'il soit vaccinal ou par le virus lui-même. Le délai moyen entre l'arrivée en France et le diagnostic du VHB est de 2 ans, 3 mois et 1 jour (*Tableau 19*). On note que ces deux patients atteints d'hépatite B ont aussi une co-infection par le VIH.

△ Dépistage d'hépatite virale C

Il y a eu 30 recherches d'anticorps antiVHC donc de virus de l'hépatite C soit un taux de dépistage de 9,2%. Parmi ceux effectués, 27 sont négatifs (90%), 2 sont positifs (6,7%) et 1 douteux sur 10 tests effectués (*Tableau 18*). Ce dernier a été recontrôlé et s'est avéré négatif. Les deux cas d'hépatite C étaient originaires d'Érythrée et d'Arménie (*Tableau 20*). Le délai moyen entre l'arrivée en France et le diagnostic du VHC est de 2 ans, 7 mois et 11 jours (*Tableau 19*).

△ Dépistage de la tuberculose

Le taux de dépistage fait au CHU par QUANTIféron® est de 3,1%. Six QUANTIféron® sont revenus positifs (60%) et 4 négatifs (40%) (*Tableau 18*). Il y a eu une identification par culture d'une *Mycobacterium Tuberculosis*. Par ailleurs, au CLAT, 18 personnes ont été vues dans un but de dépistage et une personne a été vue dans le cadre d'une enquête autour d'un cas contact, soit au total 19 individus (19/327 soit 5,8%). Cela a permis le diagnostic de 3 Infections Tuberculeuses Latentes (ITL) dont 2 ont été traitées par de la Rifampicine et de l'Isoniazide pour 3 mois. Une ITL a été seulement surveillée pendant 6 mois. Une tuberculose maladie a été révélée par le dépistage au CLAT (IDR et radiographie anormales) et adressée au CHU en consultation de maladies infectieuses et tropicales (QUANTIféron® anormal). Chez cette patiente, l'isolement du bacille de Koch lors de l'analyse microbiologique de ses crachats a permis de certifier le diagnostic. Cette personne était originaire du soudan (*Tableau 20*). Ce qui fait un taux de positivité de tuberculose maladie de 3,6% (1/28, 28 correspond aux 19 personnes testées au CLAT, 10 QUANTIféron® faits au CHU et une personne a eu les deux examens). Le délai entre son arrivée en France et le diagnostic de la tuberculose maladie est de 6 mois et de 6 jours (*Tableau 19*).

△ Dépistage des schistosomoses

Il y a eu 6 recherches sérologiques de bilharziose qui se sont révélées positives pour 3 d'entre elles. Le taux de dépistage de la bilharziose par sérologie est de 3,1% (6/191) (*Tableau 18*). Cent quatre vingt onze correspond au nombre de personnes exposées du fait de leur origine géographique à cette pathologie. Le taux de positivité des sérologies était de 50%. Trois examens parasitologiques des selles ont été réalisés soit pour

1,6% de notre population. Deux sont négatifs et un retrouve *Entamoeba Coli* et *Blastocystis hominis*. Il n'y a pas eu d'examen parasitologique des urines.

Tableau 15 : Réalisation des dépistages en fonction de l'obtention d'une couverture maladie.

Réalisation des dépistages par rapport à l'obtention couverture maladie	Pourcentage
→ Avant	25,9
→ Après	34,6
→ couverture maladie non obtenue	39,5

Tableau 16 : Lieu et réalisation de dépistage en fonction du nombre de consultations par lieu.

Lieu	Nombre de dépistages / nombre de consultations dans ce lieu (%)
Gynécologie – Obstétrique CHU	87/142 (61,3)
SMIT	47/48 (97,9)
Urgences - PASS	19/218 (8,7)

Tableau 17 : Réalisation ou non de dépistages combinés.

Dépistages Lieux	Combiné complet VIH, VHB, VHC QuantiFERON® NFS		Combiné complet VIH, VHB, VHC, NFS, IDR*		VIH, VHB, VHC QuantiFERON®	VIH, VHB, VHC NFS	VIH, VHB, NFS, IDR au CLAT	VIH, VHB, VHC	VIH VHB	VHB VHC	VHC VIH NFS	QuantiFERON® NFS	VHC VIH	VIH seul	VHB seul	VHC seul	QuantiFERON® seul	IDR au CLAT seul	NFS seule	
	n=6	%	n=1	%	n=1 %	n=34 %	n=1 %	n=3 %	n=16 %	n=10 %	n=3 %	n=2	n=1 %	n=27 %	n=40 %	n=4 %	n=1	n=17 %	n=6	
SAU-PASS	-	-	-	-	-	4 11,9	-	1 33,3	3 18,7	2 20	-	-	-	4 14,8	-	-	-	-	-	-
PASS périnatalité	-	-	-	-	-	10 29,4	1 100	1 33,3	11 68,8	3 30	1 33,3	-	-	13 48,1	25 62,5	1 25	-	-	-	-
SMIT	4	66,6	1	100	-	9 26,4	-	-	-	3 30	1 33,3	-	-	5 18,5	12 30	3 75	-	-	-	-
CIDDIST*	-	-	-	-	-	3 8,9	-	-	-	-	-	-	-	1 3,7	1 2,5	-	-	-	-	-
Médecine interne	-	-	-	-	-	1 2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Flora Tristan	-	-	-	-	-	2 5,9	-	-	-	2 12,5	-	-	-	1 3,7	-	-	-	-	-	-
Psychiatrie	1	16,7	-	-	-	2 5,9	-	1 33,3	-	-	-	-	1 100	-	1 2,5	-	-	-	-	-
Rhumatologie	-	-	-	-	1 100	1 2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Néphrologie	-	-	-	-	-	1 2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMP*	-	-	-	-	-	1 2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HGE *	1	16,7	-	-	-	-	-	-	-	1 10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CH Saumur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 3,7	1 2,5	-	-	-	-	-
Pneumologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 3,7	-	-	-	-	-	-
Chirurgie vasculaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 3,7	-	-	-	-	-	-
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 33,3	-	-	-	-	-	-	-	-
CLAT	-	-	1	100	-	-	1 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17 100	-	-

*IDR : IDR faite au CLAT et QuantiFERON® fait pour cette personne

* CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles - Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)

* AMP : Aide Médicale à la Procréation

* HGE : Hépatogastro-entérologie

Réalisation de tests de dépistages combinés complets.

Tableau 18: Dépistages, taux de dépistage et taux de positivité.

Dépistage	Nombre de dépistages faits	Taux de dépistage sur la population totale sur 3 ans (%)	Taux de positivité parmi les dépistages faits (%)
NFS	94	94/327 (28,7)	<ul style="list-style-type: none"> ● Anémie : 40/94 (42,6) ● Hyperéosinophilie : 9/94 (9,6)
Sérologie VIH	39	39/327 (11,9)	7/39 (17,9)
Sérologie VHB	44	44/327 (13,4)	2/44 (4,5)
Sérologie VHC	30	30/327 (9,2)	2/30 (6,7)
Tuberculose : QUANTIféron®	10	10/327 (3,1)	6/10 (60)
Tuberculose : analyse BK crachat*	1	-	-
Tuberculose : IDR + Radiographie thoracique	19	19/327 (5,8)	→ 1/19 Tuberculose maladie (5,3) → 3/19 ITL (15,8)
Sérologie bilharziose	6	6/191** (3,1)	3/6 (50)
Examen parasitologique des selles	3	3/191** (1,6)	0

*Il ne s'agit pas d'un test de dépistage mais d'un test diagnostique de certitude microbiologique quand la suspicion est forte.

**Population exposée à ce parasite.

Tableau 19: Délai entre arrivée en France et le diagnostic de ses pathologies.

Pathologies diagnostiquées	Délai moyen entre arrivée et diagnostic
VIH	1 an, 6 mois et 11 jours
VHB	2 ans, 3 mois et 1 jour
VHC	2 ans, 7 mois et 11 jours
Tuberculose maladie	6 mois et 6 jours

Tableau 20 : Répartitions géographiques des patients atteints de maladies infectieuses.

Maladies Pays d'origine	VIH		VHB		VHC		Tuberculose		Bilharzirose		Infection respiratoire et/ou ORL		Infection urinaire		Virose		Infections cutanées		Infections urinaires		Infections génitales		Infections ostéo-articulaires	
	n=7	%	n=2	%	n=2	%	n=1	%	n=3	%	n=28	%	n=4	%	n=27	%	n=10	%	n=4	%	n=7	%	n=2	%
Érythrée	4	57,1	1	50	1	50	-	-	2	66	5	17,9	1	25	7	25,9	2	20	1	25	2	28,6	-	-
Soudan	1	14,3	-	-	-	-	1	100	1	33	5	17,9	2	50	1	3,7	-	-	2	50	1	14,3	1	50
Guinée	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7,1	-	-	2	7,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Tchad	1	14,3	1	50	-	-	-	-	-	-	2	7,1	1	25	2	7,4	-	-	-	-	1	14,3	-	-
Arménie	-	-	-	-	1	50	-	-	-	-	1	3,6	-	-	-	-	-	-	1	25	-	-	-	-
Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	14,3	-	-	10	37	3	30	-	-	2	28,6	-	-
Yémen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50
Kosovo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,6	-	-	1	3,7	2	20	-	-	-	-	-	-
Daghestan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Russie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	7,1	-	-	-	-	1	10	-	-	-	-	-	-
Géorgie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,6	-	-	4	14,8	2	20	-	-	1	14,3	-	-
Tchéchène	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

5 Hospitalisation

Il y a eu 79 hospitalisations pour notre population étudiée lors de notre période de recueil de 3 ans. Certains individus ont été hospitalisés plusieurs fois. En effet, au total 48 patients et patientes ont été hospitalisés (48/327 soit 14,7%). La durée moyenne d'hospitalisation est de 7,23 jours (avec un minimum de 1 jour et un maximum de 46 jours). Il y a eu 26 hospitalisations à la maternité suite à un accouchement. Les 6 hospitalisations en ORL correspondaient surtout à un patient qui a été hospitalisé plusieurs fois pour des complications post-amygdalectomie (*Tableau 21*). On retrouve ensuite le service de médecine polyvalente (6,3%). La chirurgie viscérale concerne également 6,3% des hospitalisations. En sixième position vient le SMIT (5,1%).

Les hospitalisations pour raison obstétricale ou gynécologique se retrouvent là encore au premier rang. Les motifs d'hospitalisation pour raison infectieuse regroupaient : des suspicions ou diagnostic de tuberculose maladie, des pyélonéphrites, une arthrite septique, une pneumopathie aiguë communautaire, une leishmaniose. On remarque qu'une personne, originaire du Soudan, a été hospitalisée au SMIT : il présentait une bilharziose, une infection tuberculose latente et une leishmaniose. Les motifs endocrinologiques d'hospitalisation étaient les hyperthyroïdies, le diabète de type 2, le diabète gestationnel. Pour ce qui est des motifs psychiatriques, les syndromes dépressifs et les crises suicidaires dominaient. Il y a eu plusieurs hospitalisations afin de faire le point sur des douleurs abdominales et thoraciques non étiquetées. A noter qu'il s'agit des motifs d'hospitalisation et non des lieux (*Tableau 22*).

Tableau 21 : Principaux lieux d'hospitalisation.

Lieux d'hospitalisation au CHU	Nombre d'hospitalisations dans un service / nombre total d'hospitalisations (%)
Maternité	27/79 (34,2)
Gynécologie	6/79 (7,6)
ORL	6/79 (7,6)
UMPU	5/79 (6,3)
Chirurgie viscérale	5/79 (6,3)
SMIT	4/79 (5,1)
Neurologie	4/79 (5,1)
Médecine interne	4/79 (5,1)
Cardiologie	3/79 (3,8)
Pneumologie	3/79 (3,8)
Endocrinologie	3/79 (3,8)
Chirurgie orthopédique	2/79 (2,5)
Hépto-Gastro-Entérologie	2/79 (2,5)
Urologie	2/79 (2,5)
Chirurgie vasculaire	1/79 (1,3)
Psychiatrie	1/79 (1,3)
Neurochirurgie	1/79 (1,3)

Tableau 22: Les motifs d'hospitalisation

Motifs d'hospitalisation	Nombre hospitalisations pour ce motif / nombre d'hospitalisations total (%)
Obstétrique	27/79 (34,2)
Infectiologie	7/79 (8,9)
ORL	7/79 (8,9)
Chirurgie viscérale	5/79 (6,3)
Hépto-gastro-entérologie	4/79 (5,1)
Psychiatrique	3/79 (3,8)
Neurologie	3/79 (3,8)
Chirurgie Orthopédique	3/79 (3,8)
Endocrinologique	3/79 (3,8)
Hématologie	3/79 (3,8)
Cardiologie	3/79 (3,8)
Urologie	2/79 (2,5)
Gynécologique	2/79 (2,5)
Rhumatologie, chirurgie vasculaire, neurochirurgie, néphrologie, pneumologie, problème social, iatrogénie	1/79 (1,3)

6 La prescription médicamenteuse au terme de la consultation

Sur les 691 consultations totales. Il y a eu 368 prescriptions de médicaments ou de délivrance gratuite. Dans 38,8% des consultations, il n'y a pas eu de prescription (268/691). Dans 55 cas, il n'est pas renseigné s'il y a eu ou non des prescriptions au détour de la consultation (55/691 soit 8%) (Tableau 23).

Tableau 23 : Prescription de médicament(s).

Prescription de médicament(s)	Nombre / nombre total de consultation (%)
→ Prescription de médicament au décours	368/691 (53,3)
→ Pas de prescription médicament	268/691 (38,8)
→ Non renseigné	55/691 (8)

7 Vaccination

Malheureusement, faute de données disponibles il n'a pas été possible d'avoir le taux vaccinal. On peut remarquer qu'il y a eu une vaccination de notifiée lors d'une consultation.

8 Parcours administratif

8.1 Délai entre l'arrivée en France et le premier contact avec Espace Accueil

Le délai moyen entre l'arrivée en France et le premier contact avec Espace Accueil est de 3,6 jours (avec un minimum de 0 jours et un maximum de 24 mois). Cependant, il est renseigné dans la base de données le même jour d'arrivée en France et de premier contact avec Espace Accueil dans 11,9% des cas (39/327). L'analyse sans ces 39 patients permet de retrouver un délai entre l'arrivée en France et le premier contact avec Espace accueil peu différent, c'est à dire de 4,2 jours. De plus, il n'existe un délai que de 1 à 2 jours pour 13,5% (44/327) des migrants.

8.2 Type et délai d'obtention d'une couverture maladie

Grâce à l'accès aux données de la CPAM, les types et les dates d'affiliation ont été répertoriés. A la date du 29/02/16 (date du relevé CPAM), 146 personnes n'ont pas de droits ouverts à la CPAM (146/327 soit 44,6%). Trente sept migrants ont eu accès à l'AME, 66 à la CMU de base, 52 à l'ouverture de droit par Pôle Emploi. Certaines personnes ont obtenu l'AME puis la CMU. On note que 2 personnes ont eu leurs droits ouverts car ils étaient détenus (*Tableau 24*). Pour ceux ayant obtenu une couverture maladie, le délai moyen d'obtention est de 9 mois et 11 jours (minimum à 0 jours et maximum à 3 ans 8 mois et 24 jours). On note que parmi les personnes qui pourraient théoriquement bénéficier d'une couverture maladie dans les 3 mois suivant leur arrivée en France, 75% d'entre eux n'en bénéficient pas. Parmi ceux qui obtiennent une couverture maladie, 99 individus l'ont après plus de 3 mois de résidence sur le sol français (*Tableau 25*).

Tableau 24 : Ouverture de droits à la CPAM.

Type de droits ouverts	Nombre de personnes bénéficiant de ce type / nombre de personne ayant des droits ouverts (N=181) (%)
CMU de base	66/181 (36,5)
Affiliation par Pôle Emploi	52/181 (28,7)
Aide Médicale d'Etat	37/181 (20,4)
Affiliation en temps que salarié	11/181 (6)
Affiliation en temps que bénéficiaire du RSA (Revenu de Solidarité Active)	8/181 (4,4)
Affiliation en temps que détenu	2/181 (1,1)
Affiliation en temps que bénéficiaire des ASSEDIC	2/181 (1,1)
Mutualité Sociale Agricole (MSA)	2/181 (1,1)
Affiliation par concubinage	1/181 (0,6)

Tableau 25: Délai d'obtention couverture maladie.

Délai obtention couverture maladie	Nombre de personne l'ayant obtenu dans ce délai / nombre de personne totale (%)
Pas d'obtention de couverture maladie	146/327 (44,6)
Délai d'obtention de moins de 3 mois	82/327 (25)
Délai d'obtention de plus de 3 mois	99/327 (30,3)

DISCUSSION

1. Résultats principaux

▲ Caractéristiques démographiques

La population recrutée à partir de la plateforme administrative Espace Accueil est un bon reflet du flux migratoire de 2012 à Angers. En effet, les chiffres obtenus sur l'année 2012 par France Terre d'Asile (oeuvrant auprès des demandeurs d'asile) sont en deçà de notre population de 464 personnes (224 personnes s'étant adressées à eux) ainsi que ceux de la préfecture (410 personnes) [16]. Cependant, ce flux tend à s'amplifier dans le contexte de crise migratoire actuel vers l'Europe. Cette évolution renforce l'intérêt de notre travail qui a pour but de mettre en exergue les points positifs et négatifs du réseau de prise en charge médicale des migrants et surtout de mettre en place les mesures permettant d'améliorer la prise en charge globale de cette population en situation de précarité. La proportion d'hommes et de femmes est équivalente, ce qui remet en cause l'idée reçue selon laquelle, ce sont des hommes seuls qui migrent le plus. Cette répartition est également observée actuellement dans les camps de réfugiés selon le Haut Commissariat aux Réfugiés. Les femmes sont même majoritaires dans ces camps de réfugiés syriens au Proche Orient. Cependant, 69% des migrants ayant traversé la Méditerranée pour se rendre en Europe sont des hommes. Cette population est relativement jeune avec dans notre étude un âge moyen à 32 ans. En 2013, l'âge médian de la population nationale de "l'Europe des 28" s'élevait à 43 ans, alors que l'âge médian des non-nationaux vivant dans l'Union était de 35 ans [63]. Dans le rapport d'activité de l'OFPRA de 2012 [64] et celui de Médecins du Monde [65], les âges moyens des demandeurs de protection internationale sont respectivement de 32,5 et 32,8 ans en France, ce qui corrobore nos résultats.

La population migrante à Angers en 2012 est principalement d'origine Africaine. L'Érythrée et la Somalie étaient les deux pays africains les plus représentés. Ils sont tous deux touchés par une instabilité politique, la montée de l'islamisme, la pauvreté et par de fréquentes périodes de famine. Quant au Kosovo, les personnes migrent souvent en raison des difficultés financières (taux de chômage à 30%) et de la corruption.

Le Kosovo a été retiré de la liste des pays «sûrs» permettant aux ressortissants d'obtenir l'asile au cas par cas. Cependant, il s'agit du reflet de l'année 2012, les flux migratoires varient énormément dans le temps. Ainsi, un seul migrant d'origine syrienne s'était présenté à la plateforme Espace Accueil. Selon l'agence de statistique européenne Eurostat, en 2015, les migrants demandeurs d'asile provenaient principalement de Syrie (18,5%), du Kosovo (15,9%), d'Afghanistan (10%), d'Albanie (6,8%) et d'Irak (5,2%). On remarque la grande proportion de personnes isolées arrivant à Angers puisqu'ils représentent 39,1% des primo-arrivants. Mais ce chiffre est en deçà de ceux de l'OFPRA, qui relève 47,8% de personnes seules. Bien que ne rentrant pas dans le champ de notre étude, il est important de relever le nombre croissant de Mineurs Etrangers Isolés (MIE) (150 jeunes en Maine-et-Loire en 2015). Médecins du Monde relève que l'effectif des MIE a doublé entre 2011 et 2012 et est en constante augmentation. La barrière de la langue est un vrai obstacle aux soins et est fréquente dans notre étude. En effet, le français est très peu parlé (8,6%). La communication peut se faire grâce à la maîtrise d'une seconde langue mais peu de migrants en parle une. L'utilisation d'un proche pour la traduction est encore pratique courante et l'utilisation de l'interprétariat téléphonique reste le dernier recours pour faciliter les échanges.

^ Le parcours de soins

Trente-trois pourcent de notre population n'a pas consulté dans nos centres de premier recours angevins. Plusieurs explications sont possibles. Premièrement, ce taux de 33% peut être surévalué pour un certain nombre d'individus, la ville d'Angers n'est qu'une étape dans leur migration. Ils n'ont ainsi pas eu l'occasion de consulter pendant leur courte période de séjour à Angers. Deuxièmement, le nombre de perdus de vue peut être le fait du renoncement aux soins bien décrit dans la littérature. Dans les CASO de Médecins du Monde, 17,4% des personnes déclarent avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois et 40,2% ont eu un retard de recours aux soins [1]. Parmi les facteurs identifiés qui semblent limiter le recours aux soins « à âge et état de santé égaux », ce sont les faibles revenus et l'absence de couverture sociale qui sont les plus déterminants. Le non recours aux soins a été évalué dans la population migrante ayant un titre de séjour d'un an. Cela montre que 16% des personnes n'ont pas consulté un médecin généraliste sur l'année [66]. D'autres causes sont parfois citées pour expliquer cela comme le sentiment de stigmatisation lié à l'assistance, la moindre préoccupation pour sa santé lorsque le quotidien est difficile, la peur de s'adresser aux institutions du fait de leur situation illégale, le sentiment de complexité de se rendre dans les lieux de prise en charge, l'influence du vécu de la précarité qui altère l'estime de soi et favorise le repli sur soi...

La plateforme Espace Accueil était très bien identifiée par la population migrante puisque le délai entre l'arrivée en France et l'enregistrement à Espace Accueil était de 4,2 jours. Cependant, nous ne disposons pas encore de données concernant la mise en place et le fonctionnement de la nouvelle plateforme CVH.

Le délai entre l'arrivée en France et la première consultation était quant à lui beaucoup plus long : 6 mois. Une étude faite dans le centre médical dédié à la prise en charge des migrants à Rennes, le Centre Médical Louis-Guilloux, retrouve un délai beaucoup plus court de 2,04 mois [2]. Ce point est crucial dans la prise en charge et est le reflet du fonctionnement du réseau local. En effet, le délai entre l'arrivée en France et la première consultation à Angers n'est pas satisfaisant.

Le recueil n'a pas permis de statuer sur les interactions entre acteurs du réseau de prise en charge des migrants. Grâce à quelques données, il ressortait qu'Espace Accueil adressait facilement à Médecins du Monde puis que Médecins du Monde adressait les patients nécessitant des examens complémentaires à la PASS au SAU. Cependant, il est notable que la PASS, Médecins du Monde et Espace Accueil n'adressaient que très peu de patients au CLAT. Le CLAT apparaît donc comme mal inséré dans ce réseau.

Les patients migrants ont consulté en 3 ans entre 1 et 5 fois pour presque 68% d'entre eux. Cela est très peu comparé au nombre moyen de 6,9 consultations par an par français [67]. Ainsi, dans notre étude les patient migrants sans couverture maladie et ceux bénéficiant de la CMU ou de l'AME consultent beaucoup moins que la population générale française, sous réserve des consultations possibles mais non comptabilisées ici. Une étude de grande ampleur menée par l'INSEE de 2008 à 2009, retrouve les mêmes résultats, c'est à dire, une moindre fréquentation des patients d'origine étrangère par rapport à la population française [68].

Le CHU est le lieu de premier recours. Il est donc très bien identifié par cette population précaire. Le SAU-PASS du CHU est le lieu essentiel de la prise en charge des migrants. En effet, c'est le premier lieu de consultation médical auquel ils s'adressent. La PASS rattachée aux urgences est un acteur décisif de ce réseau. Ce système ne garantit pas un suivi identique à celui des PASS dédiées, mais le rattachement aux urgences permet un repérage 24heures sur 24 et 7 jours sur 7 grâce à l'outil informatique de repérage « click PASS ». Cet outil permet un accès direct et rapide à la fiche PASS, en un simple « click ». Cette fiche sera ensuite complétée, validée et transmise directement au service social [62]. La PASS permet la dispensation de soins non payants, d'une prise en charge sociale, et parfois la délivrance gratuite de médicament. Pour les personnes n'ayant pas accès à une couverture maladie, il s'agit du seul lieu où ils peuvent bénéficier d'examens complémentaires non payants. Il existe à ce jour peu de consultations médicales propres à la PASS, en dehors des mardis et jeudis matins et de celles dispensées par les internes en stage dans ce lieu un jour par semaine.

Le deuxième lieu de prise en charge médicale est le service de gynécologie-obstétrique du CHU. Un nombre élevé de grossesses a été retrouvé pendant notre période d'inclusion. Cela s'explique par le fait que

beaucoup de migrantes sont des femmes jeunes en âge de procréer, que l'accès à la contraception n'est pas aisé lors des périodes de migration, et que beaucoup de femmes sont originaires de pays dont le taux de fécondité est élevé. En effet, les taux de fécondité en Érythrée et en Somalie sont respectivement de 4,8 et 6,7 enfants par femme en âge de procréer [69;70]. L'âge moyen de grossesse survenue en France peut paraître élevé dans notre étude (27ans). Cela s'explique par le fait qu'il ne s'agit bien souvent pas de la première grossesse. L'analyse spécifique des femmes enceintes permet de montrer l'importance de cette population, ainsi que la grande vulnérabilité et la violence à laquelle sont confrontées ces femmes. Elles semblent constituer une population à risque de développer un stress périnatal. Dans une étude suisse, il a été montré que près d'une femme migrante sur cinq présente d'importants symptômes de dépression aussi bien en fin de grossesse qu'au premier trimestre après l'accouchement [71]. Ce taux de troubles psychologiques voire psychiatriques était plus important dans notre étude puisque cela représentait 28,6% des femmes enceintes. Cela peut s'expliquer par le fait que nous ayons regroupé les différents troubles ensemble et par le fait que les personnes les plus malades consultent plus. Dans notre étude, la grossesse a été l'occasion de la découverte de co-infection VIH-VHB (n=3/28 soit 10,7%). Cela concorde avec des données de la littérature comme l'étude RETARD, qui montrait que la grossesse était le motif le plus fréquent de découverte du VIH dans une population de femmes migrantes originaires d'Afrique sub-saharienne. Ainsi le dépistage systématique lors de la grossesse, a permis à de révéler leur séropositivité [72]. Dans de nombreux dossiers, il était noté l'existence d'une mutilation génitale féminine. Cela montre à quel point cette pratique ancestrale reste fréquente. Le taux de femmes ayant subi ces sévices en 2012 est de 97,9% en Somalie et de 88,7% en Érythrée [69;70]. La Somalie est le pays qui a le plus fort taux de prévalence de cette pratique inhumaine. Une étude rennaise, relève que si la grossesse est bien un facteur de vulnérabilité, elle est aussi paradoxalement une protection. En effet, il apparaît que l'association de plusieurs facteurs de vulnérabilité est paradoxalement plus protecteur qu'une vulnérabilité simple [73]. Cela a été le cas pour la femme enceinte sans domicile fixe de notre étude. Six femmes étaient enceintes au moment de leur arrivée à Angers et donc pendant leurs migrations. De nombreux travaux montrent que les mères migrantes sont victimes de deux types de fragilité : l'une d'ordre psychologique qui est commune à toute grossesse et l'autre où l'absence de son propre cadre culturel entraîne une perte des habitus de maternage transmis de génération en génération dans la communauté qui peut altérer la confiance en la capacité à s'occuper de son enfant [74]. La vulnérabilité est dans ce cas en lien avec l'isolement et le déracinement de ses femmes-mères. Un travail de recherche portant sur les femmes ayant accouchées en 2010 montre que le taux de mortalité maternelle des femmes étrangères, considérées globalement, était de 12,5 pour 100000 naissances vivantes versus 7,9 pour les femmes françaises. Le taux d'hypotrophie, la prématurité et de mortinatalité étaient aussi plus élevés dans cette population étrangère [57]. Ces constatations n'ont pas été retrouvées dans notre étude probablement du fait de la taille de notre échantillon. La mortalité néonatale reste heureusement un

événement peu fréquent y compris dans la population migrante. On remarque un nombre de fausse couche précoce équivalent à celui de la population générale française de 9,5% versus 10% [75].

Le troisième lieu de consultation au CHU était le service de maladies infectieuses et tropicales. Les patients étaient en grande partie adressés par le SAU. Le suivi de pathologies infectieuses chroniques tient une place prépondérante dans la pratique quotidienne. En effet, pour ce qui est de la population migrante, 85,4% des motifs de consultations concernaient le suivi de pathologies chroniques. Plus de 10% des patients ont été adressés pour fièvre en consultations spécialisées infectieuses. Dans notre étude la plupart des bilans de fièvre ont abouti à des diagnostics précis alors que dans la littérature il est montré qu'environ 33% des consultations pour fièvre demeurent sans diagnostic précis [76]. Cela s'explique par l'activité spécialisée du service vis à vis des maladies infectieuses et l'accès facile aux examens complémentaires dans le CHU. Les patients migrants, du fait de la grande prévalence de certaines pathologies infectieuses dans leur pays d'origine, constituent désormais une part importante de la file active des patients vus en consultation de maladies infectieuses.

Médecins du Monde est le deuxième lieu de recours après le CHU. En effet, en 8 ans, les CASO ont vu leur activité augmenter de 17% en France. Cette évolution dévoile une hausse des inégalités sociales. Cela pose question sur l'organisation du secteur public. Le rapport du Ministère des Affaires Sociales établi lors de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion en décembre 2012, rappelle que le rôle des PASS est justement de favoriser l'accès aux soins pour tous. Il rappelle l'importance d'«assurer le développement, en cohérence avec les besoins locaux, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), favoriser leur mobilité, leur attribuer les personnels médicaux nécessaires, leur donner une plus grande visibilité, interne et externe,[...] leur affecter des financements dédiés » [77].

De même, du fait des carences du secteur public, l'association la Croix Rouge Dentaire effectue un nombre important d'actes de soins dentaires puisqu'elle est le troisième lieu de consultation des migrants primo-arrivants dans notre étude. A Angers, il n'existe aucun autre recours en terme de soins bucco-dentaires pour les personnes démunies de couverture maladie. C'est pourquoi leur action est aujourd'hui primordiale et essentielle.

On peut s'étonner que le CLAT qui a une vocation exclusivement tournée vers la tuberculose n'ai vu que 19 des 327 migrants soit 5,8% de notre population. Grâce à cette étude, nous pouvons l'expliquer par la mauvaise intégration dans le réseau local. L'équipe du CLAT travaille à une meilleure visibilité dans le réseau angevin.

Par ailleurs, on retrouve peu de consultations par migrant. En effet, 67,9% des consultants l'ont fait entre 1 et 5 fois en 3ans, ce qui est bien en deçà des chiffres retrouvés dans la population générale française.

▲ Motifs de recours et pathologies présentées

On constate que le nombre de motifs par consultation est inférieur à celui retrouvé dans la population générale française (1,3 vs 2,26) [78]. Les syndromes algiques étaient en première position dans notre étude. En ethnopsychiatrie, il est couramment admis, sans pour autant tomber dans le culturalisme, que si tous les êtres humains sont confrontés à la douleur, la construction de cette douleur, l'interprétation, la tolérance et la réaction à celle-ci varient grandement d'une culture à l'autre. La douleur revêt parfois une dimension symbolique d'un mal-être plus global [79;80]. Dans une thèse sur la prise en charge des migrants en médecine générale, les trois motifs les plus fréquents sont également les douleurs non traumatiques, puis les problèmes pulmonaires et ensuite les douleurs traumatiques [34]. Plusieurs explications sont possibles à ces plaintes douloureuses. La première est le contexte de précarité, notamment pour les personnes SDF, générateur de douleur. Deuxièmement, ces symptômes peuvent être le reflet d'un problème de communication entre le patient et son soignant. A l'exemple, de ce malade allophone, désignant tout son thorax pour parler d'une douleur de côte post-traumatique considéré par le soignant comme une douleur thoracique diffuse atypique. Et troisièmement, ces douleurs peuvent être l'expression de troubles somatomorphes. Quelques études révèlent que la prévalence de la somatisation est un peu plus élevée chez les migrants que dans la population générale [81]. La somatisation accompagne certaines caractéristiques démographiques et est associée de façon significative aux difficultés d'acculturation [82].

On retrouve ensuite, les motifs obstétricaux ou gynécologiques comme expliqué précédemment. Les symptômes classés comme infectiologiques, représentent 10% des motifs de recours. Quant aux consultations au SMIT, elles sont dominées par le suivi des patients VIH. Ce chiffre est peut être biaisé par le fait que dans notre population étudiée la prévalence du VIH était très importante. Par ailleurs, la demande de certificat représentait 3,7% des motifs. Cela montre l'importance qu'ont ces démarches administratives dans leurs vies quotidiennes mais aussi la violence à laquelle ils ont été ou sont confrontés encore en France. En effet, on constate, un nombre élevé de demande de certificat pour coups et blessures ou pour constatation d'excision, ainsi qu'un nombre élevé de motifs de consultation pour lésion traumatique dans un contexte d'agression. Une étude sur les violences subies par les demandeurs d'asile européen montre que 56,6% d'entre eux ont subi des violences sexuelles, 62% des violences psychiques et 47,3% des violences physiques [83].

On peut s'étonner de l'importance dans notre étude des consultations n'aboutissant pas à un réel diagnostic. En effet, elles représentent 23,4% des consultations. Le déterminant essentiel est probablement la barrière de la langue. L'errance diagnostique constatée, est aussi favorisée par la multiplicité des lieux de consultation avec un manque de fonctionnement en réseau. Une étude hollandaise montre que la prévalence

des consultations concluant à des symptômes médicalement inexplicables serait de 13% en médecine générale [84]. Cependant, en médecine générale, il paraît parfois injustifié de conclure une consultation par un diagnostic alors que beaucoup de choses ont été évoquées sans que cela ne rentre dans un diagnostic précis. De plus, la nécessité d'appliquer à chaque consultation un diagnostic est illusoire car bien souvent il s'agit d'une suspicion, d'un diagnostic sans preuve, d'une incertitude diagnostique [85]. Le recours au diagnostic-symptôme est alors utile, en attendant de bénéficier d'investigations complémentaires.

Par ailleurs, le nombre moyen de diagnostics par consultation dans notre population est en deçà de ce que l'on retrouve dans la population générale française (1,2 vs 3,1) [86]. On retrouve dans les principaux diagnostics, la gynécologie obstétrique puis les maladies infectieuses et ensuite l'odontologie. En infectiologie, de nombreuses consultations ont pour objet de simples viroses (rhinite, pharyngite, grippe...). Les chiffres des diagnostics odontologiques sont surestimés par la présence de nombreuses consultations de soins dentaires pour les mêmes personnes.

Vingt six pour-cent des patients vus au CHU n'ont pas eu de bilan biologique. En effet, beaucoup de consultations ne nécessitent pas en elle-même la réalisation d'examens complémentaires. Mais compte tenu des recommandations sur la prise en charge des migrants, il est nécessaire d'avoir proposé au moins une fois un bilan de dépistage complet incluant une prise de sang. Cela montre que cet objectif de dépistage est bien souvent oublié. Le paludisme n'a été recherché que 3 fois et aucun cas de paludisme d'importation n'a été déclaré. La recherche de paludisme n'est pas systématique et doit être déclenché devant un tableau fébrile chez un patient arrivant d'une zone d'endémie palustre. Selon le COMEDE, le nombre de paludisme d'importation a diminué mais les migrants représentent toujours trois quarts des cas diagnostiqués [5]. On peut, par ailleurs s'étonner du taux de dysthyroïdie dans cette population (27,8%). En effet, selon une étude de 2006, la prévalence des troubles thyroïdiens est de 0,9% chez les demandeurs d'asile en France [87]. Cependant, les dysthyroïdies liées aux carences en iode sont encore très fréquentes puisqu'elles représentent 15,8% de la population mondiale. Les pays d'origine de notre étude sont des régions de haute prévalence. En effet, en Afrique la prévalence des dysthyroïdies est de 28,3% [88].

^ Les dépistages

Un des résultats, le plus marquant de cette étude, est le taux de dépistage combiné complet de 2,44% (8/327). En effet, 47% de notre population a eu au moins une fois pendant les 3 années de recueil un bilan biologique qui aurait dû faire proposer un dépistage combiné complet. Cela est bien en deçà des recommandations et ne répond pas aux exigences nécessaires en terme de santé publique. Contrairement à ce

qui est retrouvé fréquemment dans les études, les dépistages sont faits qu'ils aient ou non obtenus une couverture maladie. Cependant, les chiffres faibles de dépistage sur 3 ans sont probablement un peu sous-estimé par le fait qu'une fois leur couverture maladie obtenue, les patients migrants entrent dans le droit commun et peuvent se faire dépister dans les laboratoires de ville grâce à leur médecin traitant.

Les femmes migrantes de notre étude ont été très peu dépistées vis à vis du cancer du col de l'utérus (7,3% de dépistage). En effet, les femmes étrangères ont cinq fois plus de risque de ne jamais avoir bénéficié de ce dépistage alors qu'elles sont plus à risque que la population générale française comme expliqué précédemment [89].

La réalisation de NFS permet de montrer un taux d'anémie de 42,9% dans notre population. Ce qui est très élevé. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit principalement de jeune femme (pour plus de 87%) en âge de procréer. On sait que les grossesses rapprochées augmentent le risque de carence martiale. Cependant, peu d'anémies ont été explorées. Seulement 11 électrophorèses de l'hémoglobine ont été faites, ce qui est très peu au regard de la forte prévalence de la drépanocytose dans les pays d'origine de beaucoup des migrants de notre population. En effet, la drépanocytose reste la principale maladie génétique en Afrique (atteignant 10 à 40% de la population selon les régions) [90]. Les autres causes d'anémie sont probablement en lien avec l'insuffisance de l'alimentation en protéines animales, la fréquence des ménorragies et la possible consommation d'argile dans certaines cultures.

Le taux de dépistage VIH est de 11,9% ce qui est faible. Tandis que le taux de positivité est lui excessivement élevé dans notre population car 17,9% des personnes dépistées ont un statut positif vis à vis du VIH. Selon une étude menée de 2003 à 2013, le taux de positivité des dépistages VIH est de 0,22% dans la population générale et de 0,39% en Ile de France. Cette étude concernait les dépistages faits dans les laboratoires de ville, les CDAG, CIDDIST [91]. Donc ce taux très élevé dans notre population, peut s'expliquer par le fait qu'il s'agissait de populations originaires de pays de forte endémie. L'autre explication est qu'il ne s'agissait pas toujours de découverte. En effet, certains migrants connaissaient leur séropositivité et consultaient afin de faire le point car ils étaient en rupture de traitement. Quelques patients avaient eu une découverte récente de leur séropositivité VIH. Prenons l'exemple d'un patient qui lors de sa migration est passé par la Libye où il a réalisé un dépistage. Il se présentait alors au SAU en disant qu'il était atteint d'un virus et voulait en confirmer le diagnostic. Le délai moyen de réalisation des dépistages est très long : 1 an, 6 mois et 11 jours étant donné qu'il s'agit d'une maladie transmissible. Le réseau actuel n'est donc pas performant pour dépister les infections VIH car le taux de dépistage est faible et le délai trop long.

Pour ce qui est de l'hépatite B, seulement 13,5% de notre population a été dépistée. Le taux de positivité est lui aussi plus élevé (4,5%) que celui retrouvé dans la population générale se faisant dépister dans

les CDAG (1% pour les hommes et 0,5% pour les femmes) [92]. Cela s'explique par le fait que seules deux personnes sont atteintes d'hépatite B sur un nombre total de patients dépistés faibles dans notre étude. En effet, la forte prévalence dans notre étude pour le VHB est aussi liée à la population d'origine africaine où la prévalence de l'antigène HBs peut dépasser les 10% en fonction des pays [5]. Il est intéressant de noter que ces deux personnes étaient co-infectées par le VIH. Le délai moyen entre l'arrivée en France et la réalisation du dépistage est très important : 2 ans, 3 mois et 11 jours. Quant au virus de l'hépatite C, 9,2% des personnes ont été dépistées avec un taux de positivité de 6,7%. Ce taux de positivité est lui aussi très supérieur à ceux obtenus dans la population générale consultant dans les CDAG (6,7% versus 0,82%) [93]. De même, deux personnes étaient atteintes du virus de l'hépatite C sur notre échantillon. Il aura fallu attendre 2 ans, 7mois et 11 jours en moyenne pour que ce dépistage soit réalisé.

Le taux de dépistage de la tuberculose par IGRA et par IDR est de 8,9%. Ce qui est très peu au vu des exigences de l'OFII. A Angers, la stratégie de dépistage repose sur la réalisation d>IDR au CLAT et d'IGRA au CHU. Cependant, la stratégie de dépistage pour le moment recommandée est la réalisation d'une IDR pour dépister les Infections Tuberculeuses Latentes (ITL). Puis, en cas de positivité ou de suspicion clinique forte de tuberculose maladie, il est recommandé de réaliser une radiographie thoracique (plus ou moins un scanner) et un examen microbiologique de certitude (crachats, tubage gastrique voir lavage broncho alvéolaire) afin d'isoler la bactérie. En France, il n'est pas mentionné dans les recommandations HAS, ni dans le PILLY, la réalisation des tests IGRA (Interféron Gamma Release Assays : QuantiFERON®) pour le dépistage des ITL dans la population migrante. La sensibilité est de 73% pour les IDR et de 84% pour les IGRA [94]. Ainsi, aux Etats-unis, les IDR sont progressivement remplacé par les IGRA dans de nombreuses indications [95;96]. Une patiente a eu une tuberculose maladie ce qui fait un taux de positivité de 3,6%. Le délai qui a permis l'identification de sa tuberculose maladie est long au vu du risque de transmission : 6 mois et 6 jours.

La bilharziose a été très peu recherchée puisque des sérologies et des examens parasitologiques des selles/urines ont été réalisés respectivement pour 3,1% et 1,6% de notre population issue de la zone d'endémie. Dans une série parisienne de 481 patients migrants, les taux de positivité de l'examen parasitologique de selles et/ou de l'examen parasitologique des urines chez les migrants est de 26,8% [97]. Il n'y avait pas la notion dans les dossiers de traitements présomptifs donnés en vue du traitement des parasitoses. De nombreuses études recommandent la réalisation des tests de dépistage dans la population migrante ayant été exposée à cette pathologie. Cette maladie est fréquente dans cette population, et génératrice de dépenses de santé importantes quand il s'agit de bilharziose compliquée. Cependant, ce dépistage reste limité en France pour le moment [98]. On remarque que pour les pathologies VIH, VHB, VHC et tuberculose la plupart des personnes infectées étaient originaires d'Afrique ce qui coïncide avec les données de la littérature.

Le service qui réalise le plus de dépistages en fonction du nombre de consultation est le SMIT avec 97,9% des migrants consultants qui ont bénéficié d'au moins un dépistage. S'en suit le service de gynécologie-obstétrique (75,4%) grâce au suivi standardisé des grossesses qui inclut systématiquement la proposition de dépistage. Alors que les consultations au SAU ne bénéficient que de 8,7% de dépistage, quel qu'il soit. Cela s'explique par le fait que de nombreux médecins, internes prennent en charge ces patients avec une connaissance inégale des bilans de dépistage à faire par un manque de sensibilisation à la thématique des migrants. Cela s'explique aussi par le fait qu'ils adressent bien souvent pour un motif précis et que dans le cadre de l'urgence et du flux de patient grandissant, il est bien souvent difficile, par manque de temps, d'aller au delà de la plainte initiale.

Au total, l'ensemble des dépistages recommandés sont peu pratiqué et très tardivement réalisé ce qui révèle un réel problème de santé publique.

^ Les vaccinations

Nous ne disposons pas de données sur la vaccination. N'étant noté dans aucun dossier, on peut supposer que cela n'est que rarement fait. Ainsi, il revient bien souvent au médecin traitant dès leur entrée dans le droit commun de mettre à jour leur vaccination. Dans un autre travail, il serait intéressant d'étudier la couverture vaccinale des migrants dans le département. Selon Médecins du Monde, les patients précaires sont pour deux tiers vaccinés correctement contre le BCG et le DTP, 63% contre le ROR et la coqueluche, et seulement 58% contre l'hépatite B [65].

^ Les hospitalisations

Le taux d'hospitalisation par personne est de 14,7% en 3 ans pour une durée moyenne de 7,23 jours. Ce chiffre est en deçà de ceux de la population générale française qui présente 18,7% d'hospitalisation par an. Cependant, la durée moyenne d'hospitalisation est supérieure dans notre étude à ceux de la population générale française (7,23 versus 5,7 jours). De nombreux travaux montre cette augmentation de la durée d'hospitalisation chez les patients en situation de précarité. Les facteurs déterminants de cet allongement sont l'isolement social et les difficultés de logement [99]. Cela reflète la fragilité et la précarité de cette population. Une autre hypothèse développée est que les personnes précaires consultent à un stade plus avancé [100].

On retrouve en premier lieu les hospitalisations en gynécologie-obstétrique qui correspondent principalement à des suivis de grossesses compliquées ou lors des accouchements.

En deuxième position se trouvent les hospitalisations en ORL. Ce résultat est biaisé par un patient qui a eu de nombreuses complications post amygdalectomie.

Le premier service de médecine accueillant des patients migrants est celui de médecine polyvalente.

Les hospitalisations en chirurgie viscérale étaient dues, soit à des douleurs abdominales intenses non expliquées, soit à d'authentiques pathologies chirurgicales (ulcère perforé, cure hernie,...).

En deuxième service de médecine, on retrouve le SMIT. Les motifs étaient principalement des suspicions ou traitement de tuberculose, des pyélonéphrites, une arthrite septique,...Aucune personne n'a été hospitalisé pour paludisme, ni pour fièvre isolée, ni pour VIH alors que ce sont des motifs qui ressortent souvent des études [101].

▲ L'obtention d'une couverture maladie

Le parcours administratif des migrants est en constante évolution : création des guichets uniques, dématérialisation des rendez vous à la préfecture, attribution des subventions à de nouvelles associations les retirant à d'autres,... La CIMADE, dans un rapport publié le 16 Mars 2016, dénonce les dérives de cette dématérialisation de la préfecture qui avait initialement pour but d'éviter les files d'attente. En réalité, selon leur étude, elle crée des difficultés de plus en plus importantes pour accéder au service public. En Maine-et-Loire, les chiffres avancés sont alarmants. Pour le renouvellement de titre de séjour, 1% obtiennent une date en moins d'un mois, 79% entre 1 et 2 mois et enfin 19% n'obtiennent pas de rendez vous du tout [102]. Les patients de notre étude ont obtenus en moyenne une couverture maladie au bout de 9 mois et 11 jours. Ce délai long est pourtant sous évalué par l'existence des soins urgents. Selon Médecins du Monde, parmi les personnes majeures ayant des droits théoriques, seules 12,3% ont des droits effectivement ouverts en 2012. Cette proportion ne cesse de diminuer [65]. Cependant, il est important d'étudier plus précisément ce chiffre. Selon un document délivré par la CPAM, une fois le dossier reçu complet ils octroient l'AME dans un délai de 15,9 jours et il faut compter 20,3 jours pour la délivrance de la carte d'AME en 2015 [103]. Sur 943 dossiers traités, 721 ont reçus un accord d'AME. De même, le délai entre l'arrivée à la PASS et l'obtention d'une couverture maladie est relativement faible grâce au travail des assistantes sociales du CHU. La perte de temps pour l'obtention d'une couverture maladie émane donc d'un problème de repérage des lieux d'aide pour l'élaboration du dossier. Les difficultés d'accès à ce service sont probablement en lien avec : la localisation géographique

éloignée des lieux fréquentés par les migrants, la méconnaissance de leurs droits, la barrière de langue au guichet,...

2. Limites et apports de l'étude

Ce travail est original au regard du peu de données de littérature existantes sur ce sujet. A notre connaissance, aucune étude étudiant le parcours médical des personnes migrantes n'a été réalisée en France avec ce type de schéma. Bien souvent, les autres études portaient d'une population reçue en aval dans un lieu précis et retraçaient leur parcours en amont. Ainsi, cela ne nous permettait pas de comparer aisément nos résultats.

2.1. Les limites de cette étude

Il s'agit d'une étude rétrospective se basant uniquement sur les données des dossiers papiers ou informatisés et non sur les patients. Cette étude est monocentrique et reflète le réseau local angevin. Elle n'est donc pas extrapolable aux autres grandes agglomérations françaises. Notre étude concerne les migrants primo-arrivants à Angers, cependant il n'est pas certain et non vérifiable qu'il s'agissait toujours de personnes primo-arrivantes tel que définis par le CEDESA. Du fait des caractéristiques de notre population, nous ne pouvions avoir de façon exhaustive tous les patients migrants s'étant présentés à Angers en 2012. En effet, un certain nombre d'entre eux ne se rendait pas à Espace Accueil. On remarque ainsi qu'aucun patient originaire d'Afrique du Nord n'a été enregistré. Cela s'explique sans doute par le fait que ces personnes arrivent souvent à Angers grâce à des connaissances ou de la famille permettant de les guider dans leurs démarches administratives. Par ailleurs, une grande partie de notre population est constituée de demandeurs d'asile car Espace Accueil avait pour mission d'accueillir principalement ce type de personne.

Notre étude souffre d'un biais de suivi. En effet, de nombreuses personnes ont pu migrer dans une autre ville ou pays. Cependant, ces deux biais étaient difficilement évitables du fait de la population cible. De plus, tous les patients migrants qui ont obtenu rapidement une couverture maladie ont pu accéder au parcours de soins classique centré sur le médecin généraliste. Ainsi, les consultations faites en médecine libérale ne sont

pas répertoriées ni les potentiels dépistages réalisés dans les laboratoires libéraux. Cependant, tous les résultats positifs ont du être adressés au CHU pour leur prise en charge, permettant ainsi de les retrouver. Il serait nécessaire dans une étude complémentaire d'évaluer le délai réel pour accéder à la médecine générale. Cela nous permettrait également de mieux connaître le réseau angevin de médecins libéraux accueillant un nombre élevé de migrants afin de cibler des formations et d'améliorer le réseau ville - hôpital. On peut également regretter l'absence de données issues du CPEF situé boulevard Saint Michel ainsi qu'au DIASM (Dispositif d'appui en santé mentale Angevin).

2.2. Les points forts de cette étude

Première étude française de ce type : partant des migrants pour tracer leur parcours de soins. Une étude montrait leur parcours de soins en partant des migrants hospitalisés dans le service de maladies infectieuses et tropicales. Leur parcours était ensuite retracé. Par ailleurs, il existe très peu de données sur les délais d'accès à une couverture maladie car la CPAM refuse habituellement toute participation à des études. Il s'agit d'un vrai reflet du maillage de soins disponibles pour les migrants. Cette étude évoque certes la richesse des propositions de soins mais surtout montre les points à améliorer. Cela met en exergue plusieurs pistes de réflexions à avoir afin d'optimiser la prise en charge des migrants primo-arrivants à Angers.

3. Exemples de réseau de prise en charge de la santé des migrants dans le grand Ouest

Anne-Claire Hoyez, géographe, ayant travaillé sur cette question du parcours de soins des migrants déclarait : *« J'ai été très surprise des différences que j'ai observées à l'échelle d'une ville, explique-t-elle. L'accès aux soins des migrants est directement lié aux conditions locales, c'est-à-dire à l'implication de la ville et des autres collectivités, à la présence ou non d'associations ou d'organismes comme Médecins du Monde... »*[104]. La mise en place de réseau, dans certaines villes pourrait se justifier par une plus grande affluence des populations de migrants dans ces villes. Mais on remarque qu'en 2012, il y a eu 157 demandes d'asile en Vienne (86), 652 en Ile et Vilaine (35), 750 en Loire-Atlantique (44) et 393 en Maine-et-Loire [64]. De plus, les demandes faites en Maine-et-Loire ont augmenté de 15% alors qu'elles ont baissé de 1% en Loire-Atlantique entre 2013 et 2014 [105].

3.1 Rennes

Le centre médical Louis Guilloux créé en 2002, dans les suites du réseau ville-hôpital, est spécifiquement dédié à l'accueil des migrants. Ce centre a vu le jour après le constat du mauvais fonctionnement de la PASS à Rennes mise en place initialement, et celui de la grande prévalence des maladies infectieuses dans ces populations par rapport à la population générale. Cela regroupe dans un même lieu, le pôle migrant, le CLAT 35, les appartements de coordination thérapeutique, le pôle coordination en santé sexuelle et le pôle interprétariat. Ils proposent également des journées de formation. Cinquante-six salariés dont 16 interprètes, 15 médecins consultants (généralistes, infectiologue, gynécologue) y travaillent. En 2014, ils ont rencontré 585 nouveaux patients, effectué 1973 consultations pour une file active de 619 patients. Près d'un tiers de leur activité est liée au dépistage puis aux soins primaires, à la vaccination, à la coordination des soins,... [106;61].

3.2. Nantes

Le centre Jean Guillon à Nantes est le lieu de consultation dédié à la précarité correspondant au système PASS. Dans ce lieu multidisciplinaire, est inclus le CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), la vaccination internationale, ainsi que le CLAT. L'ensemble fonctionne employant un médecin de santé publique à temps plein ainsi qu'un cadre infirmier et un cadre de gestion. Les patients peuvent rencontrer sans rendez vous une infirmière, des médecins généralistes, des assistantes sociales...De plus, il existe une PASS dentaire avec un chirurgien dentiste réalisant des vacations hebdomadaires.

3.3. Poitiers

Une dynamique locale des acteurs associatifs et institutionnels a permis la création du Relais Georges Charbonnier (RGC) en 2000. Il s'agit d'un centre gratuit d'accueil, de consultations et d'orientation destiné au public précaire. Ce relai est très bien repéré par tous les acteurs avec un adressage quasi-systématique. La

PASS est située dans ce centre ainsi qu'un restaurant social, le CDAG et un espace de prise en charge des toxicomanes. Il dispose pour la PASS de trois assistantes sociales, deux médecins, un infirmier, un pharmacien, et un interne en médecine Générale. Médecins du Monde, présent avant la création de cette structure et ayant oeuvré pour, s'est progressivement retiré de ce réseau. Cependant, ils ont pris soin, de façon originale, de transmettre leurs connaissances aux médecins et intervenants sociaux impliqués dans ce nouveau centre [61].

4. Perspectives et propositions pour l'avenir

Faciliter l'accès au dépistage et à la prise en charge médicale précoce permet des bénéfices en terme de santé individuelle et collective ainsi qu'une réduction des coûts de prise en charge de façon significative et globale.

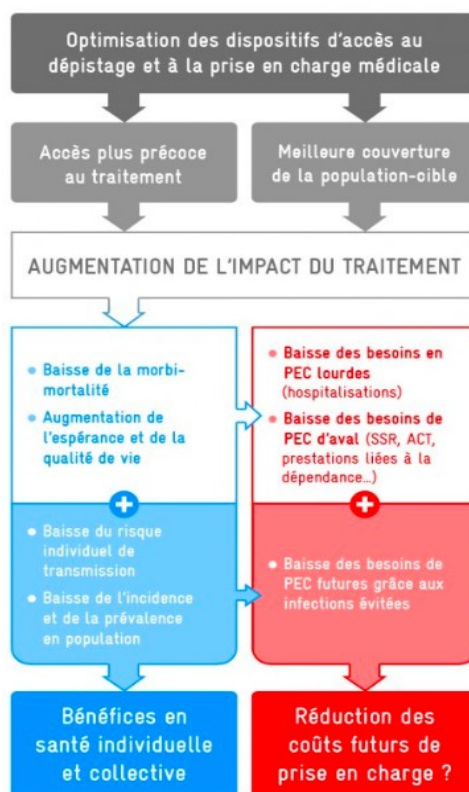


Figure 7 : Schéma tiré du Conseil National du Sida et des hépatites virales.

www.cns.sante.fr/spip.php?article502&artpage=5-6

4.1. Bilan de santé systématique minimal recommandé à Angers

Il ressort de cette étude qu'un certain nombre de personnes migrantes ont consulté et ont même eu une prise de sang sans réalisation d'examens simples de dépistage. Or, il est désormais reconnu que dépister plus tôt permet de mieux prendre en charge les patients, d'éviter souvent une errance diagnostique, et surtout, en terme de santé publique, de diminuer la propagation de maladies transmissibles et leur coût de prise en charge. Une étude française, a évalué l'impact clinique et le coût-efficacité du dépistage de routine du VIH dans la population générale et dite à risque. Cela montre qu'un dépistage fait de manière ponctuel dans la population générale et un dépistage plus fréquent dans les populations à risque, augmente la survie, les coûts mais aussi fortement les ratios coût-efficacité et est donc générateur d'économies nettes pour la collectivité. Ainsi, le dépistage dans cette population est primordial. Et, parfois la crainte de refaire un examen inutile (car possiblement déjà prescrit) ne doit pas importer puisqu'il est prouvé que la multiplication des examens de dépistage permet un gain en terme de coût-efficacité [107]. Ainsi, il serait désormais important de mettre en place dans les structures accueillant les migrants un bilan systématique proposé à tous, conformément aux recommandations du COMEDE. Cela est envisagé dans le Service d'Accueil des Urgences du CHU-PASS.

4.2. Accélérer l'obtention d'une couverture maladie en facilitant l'accès à la CPAM

Comme expliqué précédemment, les délais d'obtention sont très longs à Angers du fait d'un accès difficile aux démarches permettant la demande de couverture maladie. En Vendée, une association d'accueil des migrants primo-arrivants a réalisé une convention avec la CPAM pour la tenue d'une permanence hebdomadaire dans leurs locaux. La permanence ayant lieu le mardi cela permet un traitement immédiat des dossiers et les attestations de couverture maladie sont retournées dès le vendredi par mail, selon Rodolphe CHAUVIN, responsable du pôle. Ce délai s'est un peu rallongé puisque la domiciliation n'intervient désormais qu'après le passage au guichet unique. Il est nécessaire et urgent (du fait de l'augmentation du flux de migrants) qu'une telle convention soit envisagée à Angers. Cette permanence pourrait avoir lieu au sein de l'association CVH ou dans une structure médicale dédiée aux migrants.

4.3. Sensibiliser les professionnels de santé à la prise en charge des patients migrants primo-arrivants dans leur globalité

Cette étude a permis de repérer les points centraux du parcours médical et des pathologies plus fréquemment rencontrées dans cette population. Il n'existe pas de spécialité médicale propre à la prise en charge des migrants. Cela concerne tous les praticiens à un moment donné car soigner les plus démunis ne peut être facultatif. Dans son rapport « A l'épreuve de la précarité », le Dr Lebas, insiste sur l'importance de la sensibilisation et de la formation à la précarité [108]. Il serait donc important dès le début de notre cursus médical de recevoir un enseignement à la croisée des sciences humaines et sociales, sur les valeurs transculturelles, des bases d'ethnomédecine... Il existe désormais de plus en plus de Formations Médicales Continues (FMC) qui ont pour sujet la précarité dans son ensemble. Il conviendrait de développer cela dans notre département. Quelques Diplômes Inter Universitaires existent sur les thèmes précarité, migration, santé et société... Car finalement, mieux connaître c'est mieux prendre en charge ces patients dans leur globalité mais c'est aussi permettre d'éviter toute sorte de stigmatisation, d'a priori, et de discrimination.

Par ailleurs, la connaissance du réseau déjà en place est primordiale pour assurer une continuité des soins. Dans le travail d'A. Aubry, 64% des médecins déclaraient ne pas connaître de dispositifs d'aide aux personnes en situation de précarité et 77% d'entre eux ne connaissaient pas les PASS ni leur fonctionnement [109]. Selon Dr Lebas, faire connaître, de façon systématique, auprès des publics concernés (patients et professionnels), les initiatives qui les concernent permettrait d'améliorer l'accès aux services de santé [108].

4.4. La nécessité de créer des PASS bucco-dentaire et psychiatrique

Dans notre étude, la Croix Rouge Dentaire est le troisième lieu de recours avec 12,8% des patients qui s'y sont rendus. La Croix Rouge Dentaire accueille de nombreux patients migrants. Cette activité est mise à mal par le fait que les bénévoles retraités ne trouvent pas de successeurs. Il devient donc urgent de créer à Angers une PASS dentaire. De plus, Médecins du Monde relève que 14,6% de leur patients précaires déclarent un retard de recours aux soins bucco-dentaires et 5,1% un renoncement aux soins dentaires [65]. Il existe désormais en France 17 PASS dentaires et leur fréquentation ne cessent d'augmenter [77].

Par ailleurs, il existe 41 PASS psychiatriques en France. Lors d'une réunion pour la santé des migrants organisée par le Conseil Général, Mme Dominique PRIGENT, à la direction du Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME), déplore l'absence de ce système rendant difficile la prise en charge médicale et la délivrance des médicaments dans cette population. L'équipe du DIASM effectue un travail très intéressant car elle permet un premier contact avec les migrants en souffrance psychologique, permet de faire du lien et de travailler au relai vers les structures adaptées (CHU, CESAME, Centre Médico-Psychologique,...). Ce qu'apporterai la création d'une PASS psychiatrique serai de favoriser l'accès aux droits sociaux, aux soins psychiatriques et de permettre la délivrance gratuite de médicament.

4.5. Rapprochement des différents acteurs

Notre étude met clairement en évidence un manque de lien entre les différentes structures s'impliquant dans la prise en charge des migrants. Au vu de ce constat, il me semble nécessaire que ses différents acteurs puissent interagir plus facilement entre eux. C'est ce constat qui a amené d'autres agglomérations, comme nous l'avons vu précédemment, à mettre en place une structure géographique commune. Créer un lieu permettant une prise en charge globale et adaptée aux personnes migrantes semble être primordial en terme de santé publique. Il s'agirait de réunir dans un même lieu des actions de consultations médicales permettant les dépistages du VIH, hépatites et autres IST ou de la tuberculose, d'entretien social, de vaccination, ainsi qu'une éventuelle vacation de la CPAM. La localisation de la PASS aux urgences permet une bonne accessibilité et le repérage de ces patients. L'adressage systématique de la PASS vers cette structure pourrait être envisagé si aucun bilan n'est nécessaire lors du passage aux urgences en dehors du dépistage, facilitant ainsi les échanges. Une PASS bucco-dentaire pourrait être associée à ce projet. Cela permettrait ainsi de favoriser l'accès aux soins de ces personnes en situation de précarité et de permettre la création d'un réseau ville-hôpital performant facilitant leurs entrées futures dans le droit commun. Cette ambition émane de ce travail de recherche et de la volonté de nombreux acteurs locaux bien conscients des failles de notre réseau actuel.

CONCLUSION

L'agglomération angevine accueille de nombreux migrants chaque année. Bien que des moyens soient alloués à la prise en charge médicale de ces patients, le réseau souffre de nombreux dysfonctionnements : la méconnaissance au sein même du réseau, le manque de dépistage, l'errance diagnostique, l'éloignement géographique, et de façon globale un problème de coordination entre les acteurs locaux. Le CHU tient une place centrale dans la prise en charge des patients migrants car il est bien identifié, offre des soins gratuits grâce à la PASS et permet une prise en charge sociale. Par ailleurs, notre étude révèle le grand nombre de consultations en gynécologie-obstétrique et la précarité dans laquelle vivent ces femmes ce qui rend l'action de la PASS périnatalité d'autant plus importante dans cette population. De nombreuses consultations concernaient un motif infectiologique. Le SMIT est le troisième lieu de consultations pour cette population. Ils y bénéficient d'un examen et d'un dépistage plus complet que dans les autres centres de premier recours. L'ONG Médecins du Monde à Angers et la Croix Rouge Dentaire sont des centres très fréquentés. Cela révèle les carences du secteur public pour la prise en charge de ces patients. On est frappé par la proportion de consultations avec des plaintes somatiques diffuses sans diagnostic clairement établi en partie reflet de pathologies psychosomatiques importantes dans cette population mais aussi probablement du manque de travail en réseau. Bien que probablement surévaluée dans notre étude, la prévalence des maladies infectieuses comme le VIH, VHB, VHC et la tuberculose est élevée dans cette population. Malgré un grand nombre de passage à la PASS – SAU et de façon générale au CHU, très peu de dépistages sont réalisés. Le faible taux de dépistage retrouvé et le délai de réalisation montre un réel problème en terme de santé publique dans la ville d'Angers. Ainsi, un dépistage systématique est envisagé pour tout premier bilan sanguin réalisé au SAU pour un migrant. Une coordination de la prise en charge des migrants est actuellement discutée par le CHU et l'ARS. Cela permettrait une action plus ciblée et mieux coordonnée.

BIBLIOGRAPHIE

1. GABORET C., MARI C., MATHIEU C. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport Médecins du Monde 2014. Octobre 2015.
2. GERBES A. Parcours de soins en santé mentale des patients migrants primo-arrivants à Rennes du centre médical Louis guilloux à la prise en charge psychiatrique. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rennes, 2014.
3. SCOTTO J.C., et al. Santé mentale et migration : aspects actuels. *L'Information Psychiatrique*. 1990,66;10:1000-1004.
4. MUIZNIEKS N. Rapport du commissaire aux droits de l'homme du conseil de l'Europe suite à sa visite en France du 22 au 26 septembre 2014. Conseils de l'Europe: 18 Décembre 2014.
5. COMEDE. Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. France : 2015
6. RIGAL L. et al. Facteurs liés à l'absence de proposition de dépistage du VIH-SIDA et des hépatites B et C aux immigrés en situation de précarité. *Revue épidémiologique et de santé publique* 59, 2011, 213-221
7. UNESCO glossary. Glossaire des termes relatifs à la migration [en ligne] URL: www.unesco.org/shs/migration/glossary
8. MECHALI D., BOUCHAUD O. Faut-il une prise en charge spécifique des migrants infectés par le VIH en France ? Should there be a specific management for HIV infected-immigrants in France? *Médecine et Maladies Infectieuses*. August 2008; 38 438-442.
9. Direction de l'information légale et administrative. Statut de réfugiés, protection subsidiaire ou temporaire : quelle différence? [en ligne] 01 Novembre 2015 URL : www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F229
10. Article de la loi. L311-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).
11. ARS. Lexique parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des usagers. Septembre 2012.
12. European Agency for the Management of Operational Cooperation at the external Borders of the Member States of the European Union. Annual Risk Analysis. FRONTEX April 2015; 4613/2015
13. Ministère de l'intérieur Français. Les demandeurs d'Asile. Direction Générale des étrangers en France. 15 Janvier 2016.
14. BRUTEL C. Les immigrés récemment arrivés en France. Une immigration de plus en plus européenne. INSEE Novembre 2014; N°1524
15. BESNARD S., MANCEAU C. Situation récente des immigrés dans notre région. INSEE flash d'information des Pays de la Loire Février 2015; N°22
16. Préfecture de Maine-et-Loire. Rapport d'activité 2014. [en ligne] page 37 URL: www.maine-et-loire.gouv.fr/IMG/pdf/RA_2014-2.pdf
17. KUEHNE A. et al. Subjective health of undocumented migrants in Germany- a mixed methods approach. *BMC Public health*. 2015;15 :926
18. LE PORS A. Introduction, le droit d'asile. Paris. Presses universitaires de France. Que sais-je ? 2010 ;128 pages
19. Assemblée Générale des Nations Unies, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. 12 Décembre 1948; article 14.
20. Organisation des Nations Unies, Convention de Genève. Convention relative au statut des réfugiés. Article 43 en application de la résolution 429 (V) de l'Assemblée Générale en date du 14 Décembre 1950, Entrée en vigueur le 22 Avril 1954.
21. Nations Unies, Convention relative aux statuts des apatrides, New York, 28 Septembre 1954; N°5158.
22. Commission Européenne. Conseil établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans l'un des États membres par un ressortissant d'un pays tiers. *Journal Officiel de l'Union Européenne, Règlement d'exécution* 30 Janvier 2014; N°118/2014
23. OFPRA. Présentation générale [en ligne], consulté le 02/12/15, URL : www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/presentation-generale

24. Sénat. Projet de loi relatif à la réforme de l'asile, N° 193 (2014-2015). Rapport législatif première lecture de la réforme de l'asile. Mai 2015
25. RAYNAUD D. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Études et résultats* N° 229, mars 2003
26. Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis. 5 Juillet 2011.
27. Collège National des Généralistes Enseignants CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Juin 2009 [en ligne] URL: www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compences_MG.pdf
28. MATHIEU A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale. Thèse de médecine générale. Septembre 2011; Université de Lille
29. EUROGROUP consulting. Fonds asile, migration et intégration. L'interprétariat dans le domaine de l'accueil des demandeurs d'asile et de l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale. 2014 Ministère de l'intérieur [en ligne]
30. Informations tirées d'un entretien téléphonique avec la responsable d'APTIRA le 18/11/2015.
31. DESPRES C. La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés. *Sci Soc Sante*. 2005 Déc;23(4).
32. CAMBOIS E., JUSOT F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives, *BEH* n°2-3 Numéro thématique – Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. 23 Janvier 2007.
33. Ministère de la santé. Conférence Nationale de santé, Droits accueil des usagers. Résoudre le refus de soins. Rapport de juillet 2010 [en ligne]. URL: www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rap_refus_de_soins_cns_221010.pdf
34. FEDERICI L. La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus. Thèse de médecine générale. Octobre 2013 ; Université Pierre et Marie Curie (Paris VI)
35. DREES (Direction de la Recherche des Etudes, des Evaluations et des Statistiques). La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et recherches*. Avril 2006; N°481
36. Collectif Manouchian. Dictionnaire des dominations. Collection "utopie critique". Avril 2012
37. BERCHET C. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France. *BEH* Numéro thématique – Santé et recours aux soins des migrants. Janvier 2012 ; N°2-3-4
38. FAZEL M., WHEELER J., DANES J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet journal*, April 9-15;365(9467):1309-14
39. COHIDON C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête « santé mentale en population générale : images et réalités. Département santé et travail. InVS. Aout 2007
40. THELOT B., RICARD C., NECTOUX M. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Saint Maurice : InVS, 2006 ; p.12
41. InVS. Dossier thématique : migrants et VIH. Mars 2013 [en ligne] URL : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Populations/Migrants-et-VIH
42. OMS. Impact de la vaccination contre l'hépatite B : meilleures pratiques pour mener une enquête sérologique. Programme élargi de vaccination. Avril 2014 WHO/IVB/11.08F
43. InVS. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. publié sur le site InVS [en ligne] URL : www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf
44. DRAY-SPIRA et al. Characteristics of people from Sub-Saharan African followed up for chronic hepatitis B in the greater Paris areas in 2012-2013. *BEH*. Juin 2015 ; N°19-20
45. RAHIB D. Dépistage de l'hépatite B : caractéristiques des personnes dépistées antigène HBs positif en France en 2008 Characteristics of hepatitis B antigen positive people screened in 2008 in France. *BEH* Web. Mai 2011; N°1
46. JABOYEDOFF M., et al. Hépatite B et migrants : doit-on faire mieux? *RevMed Suisse* 2014; 617-621
47. DHUMEAUX D. Prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou C. Rapport de recommandations 2014. ANRS et AFEF.

48. ANTOUN F. Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France. Direction Générale de la Santé, groupe de travail Tuberculose migrants. Juin 2005
49. CHE D., ANTOINE D. Immigrants et tuberculose: données épidémiologiques récentes. *Med Mal Infect.* 2009; 39: 187-90
50. CHE D., LEFEBVRE N., ANTOUN F., FRAISSE P., DEPINOY M., ANTOINE D., et al. Tuberculose en France: nouveaux enjeux pour le praticien en 2008. *Rev Med Interne.* 2009; 30: 142-9
51. Centre National de Référence Paludisme. Rapport d'activité annuel. Année d'exercice 2014. [en ligne] page 2.
52. Collège des universitaires de Maladie Infectieuses et Tropicales. E-PILLY Trop. Edition 2012. p.792
53. EDWARD N. The healthy immigrant effect and mortality rates. Component of Statistics Canada Catalogue. Novembre 2011, Health Reports; N°82-003-X
54. FOSSE S., FAGOT-CAMPANGA A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquête santé et protection sociale 2002 et 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 78 p.
55. MORRIS J. BROWN. Hypertension and ethnic group. *BMJ.* Avril 2006;332(7545):833-836
56. OIM (Office International pour les Migrations). La vulnérabilité des femmes migrantes aggravée par le manque d'accès aux services de santé maternelle et infantile. Mars 2009, [en ligne] URL : www.iom.int/fr/statements/la-vulnerabilite-des-femmes-migrantes-aggravee-par-le-manque-dacces-aux-services-de-sante
57. SAUREL-CUBIZOLLES M.-J. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *BEH.* Janvier 2012; p.3° N°2-3-4
58. WILEY-LISS. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int.J.Cancer.* 1999;80,827-841
59. BOUCHAUD O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. *La Santé de l'Homme.* Décembre 2012; N°392 (25-27)
60. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). General Refugee Health Guidelines.[en ligne] URL: www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/general-guidelines.html
61. HOYEZ A.-C. L'accès aux soins des migrants en France et la "culture de l'initiative locale". Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeo: European journal of Geography*, [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 566. URL : <http://cybergeo.revues.org/24796> ; DOI : 10.4000/cybergeo.24796
62. JONQUET V. Evaluation de l'outil informatique « click PASS » de repérage des patients en situation de précarité au SAU du CHU d'Angers. Thèse de doctorat en médecine. 2013; Angers : Université d'Angers.
63. Eurostat statistics explained. Statistiques sur la migration et la population migrante. Septembre 2016. [En ligne] URL: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page/fr
64. OFPRA. Rapport d'activité 2012.
65. DOUAY C. TOMASINO A. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport Médecins du Monde 2012, Octobre 2013
66. COIRIER E. Le recours aux soins des nouveaux migrants. Département des statistiques, des études et de la documentation. *Journal infos migrations.* Juin 2015; Numéro 76
67. Sécurité sociale. Programme Maladie. Nombre annuel de consultations de médecins par habitant 1990-2008 à partir des chiffres de l'OCDE. Juin 2010.
68. CROGUENNEC Y. L'état de santé de la population immigrée âgée. Département des statistiques des études et de la documentation. *Infos migrations.* Février 2012; numéro 35.
69. UNICEF. Statistiques Erythrée. [En ligne], URL : www.unicef.org/french/infobycountry/eritrea_statistics.html
70. UNICEF. Statistiques Somalie. [En ligne], URL : www.unicef.org/french/infobycountry/somalia_statistics.html
71. GOGUIKIAN RATCLIFF B. et al. Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones, Juillet 2014, rapport final. Université de Genève psychologie
72. CLAVEZ M. et al. Etude RETARD : Accès tardif aux soins, précarité et vulnérabilité des femmes séropositives. HAL Id: halshs-00484182; Mai 2010.
73. EHESP. L'accès aux soins des femmes enceintes migrantes dans l'agglomération rennaise. Module interprofessionnel de santé publique. 2014.

74. MESTRE C., Grossesse et naissance en migration. La solitude des femmes, Champs, psychopathologies et clinique sociale, vol. 2, printemps 2006
75. Collège des enseignants de gynécologie-obstétrique. Edition 2014. [En ligne], URL : www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf
76. DE IACO A.-C. PRAZ G. Fièvre qui dure : que faire ? Rev Med Suisse 2008;N°174, 2139-2144
77. Rapport des sept ateliers lors de la conférence pour la lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, atelier «santé et accès aux soins». Novembre 2012. [En ligne], URL: social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf
78. MARQUANT J. Les consultations pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale : étude descriptive des éléments de consultation associés au motif "renouvellement d'ordonnance", à partir des données de l'étude ECOGEN. Thèse de médecine générale. Avril 2014. Université de Lille.
79. DENIZEAU L. The experience of pain as symbolic activity? *Anthropologie & Santé*. 7|2013
80. GRANDSARD C. Approche ethnopsychiatrique de la douleur. Metzger C. et coll., Soins infirmiers et douleur. Paris, Masson, 2000, pp. 115-119
81. RITSNER M, et al. Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior. *Am J Psychiatry* 2000;157(3):385-92.
82. WESTERMEYER J. Somatization Among Refugees: An Epidemiologic Study. *Psychosomatics*, Volume 30, Issue 1, May 1989, Pages 34-43
83. KEYGNAERTA I. Et al. Violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Culture, Health & Sexuality* 2012; 14: 505-20.
84. VAN DER WEIJDEN T. et al. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making*. Juin 2003;23(3):226-231.
85. Société française de Médecine Générale SFMG. La démarche médicale en médecine générale, Une réflexion théorique pour des applications pratiques. [En ligne], URL: www.sfm.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf
86. VIONNET-FUASSET. Fréquence et nature de la poly-médication chez la personne âgée en Médecine Générale. Société Française de Médecine Générale DRMG 61 – p.3
87. WLUCZKA M. La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH EN 2006. Etude pour l'Agence Nationale d'accueil des étrangers et des migrations. 2006.
88. ANDERSSON M. et al. The current global iodine status and progress over the last decade towards the elimination of iodine deficiency. *Bulletin of the World Health Organisation*, July 2005, 83 (7).
89. GRILLO F. et al. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2012. Janvier 2012;BEH 2-3-4
90. Rapport du Directeur Régional. La drépanocytose dans la région africaine : situation actuelle et perspectives. OMS Bureau de l'Afrique. 2006. [En ligne], URL: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/5600>
91. CAZEIN F. et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. *Bull Epidémiol Hebd*. 2014;(32-33):534-40.
92. RAHIB D. et al. Characteristics of hepatitis B antigen positive people screened in 2008 in France. Mai 2011; BEHWeb n°1
93. InVS. Surveillance des hépatites B et C en Ile-de-France. Le point épidémiologique. 2010-2012.
94. ROLAND D. Evidence-Based Comparison of Commercial Interferon-gamma Release Assays for Detecting Active Tuberculosis. A metatanalysis. *CHEST*. 2010 Apr;137(4):952-68
95. Haut Conseil de la Santé Publique. Tuberculose et tests de détection de l'interféron gamma. Rapport du groupe de travail 1er juillet 2011. [En ligne], URL: http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2011_tuberculose_rapport_HCSP.pdf
96. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et Collège Universitaires des enseignants de maladies infectieuses et tropicales. PILLY 2016 25ème édition.
97. DOMINGO A. RIGAL L. Défaut de proposition de dépistages parasitologiques à des migrants en situation de précarité en France : facteurs épidémiologiques et conséquences. *Cahiers d'étude et de recherche francophone «CahiersSanté»* vol. 20, n° 4, octobre-novembre-décembre 2010, pages 201 à 208.

98. WIECZOREK A. La bilharziose : épidémiologie, pathologie et stratégies de dépistage. Les schistosomoses d'importation en France métropolitaine illustrées par des cas cliniques du C.H.U. de Nancy. Thèse de médecine générale, Janvier 2012. Université de Nancy.
99. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Chiffres clés 2013 : données issues du PMSI 2013. [En ligne], URL: www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_methodo_chiffres_cles_2013.pdf
100. LORTHOLARY O., Pathologies infectieuses et précarité en France, Editions Laennec, 2007/4 (Tome 55)
101. TISSOT A. Spectre étiologique et parcours de soins des migrants hospitalisés dans un service de maladies infectieuses et tropicales d'Ile de France. Thèse de doctorat en médecine. 2011; Créteil : Université de Créteil.
102. CIMADE. A guichets fermés de la CIMADE. Rapport du 16 Mars 2016. [en ligne], URL : www.lacimade.org/IMG/pdf/sante_couv.pdf
103. Responsable de la CPAM 49. Données statistiques délivrées par la CPAM du Maine-et-Loire concernant les délais de traitement des demandes d'AME de janvier à décembre 2015.
104. Interview de Mme Hoyez. Etre migrant et se soigner. Espace Sciences, Mai 2013, Numéro 309, [en ligne] URL : www.espace-sciences.org/sciences-ouest/309/dossier/etre-migrant-et-se-soigner
105. OFPRA. Rapport d'activité 2014.
106. Réseau Médical Louis Guilloux. Rapport d'activité 2014.
107. Yazdanpanah Y et al. Routine HIV screening in France: Clinical impact and Cost-Effectiveness. Plos One, 2010, 5,10.
108. Lebas J. A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998.31p.
109. AUBRY A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Interêt d'un réseau médecine de ville-PASS. Thèse de médecine générale. Mars 2011. Université Paris Descartes (Paris V).

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Bilan activité du CLAT.....	36
Tableau 2 : Récapitulatif des données extraites des dossiers papiers ou informatisés.....	42
Tableau 3 : Caractéristiques démographiques.....	46
Tableau 4 : Caractéristiques sociales.....	47
Tableau 5 : Proportion de consultations dans les lieux de premier recours.....	49
Tableau 6 : Répartition des consultations au sein du CHU.....	49
Tableau 7 : Nombre de consultation par personne en 3 ans.....	50
Tableau 8 : Motifs de recours.....	53
Tableau 9 : Motifs de consultations dans le service de maladies infectieuses et tropicales.....	54
Tableau 10 : Diagnostics selon les consultations.....	54
Tableau 11 : Principaux diagnostics par spécialité d'organe.....	55
Tableau 12 : Proportion des bilans biologiques.....	56
Tableau 13 : Prévalence absolue des bilans biologiques.....	56
Tableau 14 : Caractéristiques retrouvées dans la population des femmes enceintes migrantes.....	57
Tableau 15 : Réalisation des dépistages en fonction de l'obtention d'une couverture maladie.....	61
Tableau 16 : Lieu et réalisation de dépistage en fonction du nombre de consultation par lieu.....	61
Tableau 17 : Réalisation ou non de dépistages combinés.....	62
Tableau 18 : Dépistages, taux de dépistage et taux de positivité.....	63
Tableau 19 : Délai entre arrivée en France et le diagnostic de ses pathologies.....	63
Tableau 20 : Répartitions géographiques des patients atteints de maladies infectieuses.....	64
Tableau 21 : Principaux lieux d'hospitalisation.....	66
Tableau 22 : Les motifs d'hospitalisation.....	66
Tableau 23 : Prescription de médicament(s).....	67
Tableau 24 : Ouverture de droits à la CPAM.....	68
Tableau 25 : Délai d'obtention couverture maladie.....	68

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Extrait du rapport d'activité de l'OFPPRA 2012.....	16
Figure 2: De l'enregistrement à Espace Accueil à la population étudiée.....	44
Figure 3: Diagramme des consultants et non consultants.....	48
Figure 4: Représentation schématique des lieux de la première consultation.....	50
Figure 5: Fonctionnement en réseau.....	51
Figure 6: Répartition du devenir des grossesses.....	57
Figure 7: Schéma tiré du Conseil National du SIDA et des hépatites virales.....	83

ANNEXES

Annexe 1 : Loi Dublin (extrait du site europa)

Le règlement pose pour principe qu'un seul État membre est responsable de l'examen d'une demande d'asile.

Des critères objectifs et hiérarchisés sont donc définis afin de permettre de déterminer, pour chaque demande d'asile, l'État membre responsable.

► Principe de l'unité des familles

Si le demandeur d'asile est un mineur non accompagné, l'État membre responsable de l'examen de la demande est celui dans lequel un membre de sa famille se trouve légalement, pour autant que ce soit dans l'intérêt du mineur. En l'absence d'un membre de la famille, l'État membre responsable de l'examen de la demande est celui dans lequel le mineur a introduit sa demande d'asile.

Pour les majeurs, si un membre de la famille du demandeur possède déjà la qualité de réfugié dans un État membre, ou si la demande de cette personne est en cours, cet État membre est responsable de l'examen de la demande d'asile, à condition que les intéressés le souhaitent.

En outre, les demandes d'asile introduites simultanément ou à des dates rapprochées par plusieurs membres d'une famille peuvent être examinées conjointement.

► Délivrance de permis ou de visas

L'État membre qui a délivré au demandeur un titre de séjour ou un visa en cours de validité est responsable de l'examen de la demande d'asile. Si le demandeur est titulaire de plusieurs permis ou visas, l'État membre responsable de la demande d'asile est celui qui a délivré le document dont l'échéance est la plus lointaine.

► Entrée illégale ou séjour dans un État membre

Si le demandeur a franchi irrégulièrement les frontières d'un État membre, ce dernier est responsable de l'examen de la demande d'asile. Cette responsabilité prend fin douze mois après la date du franchissement irrégulier de la frontière.

Lorsque le demandeur d'asile a vécu dans un État membre pour une période continue d'au moins cinq mois avant d'introduire sa demande d'asile, cet État membre devient responsable de l'examen de la demande. Lorsque le demandeur a vécu pour une période d'au moins cinq mois dans plusieurs États membres, l'État membre où il a vécu le plus récemment est responsable de l'examen de la demande.

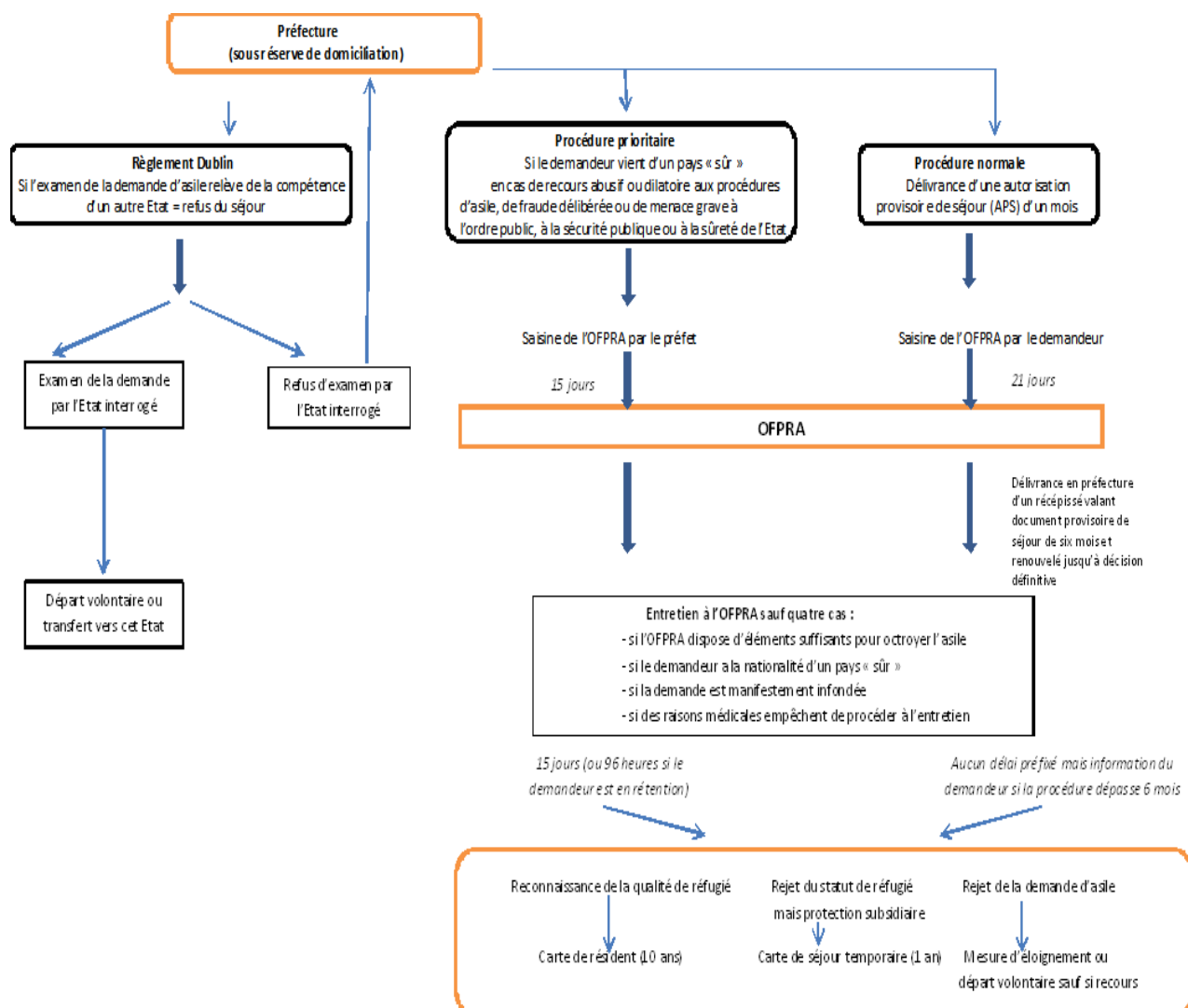
► **Entrée légale dans un État membre**

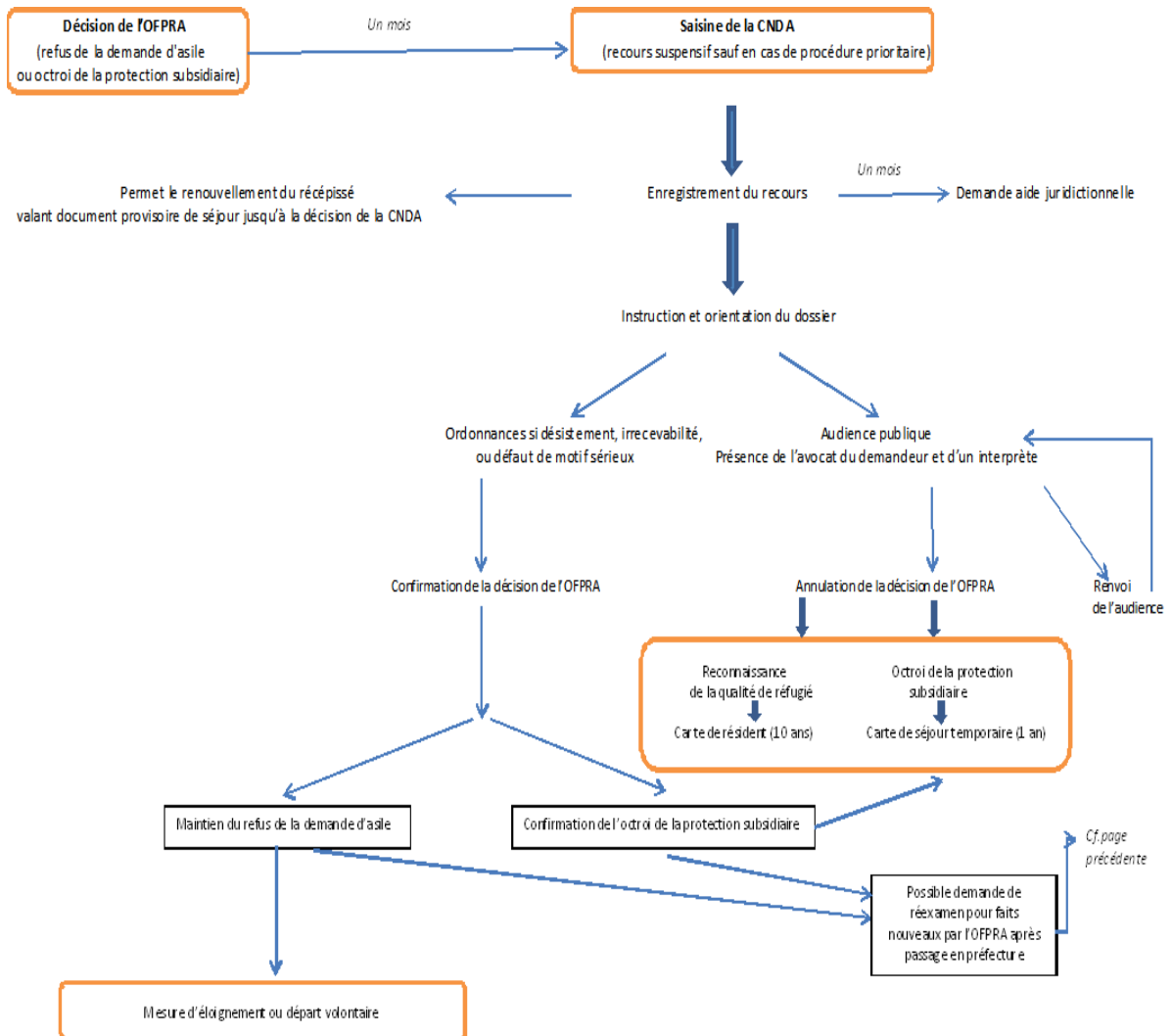
Lorsqu'un ressortissant d'un pays tiers introduit une demande d'asile dans un État membre où il n'était pas soumis à l'obligation de visa, l'État membre où la demande a été présentée est responsable.

► **Exceptions**

Si aucun État membre ne peut être désigné sur la base des critères énoncés, le premier État membre auquel la demande d'asile a été adressée est responsable de son examen.

Annexe 2 : Schéma parcours demande d'asile extrait du rapport législatif du 05/05/2015 en première lecture en vue de la réforme de l'asile [33]





Annexe 3 : Les droits sociaux des migrants primo-arrivants [3] [4].

	Accès aux soins	Hébergement	Aide financière	Droit au travail	Accès à éducation
Demands d'asile en procédure normale	PUMa +/- CMUc ou ACS (si > 3mois)	CADA ou si pas de place HUDA, hébergement d'urgence ou « hotel-asile »	AMS si logement en CADA. ATA si pas de place en CADA : hébergement d'urgence ou « hotel-asile » (si refus de la place en CADA pas droit à ATA) CAP possible en attendant le versement de ses prestations.	Possible si le délai d'examen de la demande par l'OFPRA dépasse 1 an ou si un recours auprès de la CNDA est en cours. MAIS il faut l'accord de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi puis modification auprès de la préfecture du récépissé avec la mention « ce récépissé autorise à travailler ».	Obligatoire
Demands d'asile en procédure accélérée	AME	Pas accès au CADA Hébergement d'urgence ou 115	ATA jusqu'à l'avis de l'OFPRA CAP possible en attendant le versement de cette prestation	NON	Obligatoire
Demands d'asile en procédure Dublin	AME	Pas accès au CADA Hébergement d'urgence ou 115	ATA jusqu'au transfert dans le pays responsable de l'asile CAP possible en attendant le versement de cette prestation	NON	Obligatoire
Migrants non demands d'asile (<3mois de résidence en France)	Aucun sauf si relève de « soins urgents »	115	aucune	NON	Obligatoire
Migrants non demands d'asile (>3mois de résidence en France)	AME possible	115	aucune	NON	Obligatoire

Dans l'attente d'obtention de protection maladie, le seul recours institutionnel est la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé).

Annexe 4 : Récapitulatif des droits aux prestations sociales des migrants. Source ameli.fr

▲ PUMA

Le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie est entrée en application. Cette réforme garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie, de réduire au strict nécessaire les démarches administratives et de garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé. La réforme permet aussi de rester dans son régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture dans leurs droits sont ainsi évitées.

▲ CMUc

La CMUc est une protection complémentaire (comparable à une mutuelle) accordée sous condition de ressources (cf tableau ci dessous). Par exemple pour une personne ayant des revenus inférieur à 720 euros par mois. Elle permet au bénéficiaire de ne pas avancer les frais (prise en charge de la part obligatoire et part complémentaire), permet une prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier. Cette complémentaire propose des compléments tarifaires en matière de prothèses dentaires, auditives, d'optique ou de soins d'orthopédie dento-faciale.

▲ ACS (Assurance Complémentaire Santé) :

Il s'agit d'un dispositif d'aide à l'acquisition d'une protection complémentaire qui ont des revenus mensuels compris entre 720 euros et 973 euros (720 euros étant le plafond pour bénéficier de la CMUc). Cela permet non seulement de choisir parmi une dizaine de mutuelles à petits pris mais aussi de ne pas avoir à avancer la part mutuelle et ce pendant une période de 18mois.

▲ AME

L'AME est une protection maladie obligatoire et complémentaire, accordée sur critères de ressources (cf tableau ci dessous), aux personnes de nationalité étrangère dont le séjour en France, d'une durée continue

d'au moins 3 mois, ne répond pas aux critères de régularité. Cette protection donne droit à une dispense d'avance de frais et à une prise en charge à 100%.

Elle ne confère pas aux personnes qui en bénéficient la qualité d'assuré social, et en conséquence elles ne disposent pas de carte Vitale.

Composition famille	Plafond CMUc / AME mensuel	Plafond ACS mensuel
1 personne	720 euros	973 euros
2 personnes	1081 euros	1459 euros
3 personnes	1291 euros	1751 euros
4 personnes	1513 euros	2042 euros
5 personnes	1801 euros	2431 euros

- Soins urgents (circulaire du 16 mars 2005 [44]

Les soins peuvent être pris en charge entièrement s'il s'agit :

- de soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité.
- de soins délivrés aux mineurs ne bénéficiant pas de l'AME
- de soins pendant ou après une grossesse pour la femme enceinte et le nouveau né
- des interruptions de grossesse pour motifs médical ainsi que les interruption volontaire de grossesse.

La prise en charge est alors intégrale. Elle peut concerner les étrangers en situation irrégulière pendant les trois premiers mois de résidence ou ceux ne bénéficiant pas de l'AME (demande non effectuée, demande en instance, ressources supérieures au plafond, défaut de justification d'une présence supérieure à 3 mois). Les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour ne sont pas visés.

Dans l'attente d'obtention de protection maladie, le seul recours institutionnel est la PASS (Permanence d'accès aux soins de santé).

Annexe 5 : Outil informatique de repérage « click PASS » [12]

Capture écran repérage « click PASS »

Repérage PASS

Date et heure : 03/11/2011 11:51 *l'assistante sociale peut être contactée au numéro suivant : 45467*

	PRECARITE	Indicateurs	Auteur du repérage
ELEMENTS REPERES	<input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> médical <input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> maltraitance	Auteur du repérage : <input type="text"/> Si partenaire extérieur : <input type="text"/> Valider le repérage
	<input type="checkbox"/> Difficultés financières <input type="checkbox"/> sans revenu <input type="checkbox"/> RMI <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> mauvaise hygiène	
	<input type="checkbox"/> Problème de logement <input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> foyer temporaire <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> illettrisme <input type="checkbox"/> non francophone	
	<input type="checkbox"/> Problème de couverture sociale <input type="checkbox"/> pas de couverture sociale <input type="checkbox"/> pas de mutuelle <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> chômage	
		<input type="checkbox"/> alcoolisme <input type="checkbox"/> autre addiction	
		<input type="checkbox"/> trouble psychiatrique	
		<input type="checkbox"/> sous tutelle <input type="checkbox"/> sous curatelle	
		<input type="checkbox"/> bénéficiaire de la CMU	
		<input type="checkbox"/> multiple recours à l'urgence	
		Demier passage : <input type="text"/>	
	Nombre de passages : <input type="text"/>		

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE 2014

→
 + file RSS rétrogr

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.	déc.	TOTAL
nombre de passages dans la PASS													
nombre de consultations sociales													
SEXE													
	féminin												
	masculin												
AGE													
	moins de 16 ans												
	16-25 ans												
	26-30 ans												
	31-45 ans												
	46-60 ans												
	plus de 60 ans												
NATIONALITE													
	française												
	autre européenne												
	africaine												
	asiatique												
	autre												
	sans titre de séjour												
MOTIFS D'ENTREE DANS LA PASS													
COUVERTURE SOCIALE													
	sans couverture sociale												
	régime de base												
	CMU de base												
	AME												
	régime complémentaire												
	CMUC												
	absence de mutuelle												
ISOLEMENT SOCIAL													
ISOLEMENT MEDICAL													
PROBLEMES FINANCIERS													
	personnes sans ressources												
	bénéficiaires du RSA												
	bénéficiaires autres minimaux sociaux												
PROBLEMES DE LOGEMENT													
	sans domicile fixe												


	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept.	oct.	nov.	déc.	TOTAL
PROBLEMES RENCONTRES													
ASSOCIES													
	maltraitance												
	alcoolisme/toxicomanie												
	emploi												
	troubles psychiatriques												
	illettrisme												
	barrière de la langue												
ENTREE													
ADRESSE PAR PARTENAIRE													
	samu social												
	médecins du monde												
	SAAS												
	Point Accueil Santé Solidarité												
	Espace accueil demandeurs asile												
	circonscriptions												
	médecin traitant												
ADRESSE PAR													
	SAMU - POMPIERS												
	police												
VENU DE LUI-MEME													
ACTIONS													
	demande de CMU												
	demande de CMUC												
	demande d'AME												
	demande de soins urgents												
	délivrance de médicaments gratuits												
	recouvrement des droits												
	domiciliation												
	aide au retour												
SORTIES													
	CHU												
	CESAME												
	Soins de suite												
	Retour à domicile												
	hébergement dans l'entourage												
	CHRS												
	rue												
	décès												

date d'arrivée à France dispo sur LOGON
 { dopis/strago

Annexe 6 : Dossier médical et social de Médecins du Monde

Dossier médical - Mission France - Observatoire 2014. Version définitive du 25/11/13

Mission France Observatoire



DOSSIER MEDICAL 2014

Saisie ?

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la mission : Médecins du Monde - DMF - 62 rue Maroulet - 75013 Paris

Nom du médecin/ infirmier(e)/sage-femme : _____

A. Numéro de dossier : _____

B. Date de consultation : __ / __ / __ (jj/mm/aaaa)

Nom : _____

Prénom : _____

**Se référer au dossier social pour connaître
les éléments sociaux indispensables au suivi médical du patient**

Transmission de l'accueil (données non saisies)
(Perception de souffrance psychique, conditions de logement néfastes à la santé, risque de saturnisme, état des droits à la couverture maladie, droits potentiels, etc.) :

C. Sexe : M F T

D. Date de Naissance : __ / __ / __ (jj/mm/aaaa)

Nationalité et langues parlées : _____

E. Nécessité d'un interprète : Oui Non (francophone)

F. Si oui, intervention d'un interprète :

Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe Oui, par téléphone (ISM interprétariat, etc.)

Oui, sur place par une personne accompagnante Non

ETAT DES VACCINATIONS

(Oui à priori = la personne ne peut pas présenter de carnet de vaccination mais vous avez de bonnes raisons de penser que le vaccin est à jour)

a. ROR	<input type="checkbox"/> Oui (à jour)	<input type="checkbox"/> Oui à priori	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
b. Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui (à jour)	<input type="checkbox"/> Oui à priori	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
c. Diphtérie/Polio	<input type="checkbox"/> Oui (à jour)	<input type="checkbox"/> Oui à priori	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
d. BCG*	<input type="checkbox"/> Oui (à jour)	<input type="checkbox"/> Oui à priori	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
e. Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui (à jour)	<input type="checkbox"/> Oui à priori	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
f. Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui (à jour)	<input type="checkbox"/> Oui à priori	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

* à ne prescrire qu'après s'être assuré qu'il n'y a pas d'immunodéficience

g. Savez-vous où vous pouvez aller faire les vaccinations ? Oui Non

→ Penser à orienter ou à vacciner

RAPPEL CALENDRIER VACCINAL (2013)

ROR
Enfants : 1^{re} dose à 12 mois, 2^e entre 16/18 mois
Adultes > 16 ans, jamais vaccinés / femmes avec projet de grossesse : 2 doses

DIP (Diphtérie/Polio et Hépatite B)
Enfants : 2, 4 mois, rappels à 11 mois, 6 ans et 11/13 ans
Adultes : rappels fixes à partir de 25 ans puis 45, 65 puis tous les 10 ans

BCG
Enfants à la naissance, proposé jusqu'à 15 ans

Hépatite B
Enfants : 2, 4 mois, rappel à 11 mois
Adultes : 2 doses séparées de 6 mois pour rattrapage

Coqueluche
Enfants : 2, 4 mois, rappels à 11 mois, 6 ans et 11-13 ans
Adultes : 1 dose DTcaPolio si pas vacciné ou > 30 ans

DEPENDANCES *Pb d'abus répété ou d'addiction à l'alcool, produits psychoactifs ou médicaments détournés de leur usage*

STATUT SEROLOGIQUE

	Inconnu	Connu ^(*)		Date du dernier dépistage
a. VHB	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ Positif ^(**)	<input type="checkbox"/> ₃ Négatif	_ _ / _ _ / _ _ _ _
b. VHC	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ Positif ^(**)	<input type="checkbox"/> ₃ Négatif	_ _ / _ _ / _ _ _ _
c. VIH	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ Positif	<input type="checkbox"/> ₃ Négatif	_ _ / _ _ / _ _ _ _

^(*) Si VIH, VHB ou VHC positif, le coder dans les résultats de consultation (codes CISP correspondants B90, D72b, D72c)

^(**) Le médecin vous a dit que vous étiez atteint de l'hépatite B ou C

♦ **Penser à orienter pour le dépistage** (merci de le renseigner à la 4^{ème} page du dossier)

VIOLENCES SUBIES

Pensez à aborder dans la mesure du possible les questions liées aux violences subies, l'objectif étant de repérer les personnes qui en ont été victimes pour leur apporter l'aide la plus adaptée.

Une fiche spécifique est prévue à cet effet pour recueillir les informations correspondantes.

SUIVI GYNECOLOGIQUE & ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

- a. Avez-vous une contraception actuellement ? ₁ Oui ₂ Non
- b. **Si non**, souhaitez-vous une contraception ? ₁ Oui ₂ Non ₃ NSP
- c. Avez-vous déjà réalisé un frottis cervico vaginal ? ₁ Oui ₂ Non ₃ NSP
- d. Avez-vous déjà été enceinte ? ₁ Oui ₂ Non

Si oui,

e. Age à la première grossesse : _ _ ans

f. Nombre total de grossesses : _ _ (enfant vivant, IVG, fausse couche, etc.)

g. ENCEINTE ACTUELLEMENT ? ₁ Oui (code CISP : W78)

h. Poids : _ _ _ _ kg i. Terme : _ _ _ _ sem. d'aménorrhée

j. Accès aux soins prénatals : ₁ Oui ₂ Non, pourquoi ? _____

k. Retard de suivi de grossesse : ₁ Oui (>12 semaines d'aménorrhée) ₂ Non

l. Demande d'IVG : ₁ Oui (code CISP : W79) ₂ Non

ANTECEDENTS / ALLERGIES / CONTRE INDICATIONS

Traitement habituel / en cours (Classe / posologie / durée)

NATURE DE LA PLAINTÉ /Motif(s) de consultation ou plainte(s) exprimé(s) par le patient

Observations médicales TA : _____ Fréquence cardiaque : _____ 1. Poids (hors femmes enceintes) : _____ kg
 2. Taille: _____ m (IMC : _____)

DIAGNOSTICS /Résultat(s) de consultation diagnostiqué(s) par le médecin et/ou Procédure(s) réalisée(s)

Il s'agit de renseigner sous les diagnostics identifiés par le médecin même si ceux-ci ne font pas l'objet du recours aux soins ainsi que les procédures éventuellement réalisées

	1 ^{er} diagnostic / résultat de cs	2 ^{ème} diagnostic / résultat de cs	3 ^{ème} diagnostic / résultat de cs
Diagnostic / résultat de cs <i>OU symptômes et plaintes si pas de diagnostics ET autres pbx de santé repérés ET procédure(s) réalisée(s)</i>			
3. Code CISP	---	---	---
4. Diagnostic en attente	<input type="checkbox"/> Diagnostic en attente	<input type="checkbox"/> Diagnostic en attente	<input type="checkbox"/> Diagnostic en attente
5. La pathologie est-elle aiguë ou chronique ?	<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Ne sait pas
6. Un traitement ou un suivi serait-il...	<input type="checkbox"/> Nécessaire <input type="checkbox"/> Accessoire	<input type="checkbox"/> Nécessaire <input type="checkbox"/> Accessoire	<input type="checkbox"/> Nécessaire <input type="checkbox"/> Accessoire
Si un traitement ou un suivi est nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui partiellem ¹ /irrégulièrement ²	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui partiellem ¹ /irrégulièrement ²	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui partiellem ¹ /irrégulièrement ²
7. Le pb était-il traité ou suivi avant la 1 ^{re} cs à MdM ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
8. Le pb de santé aurait-il dû être traité plus tôt ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Attention, en cas de pathologie grave, merci d'informer le patient sur les possibilités de régularisation pour raisons médicales et de l'accompagner dans la démarche si besoin → se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre.

9. Le cas de ce patient est-il urgent ?

Urgent Assez urgent Non urgent

→ *Si urgent ou assez urgent, voir avec l'accueil ou le travailleur social pour l'ouverture immédiate des droits à la couverture maladie (instruction prioritaire).*

TRAITEMENTS PRESCRITS (données non saisies) → Vérifier l'état des droits à la couverture maladie

(forme, posologie, durée, quantité remise)

- Remis Non remis Remis partiellement Traitement pas nécessaire

10. EXAMENS COMPLEMENTAIRES / DEPISTAGE

Nom de la structure, date prise de rdv, date du rdv, avec qui, accompagnement, etc.

- ₁ Examens complémentaires
- ₁ Test de grossesse _____
 - ₂ Frottis cervico-vaginal _____
 - ₃ Mammographie _____
 - ₄ Examen de sang _____
 - ₅ Radio pulmonaire _____
 - ₆ Radio / échographie _____
 - ₇ Autres, précisez _____
- ₂ Tests maladies infectieuses / dépistage
- ₁ VIH, précisez ₁ CDAG _____ ₂ Laboratoire _____ ₃ TROD _____
 - ₂ VHB, précisez ₁ CDAG _____ ₂ Laboratoire _____ ₃ TROD _____
 - ₃ VHC, précisez ₁ CDAG _____ ₂ Laboratoire _____ ₃ TROD _____
 - ₄ Autres IST, précisez : _____ ₁ CDAG _____ ₂ Laboratoire _____
- ₃ Suivi de grossesse _____
- ₄ Autres, précisez _____

11. ORIENTATION, vers quelle(s) structure(s) ?

- ₁ Orientations vers structures / professionnels de santé
- ₁ PASS _____
 - ₂ Urgences _____
 - ₃ Hôpital (hors PASS et urgences)
 - ₄ Praticien libéral, précisez ₁ Généraliste ₂ Spécialiste ₃ Dentiste _____
 - ₅ Consultation psychologique ou psychiatrique _____
 - ₆ Centre de vaccination _____
 - ₇ PMI _____
 - ₈ Centre de planification familiale _____
 - ₉ Autres, précisez _____
- ₂ Orientation interne à MdM, précisez _____
- ₃ Autres, précisez _____

12. Orientation pour régularisation pour raisons médicales

Se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre et orienter le patient vers un praticien hospitalier ou un médecin agréé.

- ₁ Oui, précisez _____
- _____



Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la mission : Médecins du Monde - DMF - 62 rue Marcadet - 75018 Paris

Dossier renseigné par : Accueillant(e) _____

Travailleur social du centre _____

A. Numéro de dossier : _____

Année ou date de la 1^{re} consultation au centre : _____

Evolution de la situation du patient

B. Date de consultation / rencontre : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)

Nom : _____

Prénom : _____

Espace libre pour écrire toute information utile au suivi du patient :

C. Sexe : M F T

Commentaires

D. Date de naissance : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)

1. Quelle est votre nationalité ? (indiquer le pays + communauté si déclarée par la personne)

2. La personne a-t-elle besoin d'un interprète ?

Oui Non (francophone)

Langues parlées : _____

3. Si oui, intervention d'un interprète à l'entretien ?

- Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe
 Oui, sur place par une personne accompagnante
 Oui, par téléphone (ISM interprétariat, etc.)
 Non

4. Vous venez au centre pour (première(s) demande(s) énoncée(s) par la personne) ?

(Plusieurs réponses possibles)

Des questions d'ordre administratif, social ou juridique

(Si couverture maladie, précisez : aide, instruction, renouvellement)

Des raisons médicales, paramédicales (soins infirmiers, kiné, etc.) ou dentaires

Voir un psychologue ou un psychiatre

Appui au montage d'un dossier de demande de régularisation pour raisons médicales

Autre, précisez : _____

(Salaires/Indemnités journalières, RSA, Minimum vieillesse, AAH, chômage, ATA (Allocation Temporaire d'Attente)...) _____

23. Disposez-vous d'une adresse pour recevoir votre courrier ?

Oui, adresse personnelle ou chez famille, amis Non, n'a pas fait de démarches

Oui, dans un CCAS

Non, a rencontré un problème ou un refus

Oui, dans une association

5. Avez-vous été adressé(e) dans notre centre par ?

- Structure de soins (hôpital, PASS, PMI, médecin libéral, centre de santé, etc.)
- Bouche à oreille (connait déjà le centre, média, personnes proches, etc.)
- Autres, précisez (institution admin. ou sociale, assoc., autres programmes MdM, etc.) :

Personne contact : _____

CONDITIONS DE VIE

6. Vivez-vous actuellement en couple ?

- Oui Non

7. Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ?

- Oui Non

8. Si oui, vivez-vous actuellement ?

- Avec tous vos enfants
- Avec une partie d'entre eux
- Avec aucun d'entre eux

Pensez à aborder la question de la scolarisation des enfants

9. Nombre d'enfants mineurs à charge en France ? _ _

10. La personne est-elle un(e) mineur(e) isolé(e) ?

- Oui Non

Précisez sa situation _____

11. Si la personne est un enfant de moins de 6 ans, est-il suivi en PMI ?

- Oui, où ? _____
- Non, pourquoi ? _____

12. Concernant votre logement, quelle est votre situation actuellement ?

- Sans domicile fixe (à la rue)
- Hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, samu social, etc.) pour une durée ≤ à 15 jrs
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour une durée > à 15 jrs (hôtels, foyers, CADA, etc.)
- Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)
- Occupant un terrain sans droit (campement illégal)
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis
- Logement personnel
- Autre, précisez : _____

13. Considérez-vous votre logement comme ?

- Temporaire/Précaire Stable

SITUATION ADMINISTRATIVE

14. Dernière date d'entrée en France ? _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

- Non concerné(e) (né(e) en France et est toujours resté(e) en France)

15. Quelle est votre situation au regard du séjour ? au jour de la consultation

- 1 N'a pas besoin de titre de séjour (français, mineur)
- ➔ Pour les ressortissants de l'Union Européenne
- 2 N'a pas besoin de titre de séjour car en France depuis moins de 3 mois
- 3 Est autorisé(e) à rester en France (ressources officielles suffisantes et assurance maladie ou titre de séjour)
- 4 N'est pas autorisé(e) à rester en France (séjour > 3 mois, sans ressources officielles et sans assurance maladie ou titre de séjour)
- ➔ Pour les extracommunautaires (non ressortissants de l'UE)
- 5 Visa touriste en cours de validité
- 6 RV ou convocation Préfecture
- 7 Titre de séjour valide de 1 à 6 mois, date d'échéance _____
- 8 Titre de séjour valide pour 10 ans, date d'échéance _____
- 9 Titre de séjour autre durée, précisez la durée : __ mois OU __ ans, date d'échéance _____
- 10 Sans titre de séjour / sans autorisation de séjour
- 11 Titre de séjour dans un autre pays européen, date d'échéance _____

DEMANDE D'ASILE

- 16. Souhaitez-vous ou avez-vous déposé une demande d'asile ?**
- 1 Oui, mais demande non déposée (→ question 18)
- 2 Oui, demande déjà déposée
- 3 Non (→ question 19)

17. Si votre demande d'asile est déposée, quelle est votre situation à ce jour ? (→ question 18)

- 1 Débouté(e) 4 Reconnu(e) réfugié(e)
- 2 Demande OFPRA en cours 5 Placement en procédure prioritaire
- 3 Recours en cours 6 Réexamen

- 18. Pourquoi n'avez-vous pas pu déposer votre demande ?**
- 1 Arrivée trop récente
- 2 Difficultés pour les démarches _____
- 3 Placement en procédure Dublin II ou Eurodac

19. Avez-vous déposé auprès de la préfecture une demande de régularisation (hors asile) ?

- 1 Oui en cours 2 Oui mais refusée 3 Non

20. Si oui, s'agit-il d'une demande de régularisation pour raisons médicales ?

- 1 Oui 2 Non

ACTIVITES ET RESSOURCES

⚠ Aborder les ressources avec la personne permet de l'informer de ses droits pour l'attribution de la CMU ou de l'AME.
Exemples de questions: Comment vivez-vous ? Comment arrivez-vous à subvenir à vos besoins ? Vos revenus actuels vous suffisent-ils pour la vie quotidienne ?

- 21. Exercez-vous une activité pour gagner votre vie en France ?**
- 1 Oui, une activité déclarée
- 2 Oui, une activité non déclarée (travail au black, mendicité...)
- 3 Non, aucune activité

22. De combien d'argent environ dispose votre foyer pour vivre par mois ici en France ?

Il s'agit de déterminer les ressources financières de toutes les personnes du foyer, quel que soit le travail effectué (travail déclaré, non déclaré, mendicité...)

- Environ _____€ NSP

Origine des ressources officielles du foyer (en France et/ou à l'étranger) ?

(Salaires/Indemnités journalières, RSA, Minimum vieillesse, AAI, chômage, ATA (Allocation Temporaire d'Attente)...)

23. Disposez-vous d'une adresse pour recevoir votre courrier ?

- 1 Oui, adresse personnelle ou chez famille, amis 4 Non, n'a pas fait de démarches
- 2 Oui, dans un CCAS 5 Non, a rencontré un problème ou un refus
- 3 Oui, dans une association

Annexe 7 : Accord du comité d'éthique du CHU d'Angers.

COMITE D'ETHIQUE

* * * * *

Le Président

Professeur Jacques Dubin

Delphine Douillet

1 rue Max Richard

49100 ANGERS

Angers, le 29 avril 2015

Mademoiselle,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 8 avril 2015 votre projet enregistré au comité sous le numéro **2015/35** et intitulé :

: Parcours médical et pathologies des migrants primo-arrivants sans couverture maladie à Angers en 2012.

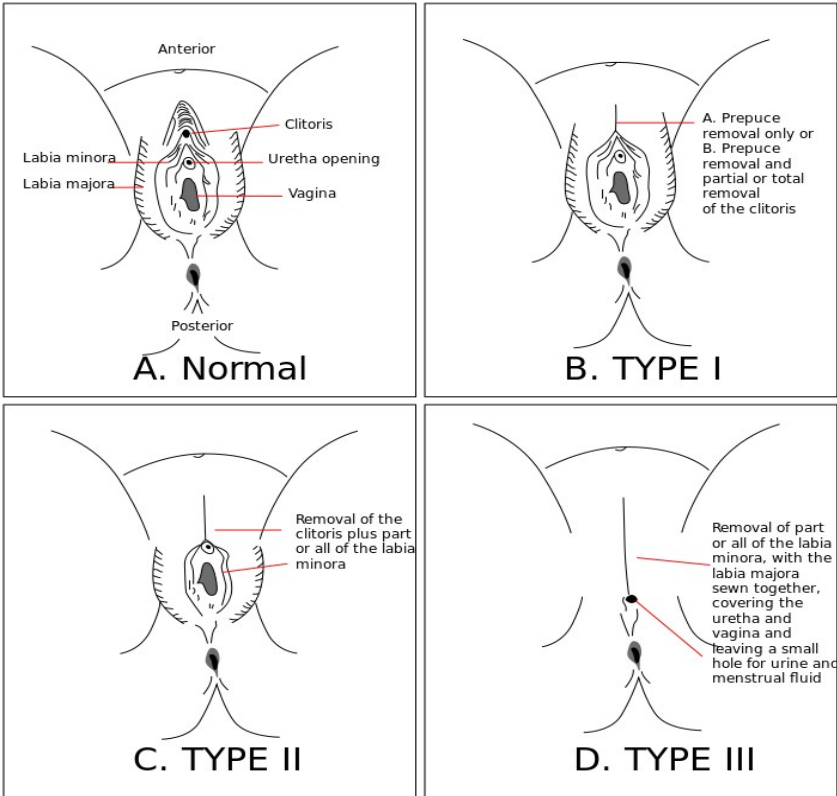
Ce projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Je vous prie de croire, Mademoiselle, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Jacques Dubin

Annexe 8 : Type de mutilations génitales féminines selon OMS

extrait d'internet https://fr.wikipedia.org/wiki/Infibulation#/media/File:FGC_Types.svg



RESUME

Titre

Situation sanitaire des réfugiés : quelle prise en charge dans une grande agglomération française?

Introduction

Bien qu'il existe des politiques nationales, l'accès aux soins des réfugiés est source de très grandes disparités selon les régions. Ce sont les initiatives locales qui influent sur les actions de santé publique auprès de ces populations en grande précarité sociale, administrative et économique. Cette étude a pour objectif de décrire les prises en charge médicales et les dépistages dans une grande agglomération française de plus de 400000 habitants.

Matériels et méthodes

Cette étude descriptive a inclus tous les migrants demandeurs d'asile majeurs se présentant à la plateforme administrative d'accueil de janvier à décembre 2012. Les centres de premiers recours médicaux et de dépistage ont été répertoriés : CHU dont la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) au SAU, Médecins du Monde, le centre de lutte anti-tuberculeux (CLAT), le centre de planification familial et le Croix Rouge dentaire. Les diagnostics et les dépistages effectués ont été recensés de janvier 2012 à décembre 2014.

Résultats

Trois cents vingt sept migrants ont été suivis avec une moyenne d'âge de 32 ans (+/-9) et un sex-ratio à 0,98. Les réfugiés venaient pour 58% (n=190) d'entre eux d'Afrique de l'Est et pour 21,7% d'Europe de l'est. Soixante quatre pourcent (n=208) des migrants ont consulté au CHU et 38,2% (n=125) à la PASS, 12,2% (n=40) en gynécologie-obstétrique et 19,6% (n=64) à Médecins du Monde. Les principaux diagnostics étaient gynéco-obstétriques pour 24,6% des consultations (n=155/630) et infectieux pour 20% (n=126/630) des consultations. Les plaintes somatiques sans diagnostic clairement établi représentaient 23,4% (n=162/691) des consultations. Les taux de dépistages réalisés sont de 11,9% (n= 39/327) pour le VIH, 13,4% (n=44/327) pour le VHB, 9,2% (n=30/327) pour le VHC et de 8,6% (n=28/327) pour la tuberculose. Le CLAT a vu 5,8% (n=19/327) des migrants demandeurs d'asile.

Conclusion

Le CHU est le centre médical de premier recours pour les migrants demandeurs d'asile. On est frappé par la proportion de consultations avec des plaintes somatiques diffuses sans diagnostic clairement établi en partie reflet de pathologies psycho-somatiques importantes dans cette population. Malgré un grand nombre de passage à la PASS / SAU très peu de dépistages sont réalisés. Un dépistage automatique est envisagé pour tout premier bilan sanguin réalisé au SAU chez un migrant. Une coordination du dépistage infectieux pour les populations précaires est actuellement discuté par le CHU et l'ARS. Cela permettrait une action plus ciblée et mieux coordonnée.

Mots clés

migrants – dépistage - santé publique

SUMMARY

Title

The Health situation of refugees: What support can and should a large city offer?

Introduction

Despite existing government policies, the refugees' access to healthcare varies widely from region to region. Very often health actions and initiatives are taken on a local basis to answer the needs of a population socially vulnerable, and living in a precarious position, both administrative and economic.

The objective of this study is to show what is currently being done with healthcare's processes and screening tests in cities of over 400 000 inhabitants.

Materials and methods

This study has included all adult asylum seekers coming to the Home Administrative platform from January to December 2012. The first medical aid and testing centres have been identified as such: Hospital University Centre with access to healthcare services (PASS) in the receiving emergency department, Médecins du Monde, Anti-tuberculosis Centre (CLAT), Family Planning Clinic and the Red Cross Dental Care.

The diagnostics and the screening tests were done over a period from January 2012 to December 2014.

Results

Of the 327 migrants followed, the average age was 32 years old (+/-9) with a sex-ratio of 0.98%. 58% refugees came from (n=190) Est Africa and 21,7% from Eastern Europe. Amongst them 64% (n=208) came to be treated at a Hospital University Centre, 38,2% (n=125) came to a PASS, 12,2% (n=40) came to gynaecology's centre and 19,6% (n=64) to Médecins du Monde.

24,6% of the consultations were for diagnostics of a gynaecological-obstetrician nature (n=155/630) and 20% for infections (n=126/630). 23,4% (n=162/691) of somatic complaints without diagnostics were registered amongst consultations. The screening tests showed results of 11,9% of refugees (n=39/327) were infected with HIV, 13,4% (n=44/327) with Hepatitis B 9,2% (n=30/327) with Hepatitis C and 8,6% with tuberculosis (n=28/327). The Anti-tuberculosis Centre saw 5,8% (=19) of asylum seekers.

Conclusion

Hospitals and medical health centres are the first point of contact for asylum seekers.

The results of this study are surprising, as we see that the amount of consultations registered for somatic complaints without diagnostics, do reflect the important level of psycho-somatic pathologies in these populations and despite a large number of visits to a PASS/SAU, very few screening tests are made.

Therefore, SAU have proposed that each migrant would be screen-tested automatically when they come to have their first blood test. A co-ordination of infections screening tests for at risk populations is currently being discussed by the Hospital University Centre and the ARS. This would allow for better targeted and co-ordinated actions.

Key words

Migrants – screening – public health

Valorisation du travail

1. Présentation faite des résultats intermédiaires du travail de thèse lors des réunions sur la santé des personnes précaires et migrantes organisé par le conseil général et présence de responsable de l'ARS le 02 Décembre 2015.
2. Présentation faite des résultats intermédiaires du travail de thèse lors d'une réunion publique du collectif universitaire de solidarités avec les réfugiés et les demandeurs d'accueil le 28 Janvier 2016 à l'UFR de Santé.
3. Soumission d'un résumé en vue d'une communication lors des 17èmes Journées Nationales d'Infectiologie le 09/06/16.
4. En cours de rédaction d'un article pour soumission.
5. Présentation auprès de l'équipe de Médecins du Monde à Angers : date à venir.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Bien qu'il existe des politiques nationales, l'accès aux soins des réfugiés est source de très grandes disparités selon les régions. Ce sont les initiatives locales qui influent sur les actions de santé publique auprès de ces populations en grande précarité sociale, administrative et économique. Cette étude a pour objectif de décrire les prises en charge médicales et les dépistages dans une grande agglomération française de plus de 400000 habitants.

MATERIELS ET METHODES : Cette étude descriptive a inclus tous les migrants demandeurs d'asile majeurs se présentant à la plateforme administrative d'accueil de janvier à décembre 2012. Les centres de premiers recours médicaux et de dépistage ont été répertoriés : CHU dont la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) au SAU, Médecins du Monde, le centre de lutte anti-tuberculeux (CLAT), le centre de planification familial et le Croix Rouge dentaire. Les diagnostics et les dépistages effectués ont été recensés de janvier 2012 à décembre 2014.

RESULTATS : Trois cents vingt sept migrants ont été suivis avec une moyenne d'âge de 32 ans (+/-9) et un sex-ratio à 0,98. Les réfugiés venaient pour 58% (n=190) d'entre eux d'Afrique de l'ouest et pour 21,7% d'Europe de l'est. Soixante quatre pourcent (n=208) des migrants ont consulté au CHU et 38,2% (n=125) à la PASS, 12,2% (n=40) en gynécologie-obstétrique et 19,6% (n=64) à Médecins du Monde. Les principaux diagnostics étaient gynéco-obstétriques pour 24,6% des consultations (n=155/630) et infectieux pour 20% (n=126/630) des consultations. Les plaintes somatiques sans diagnostic clairement établi représentaient 23,4% (n=162/691) des consultations. Les taux de dépistages réalisés sont de 11,9% (n= 39/327) pour le VIH, 13,4% (n=44/327) pour le VHB, 9,2% (n=30/327) pour le VHC et de 8,6% (n=28/327) pour la tuberculose. Le CLAT a vu 5,8% (n=19/327) des migrants demandeurs d'asile.

CONCLUSION : Le CHU est le centre médical de premier recours pour les migrants demandeurs d'asile. On est frappé par la proportion de consultations avec des plaintes somatiques diffuses sans diagnostic clairement établi en partie reflet de pathologies psycho-somatiques importantes dans cette population. Malgré un grand nombre de passage à la PASS / SAU très peu de dépistages sont réalisés. Un dépistage automatique est envisagé pour tout premier bilan sanguin réalisé au SAU chez un migrant. Une coordination du dépistage infectieux pour les populations précaires est actuellement discuté par le CHU et l'ARS. Cela permettrait une action plus ciblée et mieux coordonnée.

Mots-clés : migrants – dépistage - santé publique