

Bilan d'activité 2016
de la PASS du CH PAU,
centré sur les migrants
et
évolutions des pratiques
à envisager

Sommaire :

Bilan d'activité 2016 de la PASS du CH PAU, centré sur les migrants et évolutions des pratiques à envisager.

1°) Introduction	page 3
2°) Présentation du territoire de santé du CH PAU	page 4
3°) Présentation de la PASS du CH PAU	page 5
4°) Activité générale de la PASS CH PAU, centrée sur les migrants	page 6
a/ File active	page 6
b/ Consultations médicales et sociales	page 6
c/ Provenance de la population reçue	page 7
d/ Analyse de l'activité générale	page 8
e/ Migrants reçus	page 10
f/ Barrière linguistique	page 13
g/ Sexe selon les groupes	page 14
h/ Moyenne d'âge selon les groupes	page 14
i/ Couverture maladie	page 15
5°) Motifs de consultation des migrants	page 16
a/ Nombre de consultation par personne selon les groupes	page 16
b/ Motifs de consultations selon les groupes	page 17
c/ Actes complémentaires à la consultation selon les groupes	page 20
6°) Etude centrée sur les migrants en provenance d'Afrique sub-saharienne	page 22
a/ Conditions de voyage et d'arrivée en France	page 22
b/ Dépistages	page 24
c/ Bilan et évolutions indispensables	page 24
7°) Bilans de santé	page 25
8°) Conclusion	page 27

1°) Introduction :

J'ai voulu, en tant que responsable de la PASS du CH PAU, étudier nos pratiques appliquées plus particulièrement aux populations migrantes reçues au sein du service. En effet, le nombre de migrants reçus a considérablement augmenté, pour le territoire de santé de PAU, et je pense qu'il était temps d'effectuer un bilan précis afin d'adapter à l'activité, d'harmoniser et de formaliser nos pratiques, surtout après les analyses démographiques, géo-politiques et médicales exposées durant cette formation de DIU.

Afin d'assurer la continuité de service au sein de la PASS, nous avons choisi de partager entre 2 médecins le 0,5 ETP médical de la PASS : nous effectuons 0,5ETP, 6 mois de l'année : il n'y a ainsi pas d'interruption des consultations pour congé annuel. Nous sommes 2 médecins urgentistes du CH PAU à travailler aux Urgences-SAMU-SMUR, et à la PASS. Le lien avec les Urgences est, de ce fait étroit et important.

Nous étudierons donc, après avoir présenté le contexte de travail de la PASS au sein du territoire de santé, le profil des patients reçus, les motifs de consultation, les actes effectués en plus de la consultation pour la population migrante reçue à la PASS du CH PAU. De plus, du fait du nombre important de personnes en provenance d'Afrique sub-saharienne, j'ai choisi d'étudier le parcours de vie et les dépistages de ces patients là, afin d'améliorer leur prise en charge.

Puis grâce aux exposés plus médicaux sur les pathologies des migrants, sur les spécificités de cette population arrivant sur le territoire, et les bilans de santé, je voudrais confronter nos pratiques à celles expliquées lors de vos interventions, et bien entendu faire évoluer les nôtres.

2°) Présentation du territoire de santé du CH PAU :

Le Centre Hospitalier de Pau est l'établissement public de santé de référence sur le territoire de santé Béarn-Soule. Il est également établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire regroupant les centres hospitaliers des Pyrénées (psychiatrique), d'Oloron, d'Orthez, de Mauléon et le Centre Gériatrique Pontacq-Nay-Jurançon.

Sa capacité d'accueil au 31 décembre 2016 est de 830 lits et places répartis de la manière suivante :

- 664 lits traditionnels :
 - 306 lits de médecine
 - 117 lits de chirurgie
 - 34 lits d'obstétrique
 - 127 lits de moyen séjour
 - 80 lits de long séjour.
- 28 lits d'hôpital de semaine.
- 138 places de jour ou de nuit avec un regroupement géographique unifié de 42 places d'Hôpital de Jour « spécialité médicale et Oncologie » et 20 places de chirurgie ambulatoire « Unité Anesthésie Chirurgie Ambulatoire »
- 20 lits d'hospitalisation à domicile.

En outre, le centre hospitalier développe des activités de recours pour son territoire (maternité de niveau 3, réanimation pédiatrique et néonatale, unité de cardiologie interventionnelle, unité neuro vasculaire, unité de soins palliatifs, activité d'embolisation , SAMU 64B , Unité médico judiciaire, Prise en charge de l'AVC, Thrombectomie à venir en 2018).

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier de Pau est située sur le territoire de proximité de la Communauté d'Agglomération Pau Béarn Pyrénées .

Au premier janvier 2016, la population totale pour le département des Pyrénées-Atlantiques est estimée à 673 788 personnes (*source : Insee, estimations de population, données provisoires*). Le territoire de la Communauté d'Agglomération Pau Pyrénées compte 145 247 habitants, avec 68 443 hommes et 76 804 femmes (*Source : INSEE, RP2013 exploitation principale*).

Parmi ces habitants 14 042 sont immigrés, soit 9,6% (*Source : INSEE, RP2013 exploitation principale*), ce qui est représentatif de la moyenne nationale de 10,3% (*Exposé M.ICHOU, INED, source enquête TeO 2008-2009*). Pour le territoire de Pau et son agglomération, les principales nationalités étrangères sont : Portugaise (2496, soit 18%), Marocaine (1400, soit 10%), Espagnole (927 soit 7%), et autres nationalités d'Afrique (908 soit 6,5%) (*Source : INSEE, RP2013 exploitation principale*).

Plus généralement le département des Pyrénées-Atlantiques concentre une part importante de la demande de droit d'asile (*source : plan de lutte contre la pauvreté, domaine logement hébergement, Département 64 de la DRJSCS 64*). Les dispositifs d'hébergement et d'accompagnement sont particulièrement concentrés sur le Département avec le CADA (Centre d'Accueil de demandeurs d'asile) ISARD COS et le CADA MEISSEIN. Entre 2015 et 2016 ISARD COS est passé de 108 demandeurs d'asile accueillis à 222, le CADA MESSEIN lui est passé de 205 demandeurs d'asile accueillis à 320, soit un total de 542 places en 2016. Cette augmentation s'explique en partie parce que le territoire de la Communauté d'Agglomération Pau Pyrénées a accueilli des demandeurs d'asile issus du démantèlement de la jungle de Calais. Des places supplémentaires d'accueils en Centre d'Accueil et d'Orientation ont à ce titre été créées.

Sur le territoire de Pau, les acteurs intervenant dans la prise en charge sanitaire et sociale des personnes les plus démunies travaillent en complémentarité, assurant ainsi une réponse cohérente et structurée à leur besoin. Les organismes impliqués sont notamment les Centres d'Hébergements et de Réinsertion Sociale, l'Equipe Mobile du Centre Communal d'Action Sociale de Pau, le réseau des femmes victimes de violence, le planning familial, l'Organisme de Gestion des Foyers Amitiés avec le CADA MEISSEIN et la PASS psychiatrique, le CADA ISARD COS, Médecin du Monde, le centre de soins dentaires du CEID Béarn Addiction, l'assurance maladie, la PMI, le SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation).

Le Centre Hospitalier de Pau a, dans une logique de « parcours patient », regroupé au sein d'un même bâtiment les dispositifs de santé publique que sont : la PASS, le Centre de Lutte Anti Tuberculose, le centre de vaccination, l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, le centre de planification, l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique, autant de dispositifs facilitant le parcours de soins du patient. De même les liens avec le SAMU et les urgences (PASS intégrée au pôle URGENCES) pour la prise en charge des patients relevant du dispositif de la PASS ont été formalisés, un référent précarité a été nommé, en lien avec l'assistante sociale de la PASS.

Ces organismes impliqués localement dans les questions de l'accès aux soins ont néanmoins des difficultés à « capter » certains publics diffus. Ces publics ne rentrent dans aucun des dispositifs prévus par l'Etat, comme par exemple les primo-arrivants qui ne sont pas demandeurs d'asile. Seule la PASS est en mesure de les prendre en charge.

3°) Présentation de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CH

PAU :

La PASS médicalisée générale a débuté en juillet 2013, et est donc très récente. Il n'y avait, avant l'ouverture de cette PASS médicalisée, qu'un ETP assistante sociale, basée sur les Urgences. La PASS est située au rez-de-chaussée d'un bâtiment de 2 étages comprenant la convalescence, l'unité de sevrage, la rééducation fonctionnelle. Le rez-de chaussée inclut la PASS, le CLAT (Centre de lutte anti-tuberculeuse), le centre de vaccination, le centre de planification familiale, et l'ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie).

La DT64 ARS a choisi depuis 2015 de séparer le centre de vaccination du centre de dépistage anonyme (CeGIDD = Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic). Le centre de vaccination reste au sein du CH PAU, le CeGIDD étant géré par le planning familial, au centre ville de PAU. J'avais informé la DT64ARS dès leur décision, que je ne pouvais pas concevoir de segmenter le parcours patient, notamment pour les migrants, et que la PASS du CH PAU continuerait à effectuer les dépistages sur les patients pris en charge au sein de notre unité, ce qui a un coût non négligeable sur le budget annuel... (7% de la MIG allouée à la PASS, soit 20 000 euros en 2016).

L'équipe professionnelle de la PASS est composée :

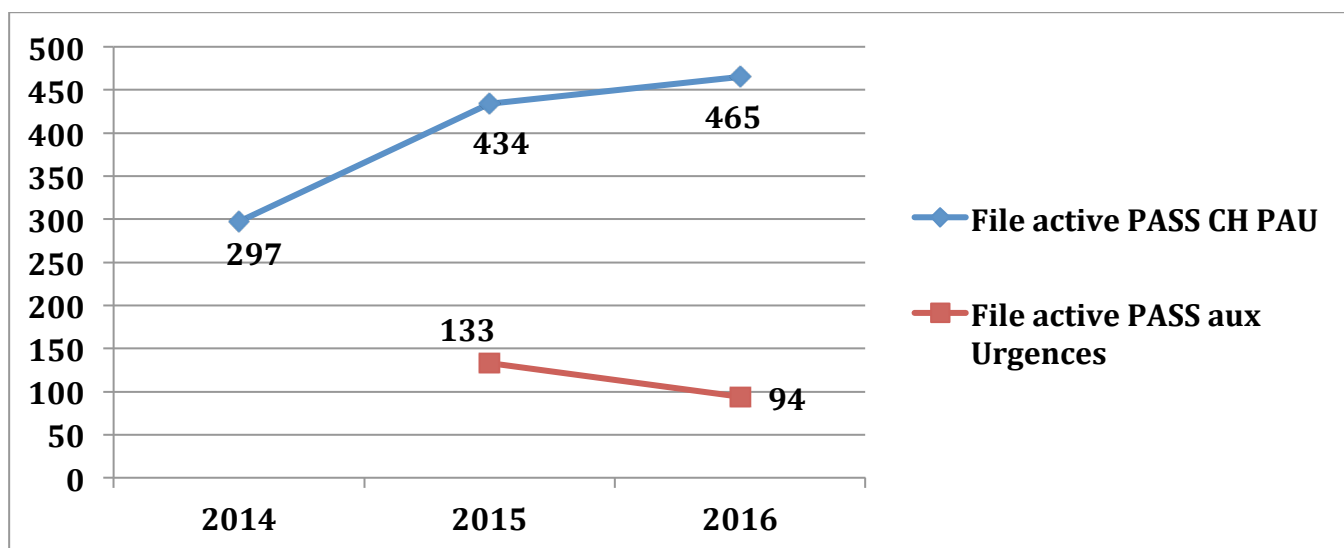
- 2 ETP assistante sociale : 1 ETP à la PASS, 1 ETP aux Urgences,
- 0,5 ETP secrétaire,
- 0,5 ETP IDE,
- 0,5 ETP médecin, partagée entre 2 médecins afin de couvrir toute l'année sans discontinuité de consultations : 4 vacations de consultation, en complémentarité avec celles de Médecins du Monde afin de couvrir, entre les 2 structures, tous les jours de l'année. Sur les quatre consultations hebdomadaires, l'une est déportée dans un centre d'accueil de jour, situé en centre ville de PAU.

4°) Activité générale de la PASS du CH PAU, centrée sur les migrants :

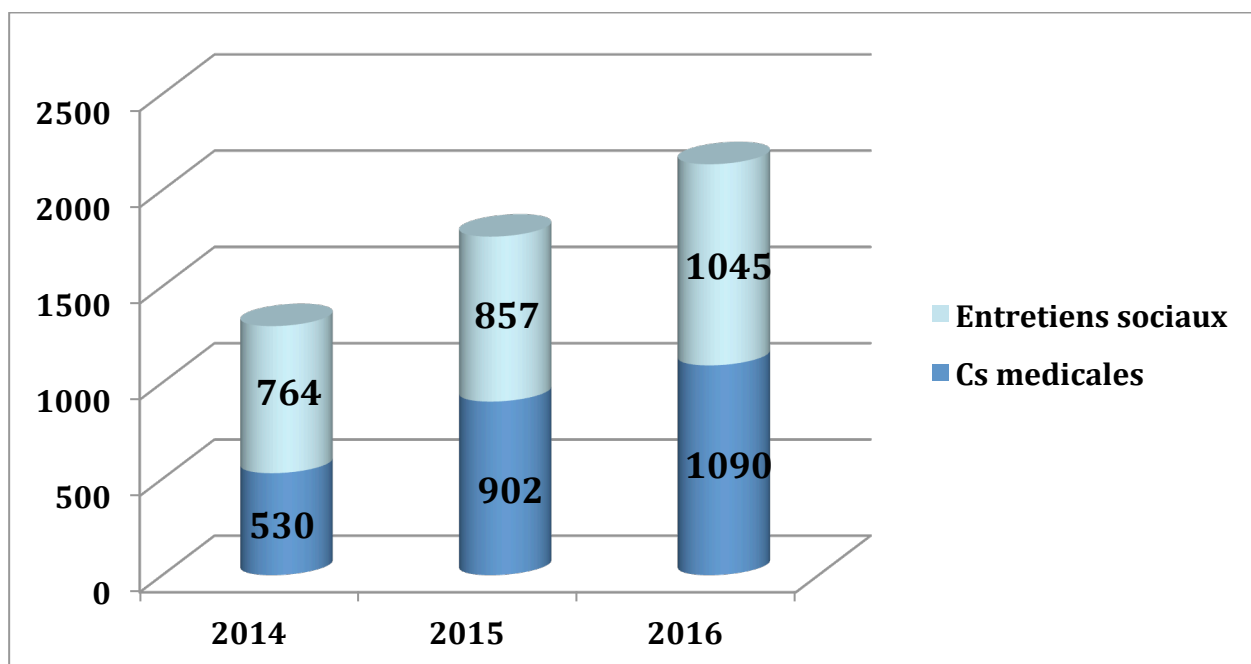
Le public reçu est de cinq types de population :

- les français « travailleurs pauvres », sans couverture sociale, ou avec une couverture incomplète, ainsi que les français renonçant aux soins du fait de problèmes sociaux prédominants (avec couverture sociale effective),
- la grande précarité de PAU et son agglomération, suivis sur un plus ou moins long terme, selon leur errance, ou selon leur adhésion aux soins,
- les européens inactifs, souvent suivis longtemps,
- les migrants demandeurs d'asile, pris en charge dès leur arrivée si besoin, et suivis le temps que leur couverture sociale soit effective
- les migrants primo-arrivants, et les personnes en situation irrégulière.

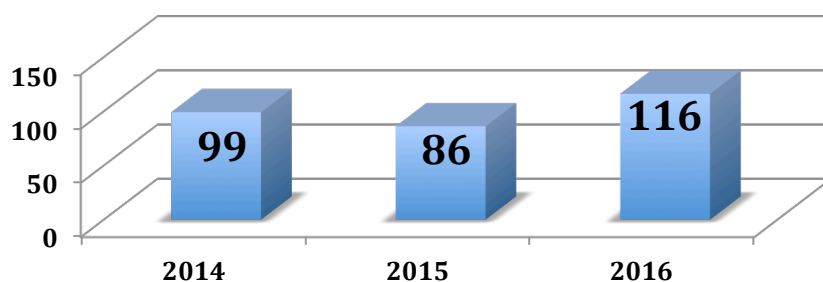
a/ Evolution quantitative de la file active de patients à la PASS :



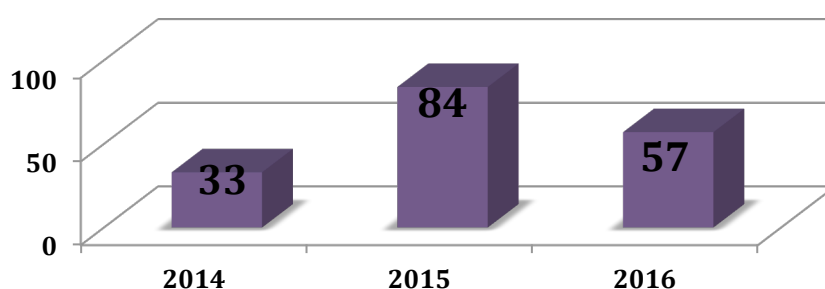
b/ Evolution du nombre de consultations médicales et sociales :



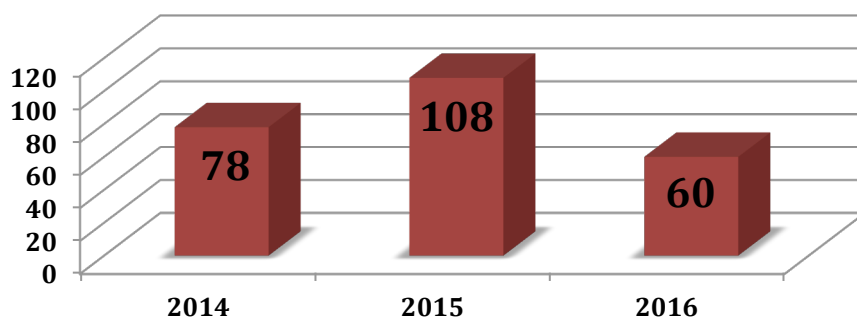
Provenance de France (nombre de patients suivis)



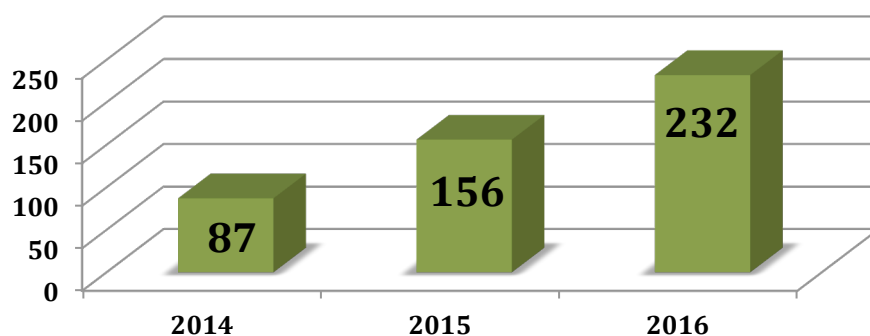
Provenance de l'Union Européenne (nombre de patients suivis)



Provenance du Maghreb (nombre de patients suivis)



Provenance d'autres pays que France, UE ou Maghreb (nombre de patients suivis)



d/ Analyse de l'activité générale :

La file active de patients pris en charge à la PASS augmente, et ceux vus aux Urgences diminue. Une des missions de la PASS est de capter les patients avant leur passage aux Urgences. Car non seulement leur passage aux Urgences relève le plus souvent d'une décompensation aiguë de pathologie chronique, mais par ailleurs, ils ne sont pas pris en charge correctement, du fait des conditions de travail aux Urgences ne permettant pas de prendre le temps nécessaire à une prise en charge médicale et sociale simultanée, adaptée à cette population. Seule l'urgence est gérée... Mais pour le CH PAU, il existe aussi un biais à noter concernant la diminution du nombre de patients PASS aux Urgences, c'est le changement d'assistante sociale, et une approche différente des critères de précarité...

Concernant les consultations médicales, nous fonctionnons sur rendez-vous, et recevons bien entendu, les « urgences ressenties » en temps réel.

Avec les effectifs actuels alloués, nous ne pourrions plus augmenter la file active de patients. Pourtant, les demandes sont réelles, et malgré l'allongement des plages de consultation (plus de 5 heures...), les délais de consultation sont quasiment à 15 jours actuellement.

Une augmentation de temps médical est demandée depuis 2016...sans réponse positive pour l'instant.

Concernant les populations reçues, leur profil général se modifie depuis 2014. En effet, la file active de personnes migrantes (tous groupes confondus) est de 75% (349 migrants sur 465 personnes) de la file active totale en 2016, versus 66% en 2014.

Pour les français, nous captions facilement les personnes de la grande précarité, du fait du travail partenarial avec les équipes mobiles des CCAS, la maraude (Croix Rouge Française), la PASS psychiatrique, et notre consultation déportée en centre d'accueil de jour au centre ville de PAU. En revanche, la précarité « cachée » est difficile à identifier, et pourtant elle existe. Nous avons travaillé en interne, pour les sorties d'hospitalisation, et en externe, avec la CPAM (Centre d'examen de santé, et les équipes sociales), les CCAS, l'office des HLM, les épiceries sociales de l'agglomération...

Pour la population migrante, nous avons choisi, à la PASS de PAU, de la diviser en 3 groupes : personnes en provenance du Maghreb, personnes en provenance de l'UE (Union Européenne), et les personnes en provenance des autres pays. Ce découpage en 3 groupes répondait, selon notre expérience locale, à des problèmes sociaux spécifiques selon les groupes.

Concernant les patients en provenance de l'union Européenne, nous suivons des européens inactifs sur des temps très longs, beaucoup plus longs que pour les autres patients, du fait des difficultés de reconnaissance de droits sociaux en France : 4 consultations médicales en moyenne par personne (versus 2,2 pour la population générale) et 3,3 consultations sociales par personne (versus 2,2 pour la population générale). De plus en 2015, nous nous sommes occupés de roumains installés en camp pendant de nombreux mois, sans aucuns droits sociaux, et sans solution sociale satisfaisante à court terme.

Concernant les personnes en provenance du Maghreb, elles sont le plus souvent en situation irrégulière, et nous les suivons donc de façon prolongée aussi : en moyenne 3 consultations par personne (versus 2,2 pour la population générale), et 3,5 consultations sociales (versus 2,2 pour la population générale) Le chiffre de consultation sociale est même minoré, car ces personnes

arrivent en France le plus souvent en famille avec un ou plusieurs enfants, et les consultations sociales sont comptées par personne et non par famille.

Sur cette population, nous suivons 3 familles, venues travailler en France, envoyées par leur pays d'origine (Maroc) et qui ont contracté une assurance privée pour leurs soins. Mais ils doivent avancer les frais et ne sont remboursés que plusieurs mois après. Nous avons essayé de travailler avec la direction du CH PAU, afin qu'il y ait un paiement direct de cette assurance au CH PAU...le CH PAU n'a jamais été payé...Nous avons donc accepté de les suivre à la PASS...mais nous ne devrions pas.

Toutes les autres personnes en provenance du Maghreb sont pour la grande majorité des familles à la recherche de travail, arrivant d'Italie ou d'Espagne. Les autres étant des femmes seules, victimes de violence, rejetées par leur famille et très souvent enceintes.

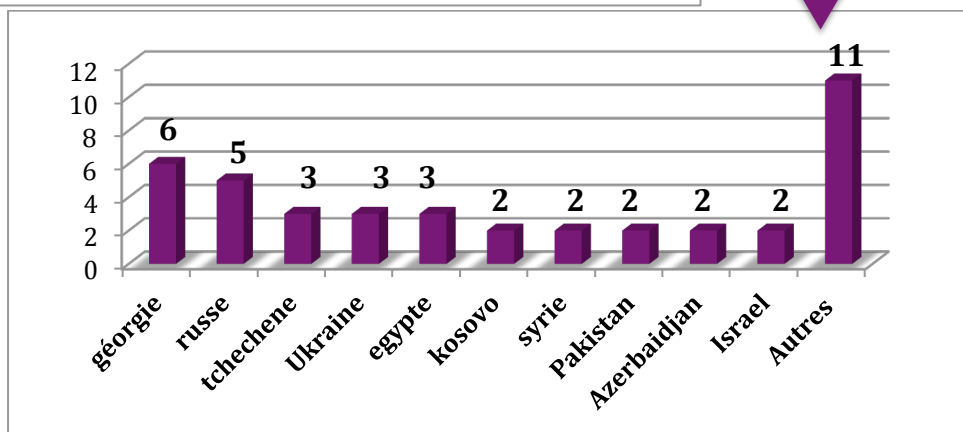
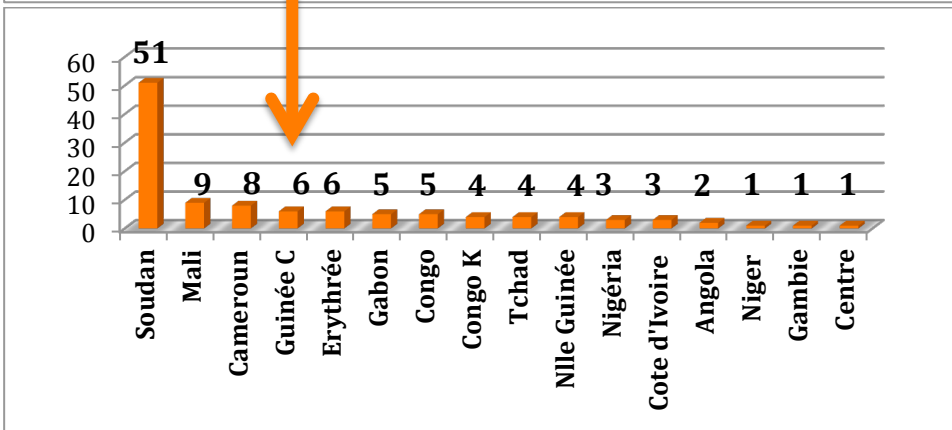
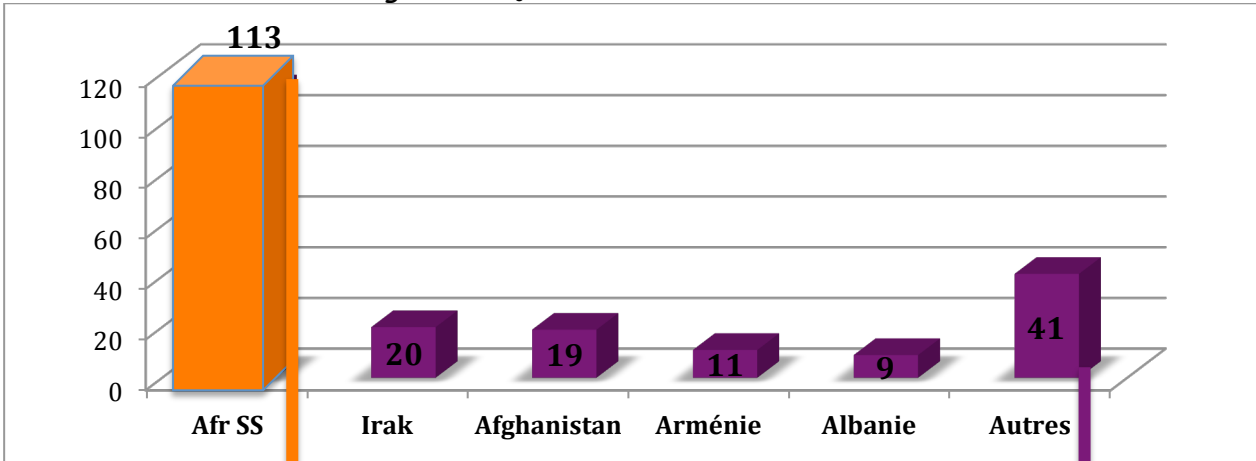
Concernant les populations en provenance des autres pays du monde, leur nombre a beaucoup augmenté en 2016, du fait notamment du démantèlement de la jungle de Calais, et de la forte insistance des tutelles de tous les voir dès leur arrivée.

J'avais décidé, malgré cette requête, de ne prendre en charge que les personnes qui en exprimaient la demande. La plupart de ce public n'a été vu que deux fois (la 1ère avec dépistage, et la 2ème pour les résultats), et sans consultation sociale.

En revanche, le CLAT et le centre de vaccination les ont tous reçus, et il avait été entendu avec les médecins de ces structures qu'ils m'interpellaient s'ils détectaient un problème médical. Je n'ai pas été interpellée par eux.

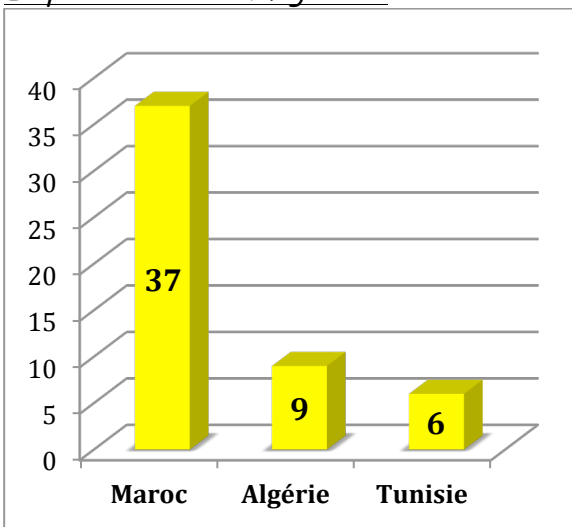
Les personnes en provenance de la jungle reçues à PAU étaient au nombre de 100, avec une proportion notable des jeunes hommes soudanais, quelques jeunes érythréens, et quelques jeunes afghans. Il y avait très peu de famille (2 familles syriennes et 1 afghane, sans problème médical, que nous n'avons pas vues).

e/ Nombre de migrants reçus à la PASS :

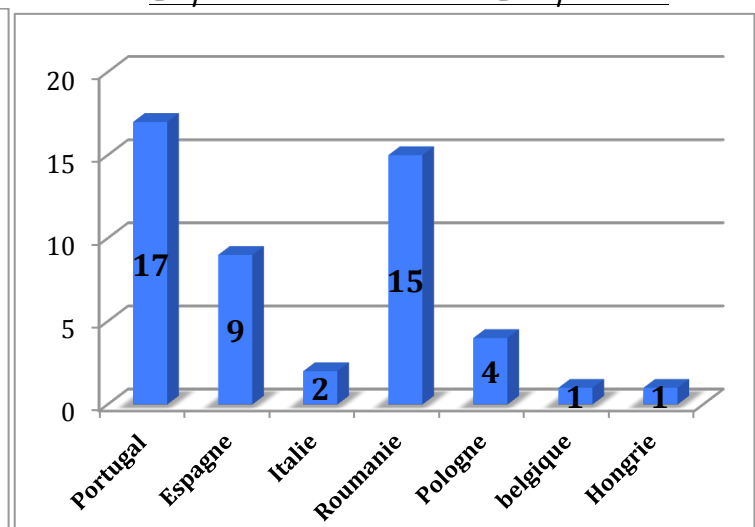


Autres : Israel, Chine, Turquie, Lybie, Madagascar, Iran, Brésil, Serbie, Mongolie, Bangladesh

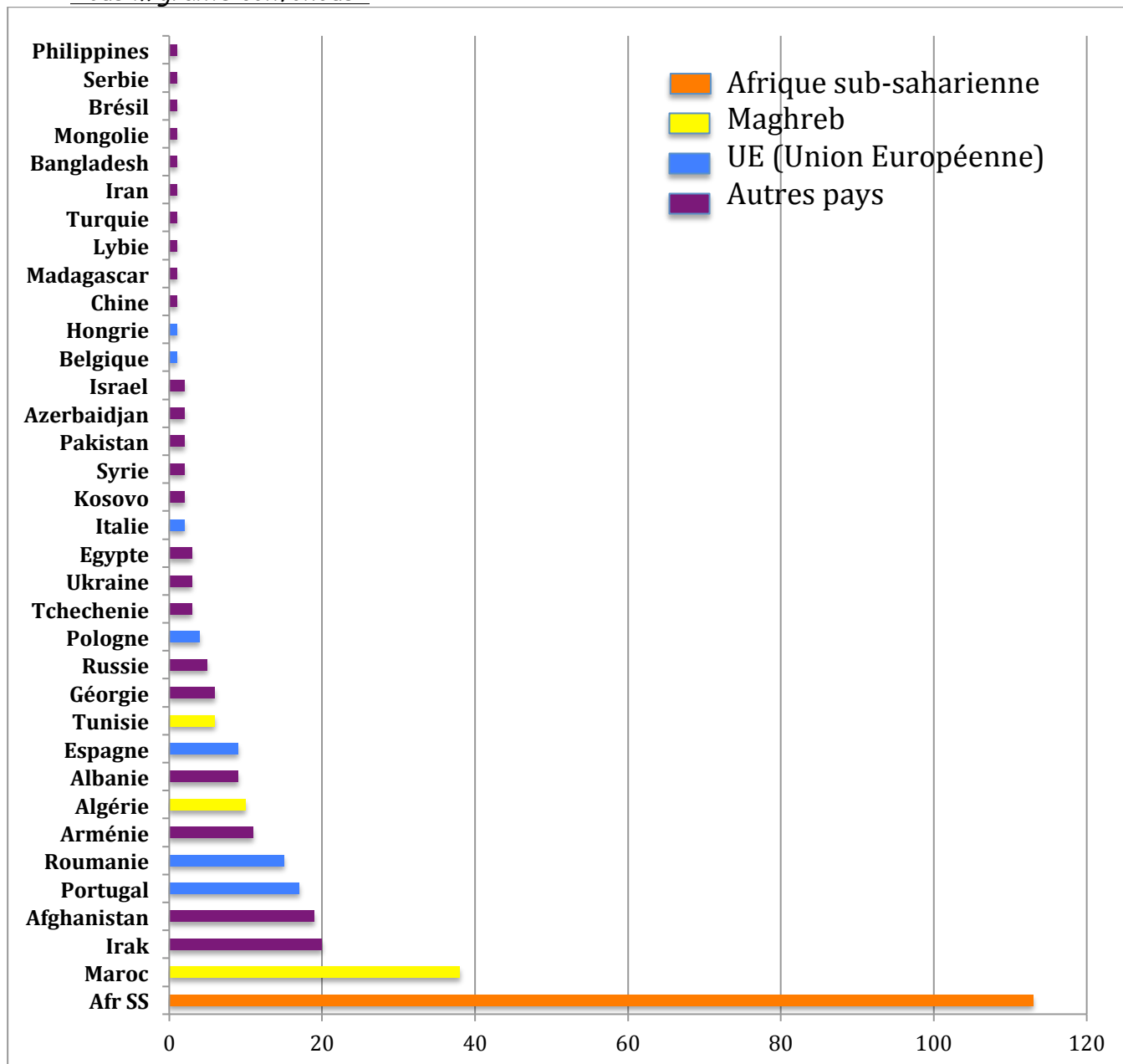
En provenance du Maghreb :



En provenance de l'Union Européenne :



Tous migrants confondus :



Concernant les migrants, il est important de noter que nous ne voyons à la PASS que les personnes qui présentent un problème médical, qui le demandent, qui ont des pathologies aiguës ou chroniques, ou à la demande de leur référent social, d'où l'importance du travail partenarial avec les structures les accueillant. Nous ne voyons pas de façon systématique toutes les personnes arrivant sur PAU. Ainsi la population reçue à la PASS du CH PAU n'est pas représentative de la population migrante s'installant sur la ville de PAU. Nous sommes par exemple étonnés de ne recevoir que très peu de personnes en provenance de Syrie, alors que plusieurs familles sont installées sur PAU.

Pour les familles, nous dirigeons les enfants de moins de 6 ans vers les PMI, et ne les voyons à la PASS qu'en cas de pathologies aiguës, souvent infectieuses hivernales.

Nous avons régulièrement des demandes de bilan pour des personnes avec des visas touristiques, qui, durant leur passage en France, aimeraient effectuer des bilans complets ou avoir des avis de médecins français pour « vérifier » les avis des médecins de leur pays. A notre avis, il ne revient pas aux PASS d'effectuer ces types de prises en charge.

Concernant les personnes en situation irrégulière, le travail partenarial influe peu, car nous nous apercevons qu'ils vivent souvent « cachés » et bien éloignés de toute institution. La circulation de l'information sur le travail de la PASS s'effectue par « bouche à oreille ». Comment les capter autrement ? Nous n'avons pas de réponse actuellement. Certains sont captés après leur passage aux Urgences, lors de décompensation aiguë de pathologies chroniques non suivies et traitées de façon très aléatoire. Nous aimerions les capter avant, mais n'avons pas trouvé le moyen de diffuser l'information correctement. Et pourtant pour ces populations, un véritable travail socio-médical est à mettre en œuvre.

Concernant la santé mentale de ces migrants, tous confondus, nous sommes inquiets de l'inadéquation entre le besoin de soins, et les réponses médicales proposées dans notre région sanitaire. En effet, pour toutes les personnes vues à la PASS, nous attachons une importance réelle au parcours migratoire et au parcours de vie des patients. Quasiment tous ont des parcours chaotiques et difficiles, et l'éloignement de leur famille une réelle souffrance.

Nous travaillons très étroitement avec la PASS psychiatrique du CHP Pau (0,5 ETP psychiatre et 1 ETP IDE), qui initialement avait été créée pour prendre en charge la grande précarité, avec une équipe mobile. Depuis de nombreux mois, j'adresse à la PASS psychiatrique les personnes en plus grande souffrance. Actuellement et progressivement, la PASS psychiatrique a changé ses missions : elle ne prend plus en charge la grande précarité, et ne s'occupe quasiment que des migrants...

Pourtant le besoin de prise en charge psychologique et/ou psychiatrique existe pour chacun d'entre eux, à notre avis. Et une prise en charge précoce, voire préventive nous paraîtrait plus adaptée qu'une prise en charge tardive devenue complexe.

De plus, nous faisons le constat, avec la psychiatre de la PASS psychiatrique que l'inactivité de ces personnes arrivants en France est très délétère. En effet, ils n'ont pas le droit de travailler, et les moyens financiers des CADA pour proposer des ateliers et activités partagées ont été supprimés. Leur seule activité est centrée sur leurs démarches administratives, et/ou médicales, sans autre alternative...

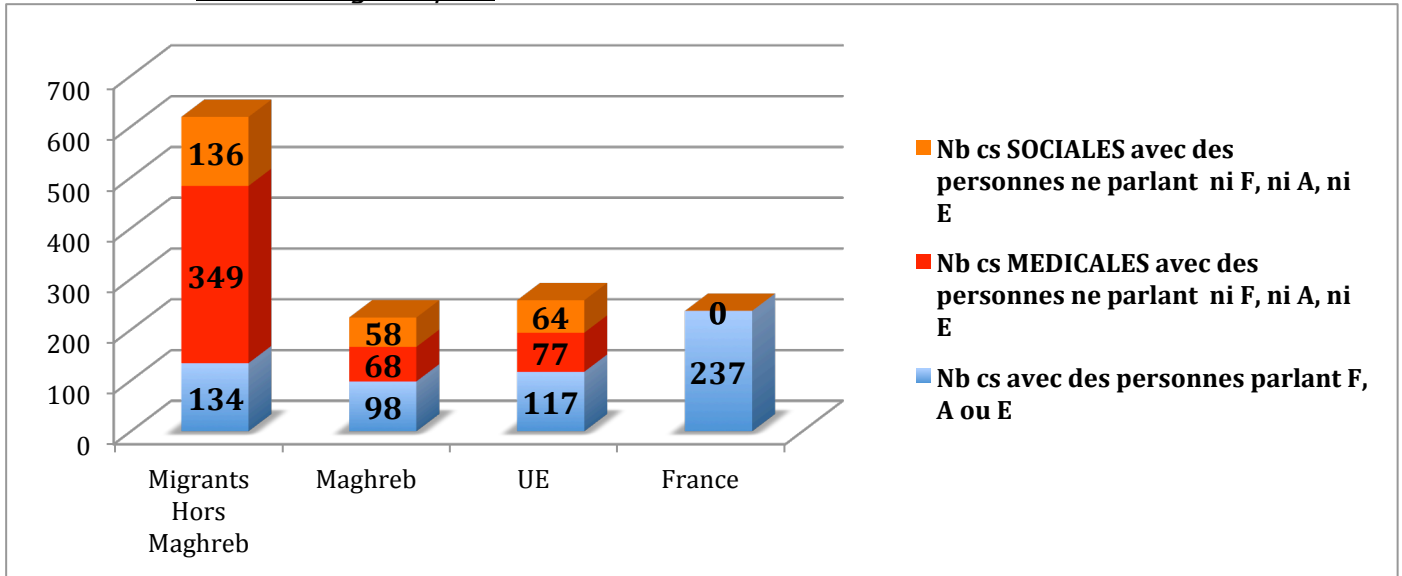
Le médecin psychiatre de la PASS psychiatrique tente d'en intégrer certains à des ateliers proposés par le CHP (Centre Hospitalier psychiatrique).

De notre côté, nous avons répondu à un appel à projet ARS, CNDS (Centre National pour le Développement du Sport) et Région Nouvelle Aquitaine, en collaboration club de Canoë-Kayak de PAU et CH PAU pour budgéter 1 an d'activité sportive d'initiation à la natation et au Kayak pour 10 personnes. Si ce projet aboutit, nous tenterons d'élargir ce projet à d'autres clubs sportifs ultérieurement.

Nous avons été sollicités par l'inspection académique pour la prise en charge d'enfants de migrants, et mineurs isolés scolarisés en grande difficulté après quelques semaines ou mois de scolarisation. Nous n'avons pas pu apporter de réponse.

Un projet de consultation transculturelle a été déposé à l'ARS en 2014 par le CHP de PAU, en lien avec une psychologue libérale effectuant des vacations à la consultation transculturelle de Bordeaux, et la PASS générale du CH PAU... Le besoin de soins appropriés psychologiques et/ou psychiatriques est flagrant, et l'offre de soins totalement inadaptée et insuffisante, sur notre zone sanitaire.

f/ *Barrière linguistique...*



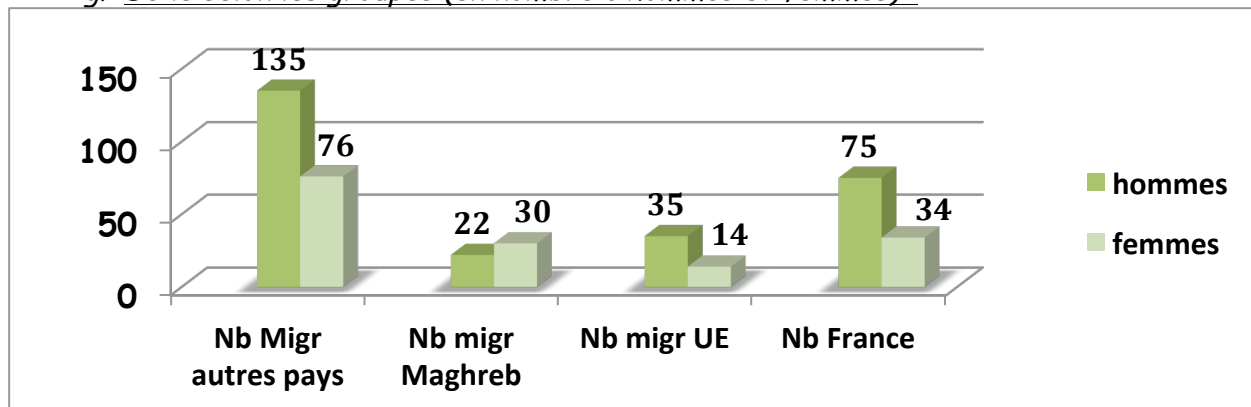
En bleu : nombre de consultations avec des personnes francophones, anglophones ou hispanophones.
En rouge : nombre de consultations **médicales** avec des personnes non francophones, non anglophones ou non hispanophones. Soit un interprète est présent, soit nous utilisons, google traduction ou traduced. Le logiciel Mediglotte est très peu utilisé.
En orange : nombre de consultations **sociales** avec des personnes non francophones, non anglophones ou non hispanophones.

Provenance des patients ne parlant ni français, ni anglais, ni espagnol						
Afrique SS	Afghanistan	Irak	Russie	Arménie	Alb/Macedoine	Autres
74	19	18	19	9	8	22

Nous recevons donc de nombreux patients ne parlant ni français, ni anglais, ni espagnol. Nous avons donc recours soit à l'interprète envoyé par les CADA, soit aux logiciels de traduction sur ordinateur ou smartphone. Mais les utilisations de ces logiciels sont très chronophages... et moins adaptées à notre travail qu'un interprète... Nous aurions besoin au moins d'un interprète arabe et russe.

Nous avons travaillé avec la direction du CH PAU afin de formaliser l'interprétariat, comme stipulé dans la Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : ... « La PASS doit avoir les moyens de recourir à des services d'interprétariat, si nécessaire. »... « Le budget de la PASS couvert par la MIG correspondante doit donc intégrer ... des prestations d'interprétariat... » Selon la direction du CH PAU, la MIG ne peut couvrir les frais d'interprétariat... Ainsi, cette année, nous avons écrit et envoyé un appel à projet auprès de la Fondation de France pour couvrir ces frais là. Mais même si la réponse est positive, ce budget ne sera pas reconductible d'une année sur l'autre...

g/ *Sexe selon les groupes (en nombre d'hommes et femmes) :*

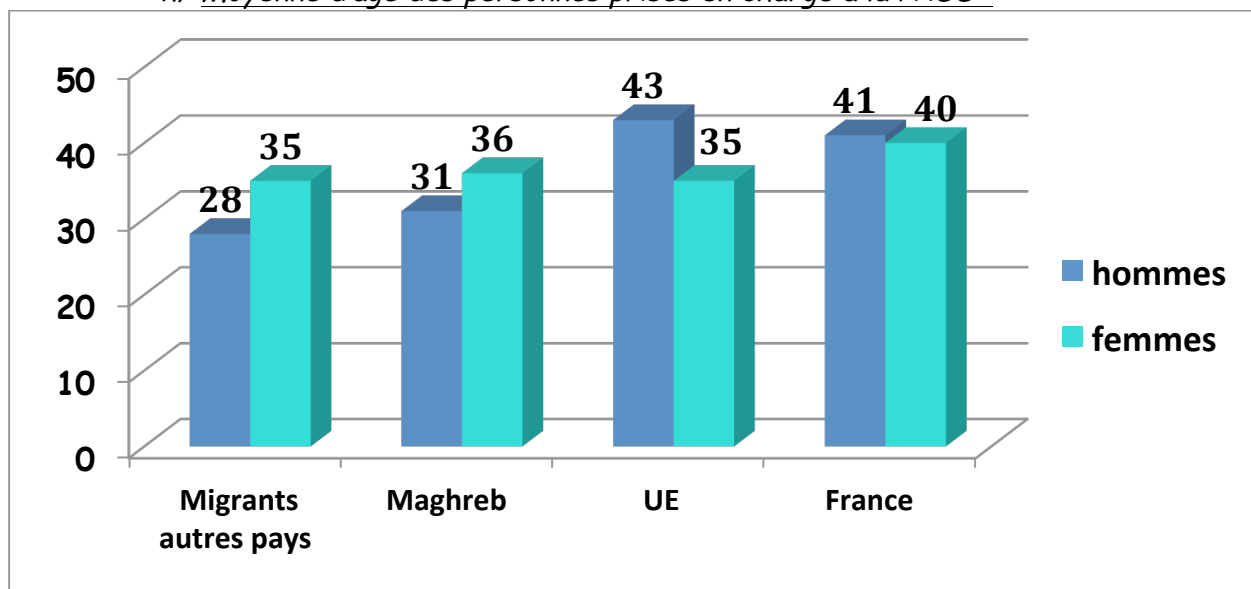


D'une manière générale, nous suivons plus de migrants hommes que femmes (62% d'hommes migrants, 38% de femmes), exceptée pour la population en provenance du Maghreb, du fait des femmes isolées, victimes de violence, ou celles fuyant leur famille du fait d'une grossesse en cours, ou de violence au sein de leur cellule familiale.

Les migrants en provenance d'Afrique Sub-saharienne sont pratiquement tous des hommes seuls, mais pas forcément célibataires...ils peuvent avoir laissé leurs femme et enfants dans leur pays.

Les hommes en provenance de l'UE sont souvent seuls aussi, sans famille sur le territoire français, mais bien plus âgés (migration à la recherche de travail). Plus rarement, ils ont laissé leur famille dans leur pays. (1 personne)

h/ *Moyenne d'âge des personnes prises en charge à la PASS :*

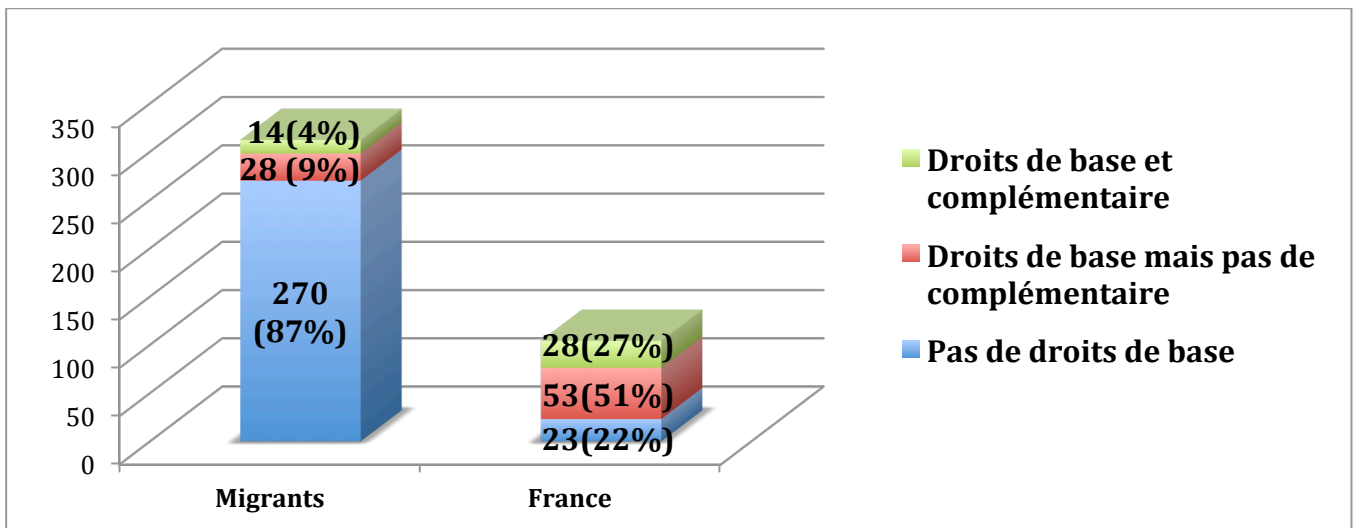
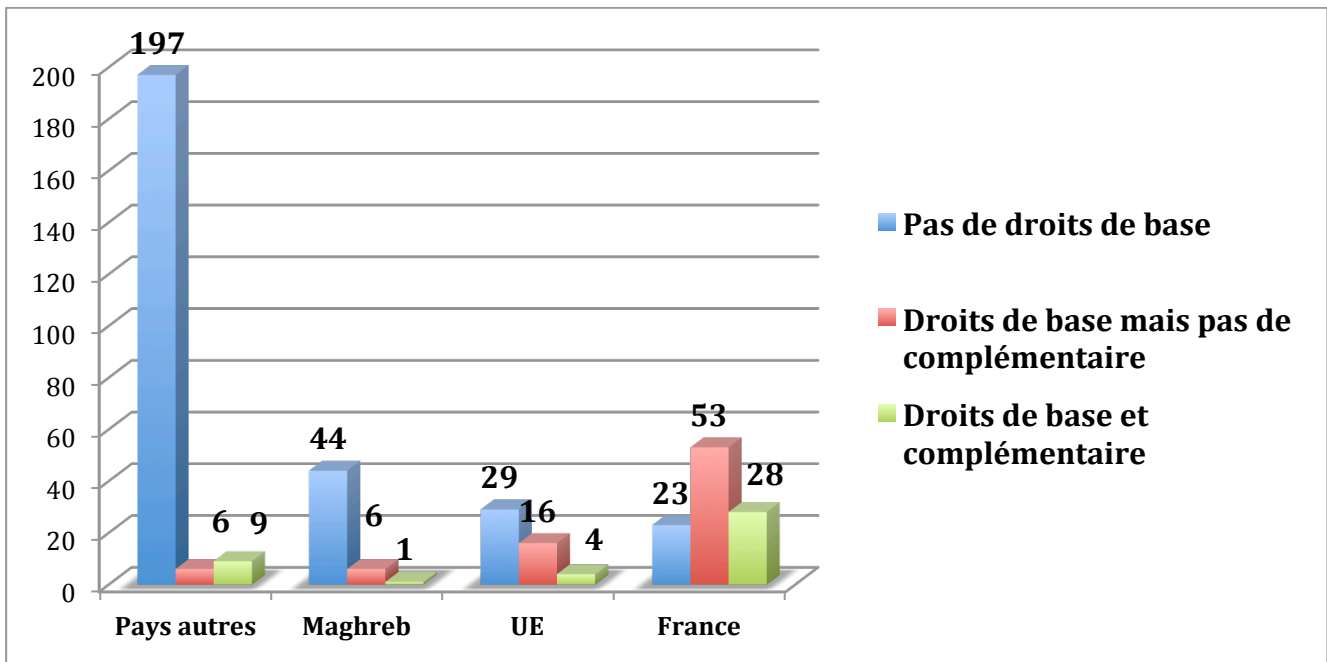


Les personnes migrantes reçues sont bien plus jeunes que les personnes françaises, excepté les hommes en provenance de l'UE (comme expliqué ci-dessus).

Les fourchettes d'âge s'étalent :

- pour UE : de 2 à 76 ans, (pour les + de 60 ans, quasiment tous en couple)
- pour le Maghreb : de 0 à 79 ans (pour les + de 60 ans, il ne s'agit que d'hommes seuls sur le territoire français, avec famille au pays)
- pour les autres pays, de 0 à 82 ans (pour les + de 60 ans, il ne s'agit que de migrations familiales, parents souvent isolés venus rejoindre leurs enfants)

i/ Couverture maladie des patients reçus en 2016 :

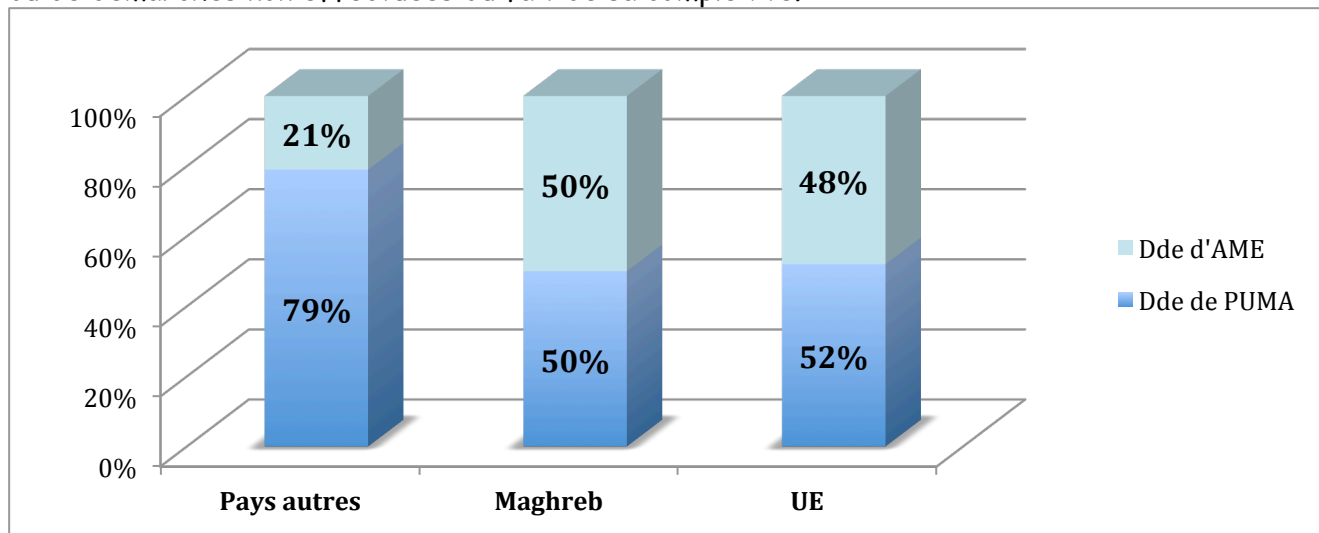


Pour comparer les chiffres annoncés par Dr VIGNIER dans son exposé sur l'accès aux soins, les patients, tous migrants confondus, suivis à la PASS de PAU sont comparables à ceux reçus en CASO où 88% n'ont aucun droit.

En revanche, l'accès à l'assurance maladie est bien différent selon les groupes UE, Maghreb, ou autres pays. Pour le groupe UE, il s'agit de personnes européennes inactives, et les solutions de droit sont très longues et difficiles. Pour les personnes en provenance du Maghreb, soit elles arrivent d'Espagne ou Italie (droits européens), soit elles sont en situation irrégulière en France, comme elles l'étaient en Espagne. Pour les autres pays, ce sont soit des personnes demandeuses d'asile (droits ouverts après quelques semaines), soit des primo-arrivantes, soit des familles avec visas touristiques, soit en situation irrégulière, soit des personnes ayant une OQTF (Obligation de Quitter le Territoire Français)

En ce qui concerne la population française reçue, les chiffres ne sont pas comparables, étant donné le profil des patients précaires, ciblés par les missions de la PASS. Ils relèvent tous de

droits de base, et effectivement le non-recours à l'ACS s'explique du fait du manque d'information ou de démarches non effectuées du fait de sa complexité.



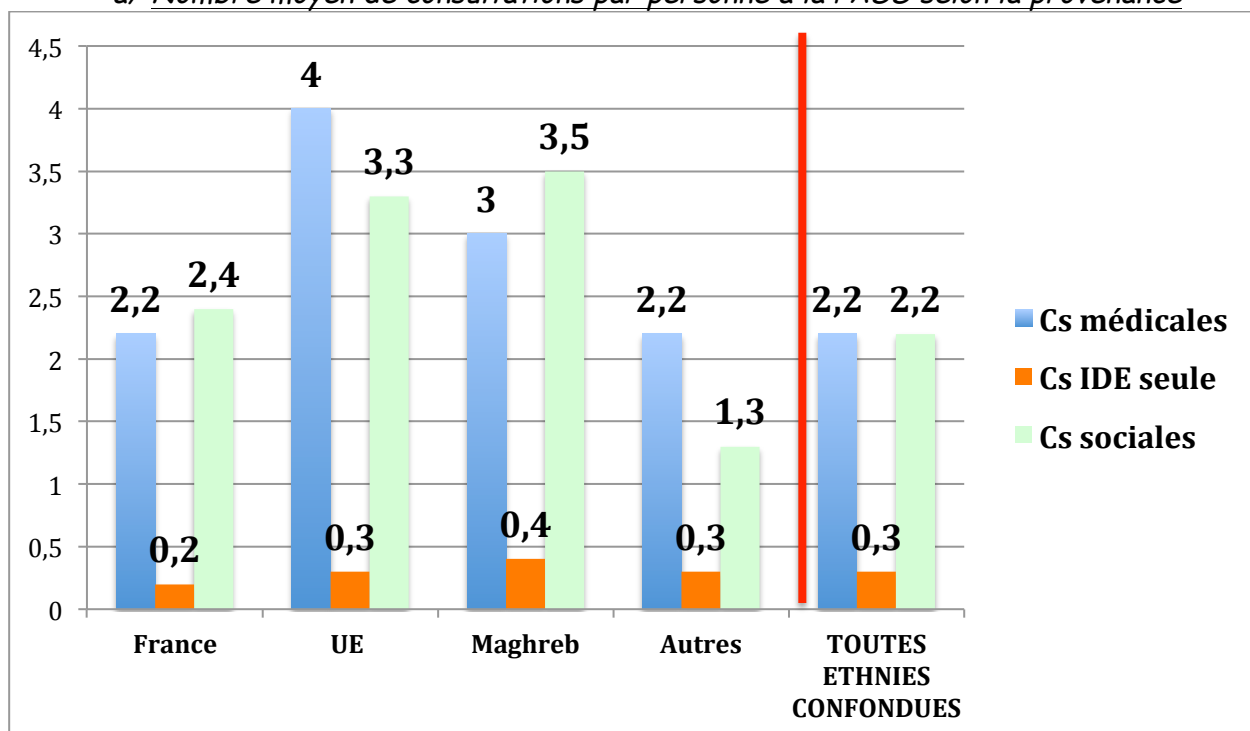
A noter que dans les demandes d'AME sont compris les Soins Urgents et Vitaux, pour lesquels il faut faire une demande d'AME et obtenir le refus de la caisse. En 2016, nous avons eu recours aux soins urgents seulement pour des migrants en provenance d'autres pays que Maghreb ou UE (moins de 10 recours, pour des personnes arrivant de leur pays, chez leurs enfants, et en situation médicale catastrophique : arrivées directes aux Urgences en 1^{er} lieu, puis suivies à la PASS)

A noter (cf tableau ci dessous) le peu de réponse de la CPAM à nos demandes d'assurance maladie pour les personnes en provenance de l'UE...ce qui montre le souci de couverture sociale des européens inactifs...

	Pays autres	Maghreb	UE	France
Nombre de dde de couv maladie	134	40	39	65
Nombre de réponse de la Caisse	93%	90%	59%	77%

5°) Motifs de consultation :

a/ Nombre moyen de consultations par personne à la PASS selon la provenance



Si l'on considère le nombre de consultations médicales et sociales par personne, en regroupant tous les migrants dans la même catégorie :

- nous recevons, en moyenne, les français 2,2 fois en consultation **médicale**, alors que les migrants sont reçus 2,6 fois,
- nous recevons, en moyenne, les français 2,6 fois en consultation **sociale**, alors que les migrants sont reçus 2 fois.

Les migrants (tous groupes confondus) ont, d'une manière générale, plus besoin de consultation médicale que de consultation sociale, ce qui est inversé chez les français reçus au sein de notre unité. Ce chiffre est étonnant puisque les français reçus relèvent tous d'une assurance maladie, mais par expérience, le travail de l'assistante sociale de la PASS va bien au delà de la seule assurance maladie, et elle les aide pour les démarches de logement, de nourriture, d'habillement...

Concernant la prise en charge des migrants provenant d'autres pays que l'UE ou le Maghreb, ils nécessitent moins de consultations médicales, et moins de consultations sociales :

- pour le nombre moyen de consultations sociales, la prise en charge sociale est effectuée par les professionnels des CADA, car il s'agit le plus souvent de demandeurs d'asile. Pour les primo-arrivants, l'assistante sociale du service effectue avec eux les démarches sociales, avant qu'ils ne soient pris en charge par les CADA.
- pour le nombre moyen de consultations médicales, il s'agit fréquemment d'hommes jeunes pour lesquels nous avons fait des sérologies de dépistages, et la 2ème consultation pour les résultats. Les motifs de consultation étaient le plus souvent bénins, sans pathologie chronique.

En revanche, pour les personnes en provenance de l'UE ou du Maghreb, les situations sont bien plus complexes :

- pour l'UE, le nombre de consultations médicales est de 1 à 45...l'extrême étant une prescription hebdomadaire de TSO... 11 personnes (22%) ont été suivies plus de 5 fois pour des pathologies chroniques : HTA et diabète
- pour le Maghreb, le nombre de consultations est de 1 à 12, 11 personnes (21%) ont été vues plus de 5 fois pour des pathologies chroniques : HTA, diabète et oncologie.

Pour eux le nombre de consultations sociales est aussi important :

- pour l'UE, le nombre de consultations sociales est de 1 à 15. Et 14 personnes ont été vues plus de 5 fois, dont 3 familles entières.
- Pour le Maghreb, le nombre de consultations sociales est de 1 à 20. Et 16 personnes ont été vues plus de 5 fois, dont 13 familles entières. (1 consultation par famille !)

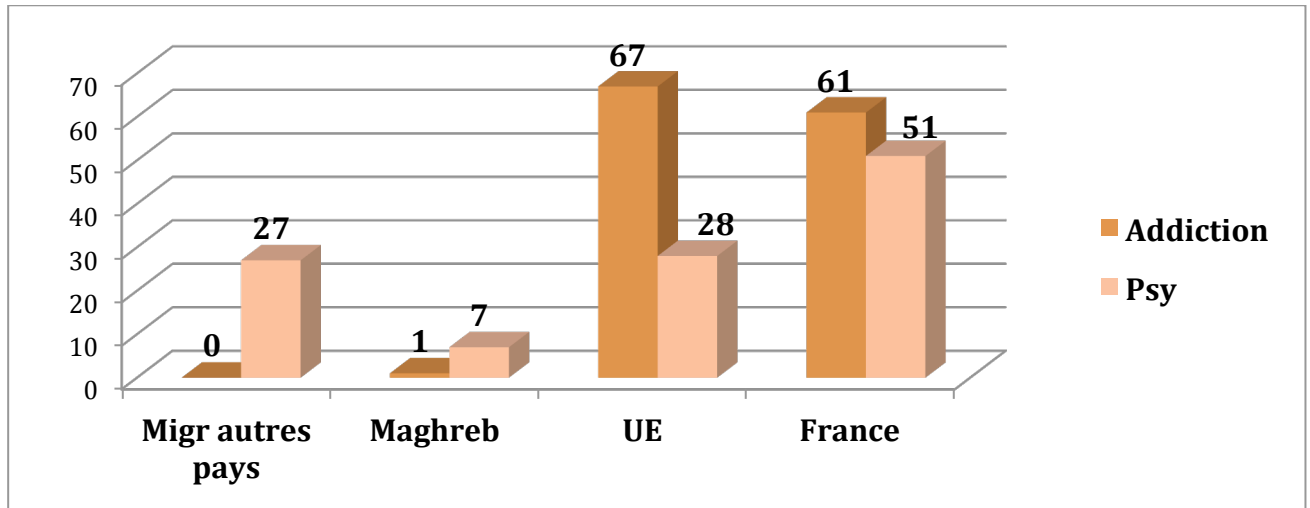
b/ Motifs de consultation selon le type de population :

Les motifs de consultation sont classés par spécialités médicales les plus fréquentes, et notés par le médecin en temps réel après chaque consultation.

Pour une consultation donnée, il peut y avoir plusieurs motifs de consultation. Exemple une personne diabétique et hypertendue aura deux motifs de consultation : endocrino et cardio. Nous n'avons pas mis en valeur le motif dominant.

Les tableaux suivants reprennent donc les nombres de motifs de consultation selon les groupes de populations.

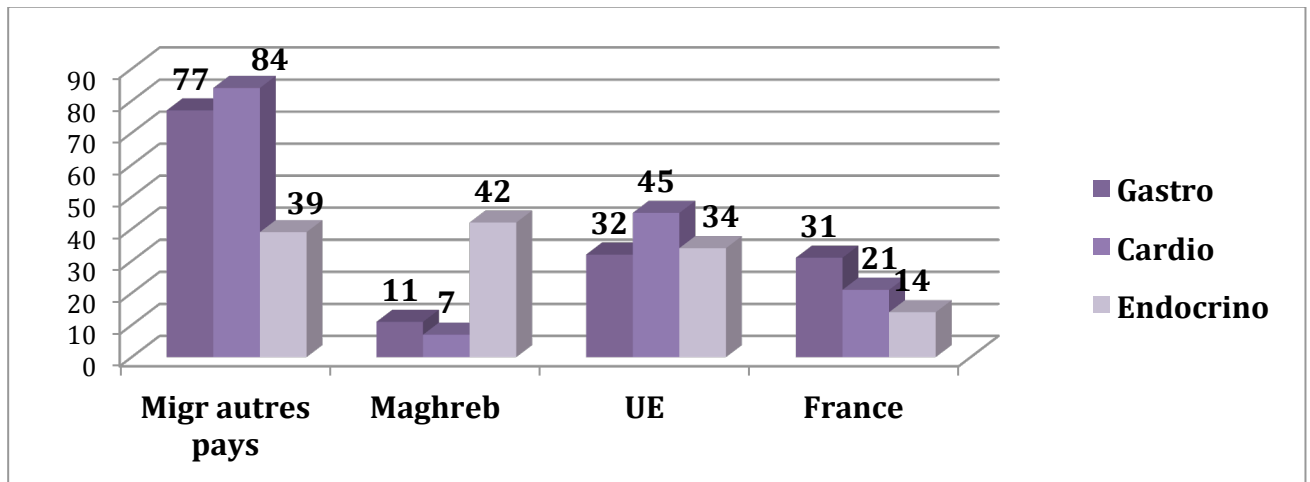
Nombre de motifs de consultation ADDICTION et PSYCHIATRIE :



Les personnes étiquetées « psy », pour les migrants, sont des personnes que nous avons considérées en grande souffrance, et orientées dès que possible vers la PASS psychiatrique. Pour la France, le public de la grande précarité, avec lequel nous tentons une re-sensibilisation aux soins explique ce chiffre important d'addiction et psychiatrie.

Pour l'UE, nous suivons des personnes pour des traitements substitutifs, en lien avec ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie), CEID (Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue) ou ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie). Ces personnes très précaires, ont retrouvé un équilibre de vie grâce au TSO prescrit par nos soins. Malgré nos réticences initiales à ce type de prescription, je reconnais que ces suivis ont permis d'établir une vraie relation de confiance, et un bénéfice réel.

Nombre de motifs de consultation GASTRO-ENTEROLOGIE, CARDIOLOGIE et ENDOCRINOLOGIE :



Les motifs « gastro » sont principalement de diagnostics d'hépatites. Pour la PASS de PAU, ce sont principalement des hépatites B pour les migrants.

Les motifs « cardio » sont quasiment en totalité des HTA, et quelques insuffisances coronariennes. Nous avons suivi quelques HTA très sévères, avec notamment des patients russes, ukrainiens ou géorgiens qui, depuis des années, ne prenaient pas leur traitement anti-HTA quotidiennement, mais que lorsqu'ils étaient céphalalgiques... Nous les avons donc suivi de très près à l'initiation du traitement anti-HTA.

Les motifs « endocrino », sont principalement des diabètes, type 1 et 2, et quelques dysthyroïdies (2 personnes). Ces diabètes étaient soit méconnus, soit connus mais très peu

suivis (sans lecteur de glycémie !) Pour les personnes en provenance du Maghreb, nous avons découvert de nombreux diabètes, surtout type 2, comme Dr BIHAN nous informait dans son exposé de la prévalence des diabètes au sein de la population maghrébine.

Nous avons essayé de travailler les régimes alimentaires (formation IDE PASS en éducation thérapeutique et collaboration avec les diététiciennes hospitalières), mais la tâche est difficile : en plus des habitudes culturelles, la précarité financière est un facteur de complication de la prise en charge adaptée.

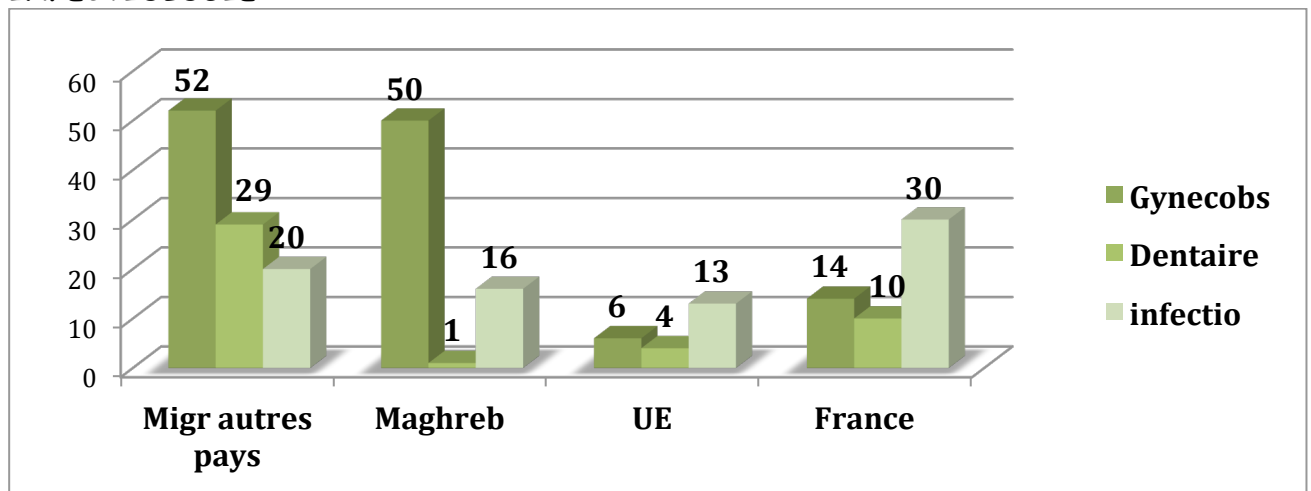
Nous essayons aussi de travailler sur l'activité physique, et notamment sur les déplacements à pied quotidiens...

Je dois souligner l'aide précieuse de nos collègues endocrinologues du CH PAU, qui nous donne de nombreux conseils téléphoniques, et s'adaptent parfaitement aux conditions de vie précaires de ces patients.

Nous n'avons vu aucun cas de diabète africain.

De plus, pour les personnes sans couverture sociale, mais dont les droits peuvent être ouverts à plus ou moins court terme, et à qui nous diagnostiquons des diabètes, ou HTA ou pathologies chroniques, nous avons travaillé avec le CES (Centre d'Examen de Santé) de la CPAM, par convention avec le CH PAU, afin que ces patients puissent bénéficier d'un bilan au CES avant que leur couverture soit effective. Cette collaboration permet un bilan systématique de base important pour la recherche d'éventuelles complications. Nous complétons bien entendu, cette recherche de complications, si besoin. En retour, le CES nous adresse toutes les personnes qu'ils reçoivent pour bilan de santé, et qui ne leur signalent pas de médecin traitant. Nous travaillons avec ce public, la ré-orientation vers la médecine libérale.

Nombre de motifs de consultation GYNECO-OBSTETRIQUE, DENTAIRE et INFECTIOLOGIE

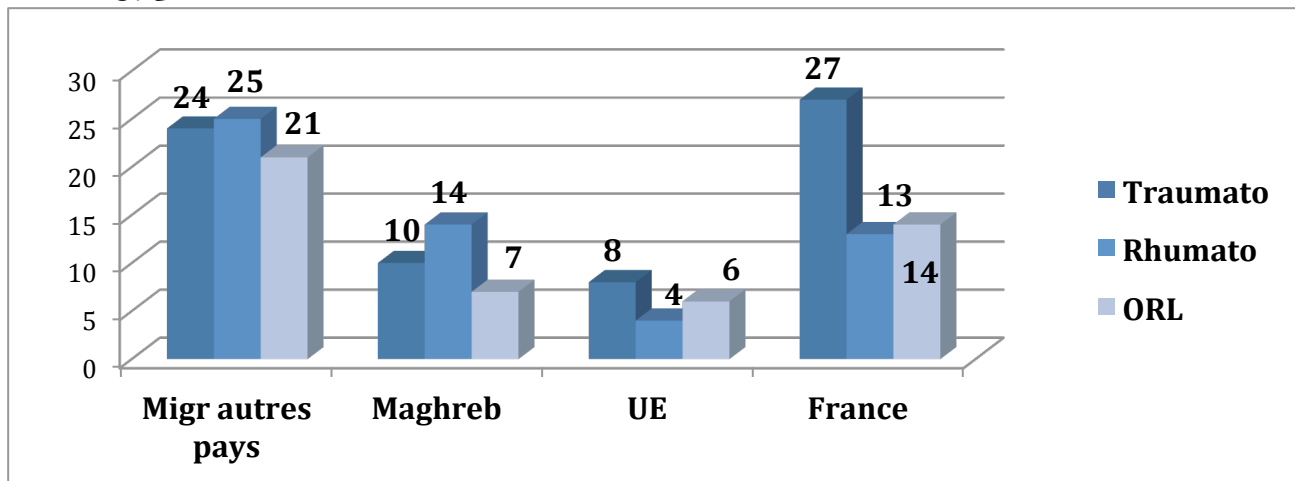


Les motifs « gynéco » sont représentés en quasi totalité (sauf 2 : 1 néoplasie et 1 demande de Procréation Médicalement Assistée) par des femmes arrivant en France avec des grossesses plus ou moins avancées (parfois à terme !) Ces femmes sont soit isolées, soit en famille.

Les isolées nécessitent une prise en charge sociale importante et psychologique notable aussi.

A noter aussi la réactivité du service de gynéco-obstétrique du CH PAU (médecins et sage-femmes), qui répond toujours, quel que soit les termes de grossesse, aux demandes de consultation pour suivi de grossesse.

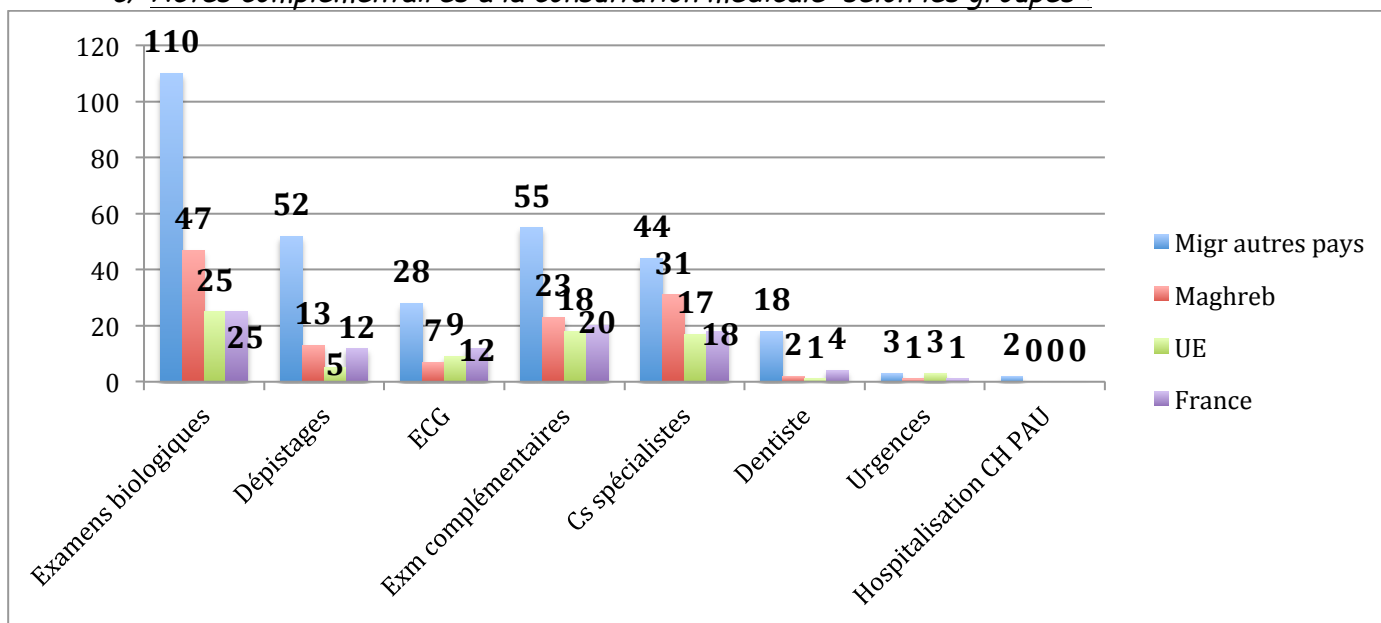
Nombre de motifs de consultation en TRAUMATOLOGIE, RHUMATOLOGIE et ORL



Les motifs « traumato », « rhumato » et « ORL » sont des pathologies le plus souvent bénignes.

Mais il est à noter que les consultations « traumato » des migrants en provenance d'autres pays que le Maghreb et l'UE sont des demandes de consultations sur séquelles anciennes de violence ou torture : anciennes fractures consolidées plus ou moins dans l'axe, et anciennes plaies cicatrisées.

c/ Actes complémentaires à la consultation médicale selon les groupes :



La prise en charge à la PASS consiste, en plus de la consultation médicale, en explorations complémentaires : examens biologiques (dont dépistages), ECG, imagerie (radios, scanners, IRM, écho-dopplers, scintigraphies), endoscopies, EMG, et consultations spécialisées, en plus de nombreux avis téléphoniques ou mails avec nos confrères spécialistes.

De plus, nous avons travaillé avec la pharmacie du CH PAU pour la délivrance des médicaments. Pour les patients suivis en consultation à la PASS, nous donnons une ordonnance aux patients pour une durée de 1 mois maximum. Les patients vont chercher leurs traitements dans un autre bâtiment du CH, à la pharmacie. Parfois, l'IDE de la PASS va chercher les traitements, selon l'état de santé ou la difficultés de communication avec les patients. Pour les TSO, la délivrance est d'une semaine maximum, et c'est l'IDE PASS qui va chercher le traitement à la pharmacie du

CH. Nous leur délivrons lors d'une consultation hebdomadaire jusqu'à recouvrement de leurs droits.

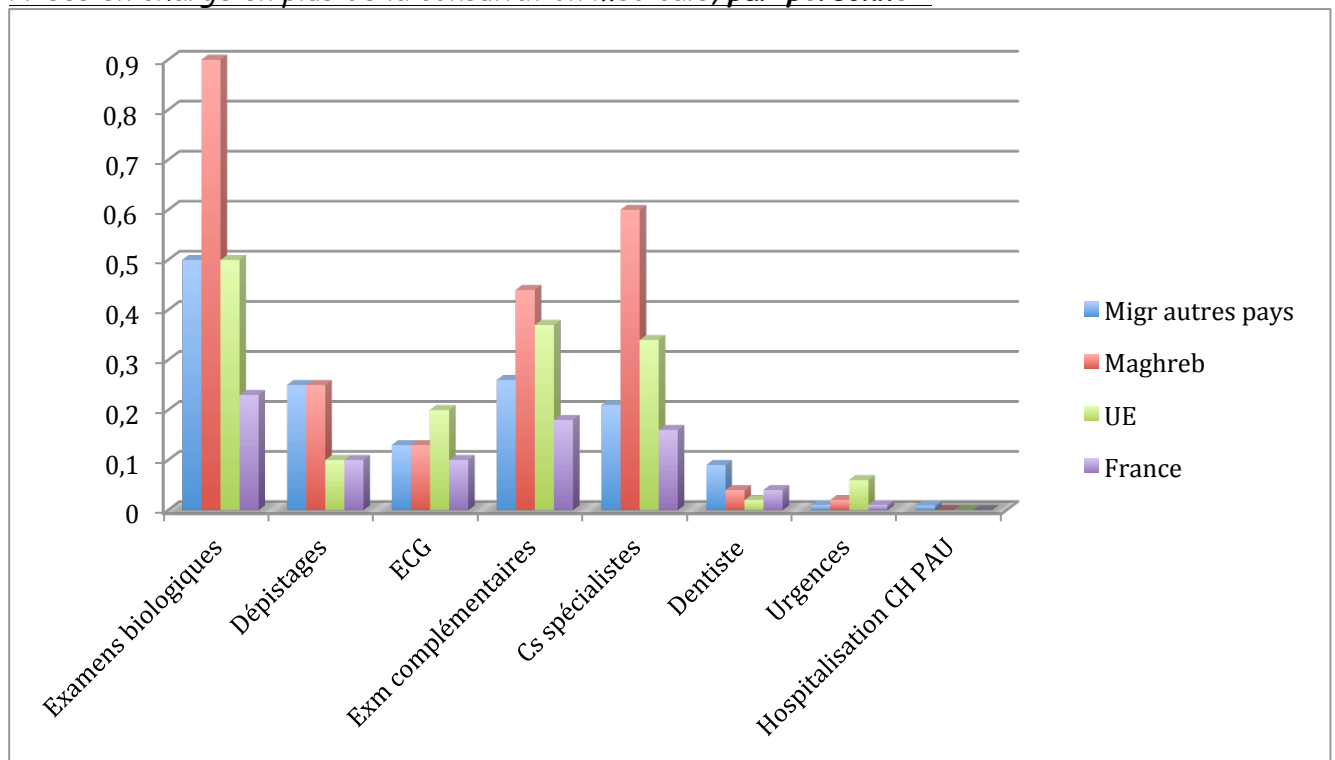
Pour les sorties d'hospitalisation, nous avons écrit un protocole pour les médecins et cadres des unités de soins du CH PAU. Soit la sortie est anticipée, et nous organisons le suivi et la délivrance des médicaments. Soit la sortie n'est pas anticipée, et le service délivre 2 à 3 jours de traitement, jusqu'à la prochaine consultation PASS.

Nous travaillons aussi avec un fauteuil dentaire (sous convention avec le CH PAU) prenant en charge, non seulement la grande précarité, mais aussi les personnes sans assurance maladie : tous les soins dentaires sont assurés, y compris les prothèses si besoin. Ce fauteuil dentaire est situé au centre d'accueil de jour où nous effectuons la consultation déportée, en centre ville de Pau. Nous n'adressons au fauteuil dentaire que les urgences dentaires, le nombre de vacations étant réduit (4 par semaine). Nous ne pouvons pas faire de prévention, ce qui à notre avis serait important, surtout chez les enfants.

Selon les besoins médicaux, nous pouvons adresser les patients aux Urgences du CH Pau, ou en hospitalisations directes, en lien avec les spécialistes concernés du CH PAU.

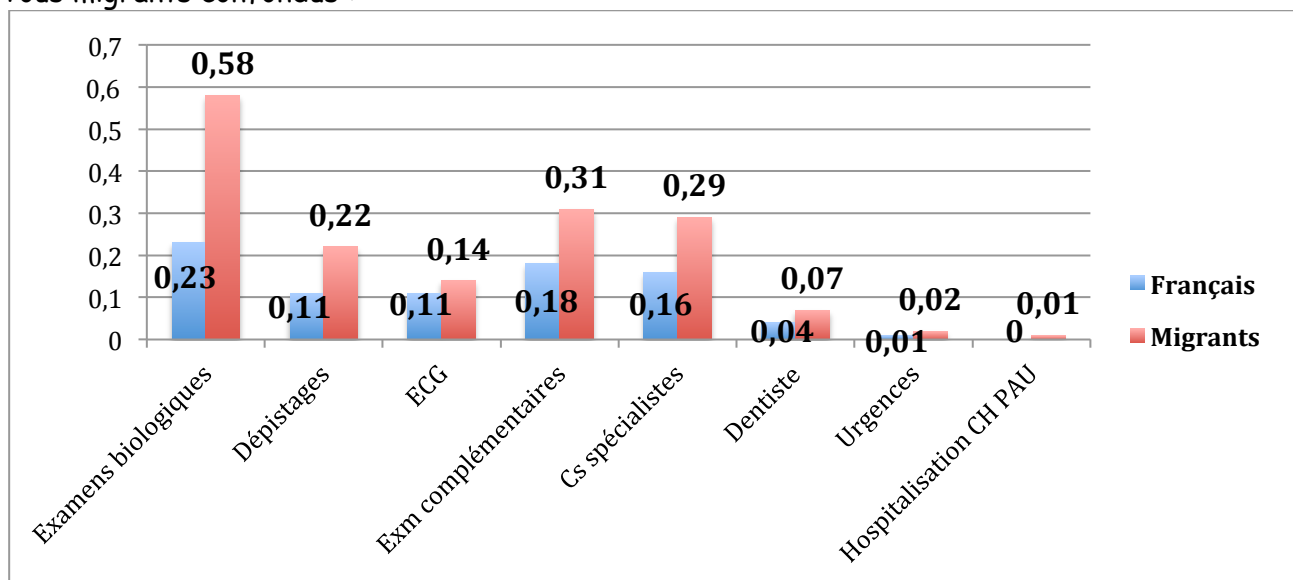
La limite des prises en charge pour les personnes sans droit s'arrête aux hospitalisations : aucun budget n'est prévu pour les hospitalisations, hormis les soins urgents et vitaux, ce qui est parfois compliqué pour l'oncologie et pour certaines pathologies cardiaques ou endocrinologiques.

Prises en charge en plus de la consultation médicale, par personne :



	Examens biologique	Dépistages	ECG	Exm complémentaires	Cs spécialistes	Dentiste	Urgences	Hospitalisation CH PAU
Migr autres pays	0,5	0,25	0,13	0,26	0,21	0,09	0,01	0,009
Maghreb	0,9	0,25	0,13	0,44	0,6	0,04	0,02	0
UE	0,5	0,1	0,2	0,37	0,34	0,02	0,06	0
France	0,23	0,1	0,1	0,18	0,16	0,04	0,01	0

Tous migrants confondus :



D'une manière générale, nous demandons moins d'explorations complémentaires, moins d'avis spécialisés pour les français que pour les migrants (tous confondus).

Nous effectuons plus de biologie, d'examens complémentaires et de consultations spécialistes sur les populations du Maghreb, soit parce que du fait de l'irrégularité de leur situation, nous les suivons plus longtemps, soit du fait de prises en charge de diabète et d'HTA, génératrices d'explorations complémentaires indispensables, et de consultations spécialisées.

Pour les populations en provenance d'autres pays que le Maghreb et l'UE, nous demandons moins d'examens complémentaires et de consultations spécialistes, probablement en raison d'un grand nombre d'entre eux jeunes et bien-portants. Pour cette population, les demandes de consultations spécialisées sont principalement pour prise en charge d'hépatites B.

Il est évident que nous n'effectuons pas assez de dépistages, mais cette mission là n'est normalement plus de notre ressort, sur décision ARS. Et pourtant, il est indispensable de les faire, surtout au vu des résultats obtenus...

Mais je comprends que les CADA ne puissent organiser dans une structure autre et différente du CLAT et centre de vaccination, une autre consultation, avec accompagnant pour chaque primo-arrivant ...

6°) Etude des migrants en provenance d'Afrique sub-saharienne :

La provenance de ces personnes a été montrée p 9.

Soudan	Mali	Cameroun	Erythrée	Guinée C	Gabon	Congo B		
51	9	8	6	6	5	5		
Congo K	Tchad	Nlle Guinée	Cote d'ivoire	Nigéria	Angola	Niger	Centre Afrique	Gambie
4	4	4	3	3	2	1	1	1

J'ai étudié dans un premier temps les parcours migratoire de ces personnes reçues en 2016, mais au vu des difficultés de communication car nous n'avions pas d'interprètes pour les personnes en provenance de Calais, le parcours n'a pu être exploré pour tous... Puis je me suis centrée sur les dépistages effectués, et enfin au vu des résultats, propose des axes d'amélioration.

A noter tout d'abord que le décompte des personnes en provenance de Calais arrivées en octobre 2016 a été difficile, car plusieurs d'entre eux, vus les 2 premiers jours de leur arrivée par la PASS, ont changé de nom, et de date de naissance à la 2ème consultation...L'identité donnée le 1^{er} jour et celle inscrite sur le récépissé de demande d'asile étaient différentes (pour 4 sur 113, nous ne sommes pas arrivés à retrouver la première identité !)

a/ Conditions de voyage et arrivée en France :

Le voyage détaillé est précisé seulement pour 79 personnes (72% de la population étudiée) :

- **26 (36%) sont arrivées en avion**, dont

* 7 pour rapprochement familial,

* 4 familles entières,

* 7 sont arrivées seules, dont 2 femmes enceintes (grossesses avancées) et l'une pour fuite familiale (mariage forcé refusé),

* 3 étudiants (dont 1 a séjourné 7 mois à Calais ...par erreur !),

* 3 avec visa touristique et demande de soins, arrivées dans un état de santé sérieux, avec des pathologies sévères, mais ne relevant pas de soins urgents... La fille de l'une d'entre elle nous avait demandé des devis quelques semaines avant, avait dans un premier temps renoncé à faire venir sa mère devant le coût des soins, puis l'a faite venir dans un second temps...

* 1 ré-orientée par le HCR, après séjour de plusieurs années en camp de réfugiés

- **53 (64%) sont arrivés sur le territoire français par des moyens diverses et variés, autre que l'avion :**

* 47 personnes sont passées par la Lybie, ont traversé en « bateau » vers Italie. Pour ces personnes la moyenne de durée du voyage (temps entre le départ du pays d'origine et l'arrivée sur le territoire français) est de **24 mois**...avec des séjours prolongés en **Lybie de 3 mois à 6 ans**. Plusieurs d'entre eux racontent avoir « perdu » un proche lors de la traversée en Méditerranée.

* 37 ont séjourné à Calais, avec une moyenne de séjour à Calais de **5 mois**. Parmi les personnes en provenance de la jungle de Calais, 3 familles entières, 2 personnes avec des récépissés de demandes d'asile, et l'un qui était avec son père et son frère à Calais, tous trois partis dans des villes de France différentes (affectés dans des bus différents lors du démantèlement de la jungle)

* 12 mineurs, dont 5 passant par Lybie, « bateau », Italie, et les 7 autres passés par Maroc et Espagne. Deux de ces mineurs isolés sont partis à l'âge de 10 ans de chez eux, seuls.

* 5 ont fait des séjours en camp de réfugiés, dont 2 familles, et dont une femme ayant séjourné 7 ans en camp, avec violences sexuelles, et 3 enfants de père inconnu (grossesses durant le séjour en camp).

Ces données soulignent bien la difficulté et la précarité de leur voyage, véritable « parcours du combattant », d'où l'absolue nécessité d'effectuer les dépistages, et de prise en charge psychologique et/ou psychiatrique.

- **97 (89%) des personnes sont logées par les CADA ou hébergés par leur famille pour les rapprochements familiaux et 12 (11%) n'ont pas accès au logement.**

b/ Dépistages :

Sur ces 109 personnes, les dépistages ont été effectués 62 fois, soit 57% de dépistages. Je re-souligne le fait que le CEGIDD n'est plus hospitalier à PAU depuis 2016, et que ces migrants, malgré notre demande ne sont pas allés au CEGIDD, ce qui est regrettable.

Les résultats biologiques de cette étude :

- 1 HIV+ de Centre Afrique, pour qui l'abord de la maladie, et l'utilité du traitement ont été particulièrement difficiles.
- 2 hépatites C d'Angola et Soudan
- 21 hépatites B guéries, 4 hépatites B en cours de guérison ou guérie (Ac anti-HBc+ seul) et 6 hépatites B aiguës ou chroniques. Pour les 6 hépatites B diagnostiquées, nous avons pu, par insistances répétées (limite pour le secret médical !) obtenir un interprète pour les explications, les prises en charge, les habitudes de vie.
- A noter le peu de couverture vaccinale... seules 2 personnes ont été vaccinées, 1 en provenance de Côte d'Ivoire, vaccinée en camp de réfugié, et l'autre en provenance de Gambie.

Ag HBs	-	-	-	-	+	+	+	+
Ac anti HBs	-	-	+	+	-	+	-	+
Ac anti HBc	-	+	-	+	-	-	+	+
	Pas de contact avec virus	HB ancienne et guérie ou Hb en cours de guérison	Vaccin	HB guérie	HB aigue récente (avant apparit ^e des Ac anti HBc)	profil négligeable	HB en cours aigue ou chronique	Séroconversion en cours
Résultats PASS PAU	27	4	2	21	0	0	6	0

c/ Bilan et évolutions indispensables des pratiques :

En janvier 2017, après l'exposé sur l'étude « Parcours », j'ai été très sensibilisée sur le lien entre les conditions de vie précaires dès l'arrivée en France, et la contamination possible de MST après leur arrivée sur le territoire français. Du coup, au lieu de proposer systématiquement des préservatifs, nous avons installé dans la salle d'attente de la PASS un carton rempli de préservatifs, avec les modes d'emploi en plusieurs langues...les premiers jours, le carton se vidait à chaque consultation, alors qu'en les proposant personnellement lors de la consultation en insistant sur la prévention, les personnes les refusaient...

Par ailleurs, à la PASS nous prenons en charge les personnes dès leur arrivée à PAU, mais il est important de noter les conditions de voyage précaires, longues et difficiles, qui doivent aussi augmenter considérablement le risque d'exposition.

Que faire pour la prévention lors de leur migration ?

Concernant la découverte d'HIV+, le parcours est facilité avec nos confrères du CH PAU, la prise en charge médico-sociale rapide, effective, efficace et facile. De plus, le titre de séjour « étranger malade » est aussi facilitant, et facteur de stabilité à plus ou moins court terme.

En revanche, la prise en charge des hépatites est difficile car actuellement les délais de consultation en gastro-entérologie sont nettement plus longs (2 à 4 mois), et du coup, le risque de « perdre de vue » ces patients est important. De plus, les personnes avec des hépatites actives ont été vues plusieurs fois pour explications, mais l'information sur la maladie a été difficile à faire passer. La confrontation des exposés des experts, et notre activité quotidienne

concernant les hépatites nous amènera à revoir le parcours patient avec les spécialistes concernés. Le constat des gastro-entérologues est que les patients de la PASS, très régulièrement, ne se présentent pas à leur consultation. Nous demandons une filière spécifique pour cette population, qui du fait de leur précarité ne peuvent pas prévoir de rendez vous aussi éloignés dans le temps. La mise en œuvre n'est pas facilitée par l'activité importante des spécialistes concernés.

Nous constatons que pour la population précaire française reçue à la PASS et nécessitant des consultations de gastro-entérologie, la problématique est strictement identique.

7°) Bilans de santé :

Depuis l'ouverture de la PASS au CH Pau, nous nous étions posé la question de bilan systématique chez les migrants. Nous avons décidé qu'il n'était pas dans les missions des PASS d'effectuer de « bilan systématique d'arrivée », mais de se centrer sur la symptomatologie présentée, même si les dépistages de maladies infectieuses étaient faits dès qu'un bilan biologique était nécessaire. En effet, nous pensions que ce type de bilan pouvait être effectué dès qu'ils auraient une couverture sociale.

Mais, au vu des exposés de ce DIU, je me repose sérieusement la question. De plus, pour les personnes rencontrées, dès lors qu'elles ont leur couverture sociale, trouver un médecin traitant sur la ville de PAU devient compliqué : en effet, de nombreux médecins libéraux refusent des nouveaux patients, français ou non. Je pense tout de même que la barrière de la langue ne facilite pas les relations éventuelles avec leur futur médecin traitant.

Je m'étais aussi demandé si je ne devais pas, lors de la transmission par courrier du dossier médical au médecin traitant, inscrire que les recherches de maladies infectieuses, et génétiques n'avaient pas été effectuées, et qu'il conviendrait de le faire. Je vois deux écueils à cette démarche : le premier est qu'il n'est pas forcément adapté de « dicter » la conduite à tenir médicale au médecin traitant futur, et le deuxième est que les migrants arrivants n'iront pas forcément consulter pour des maladies éventuelles à rechercher, non symptomatiques.

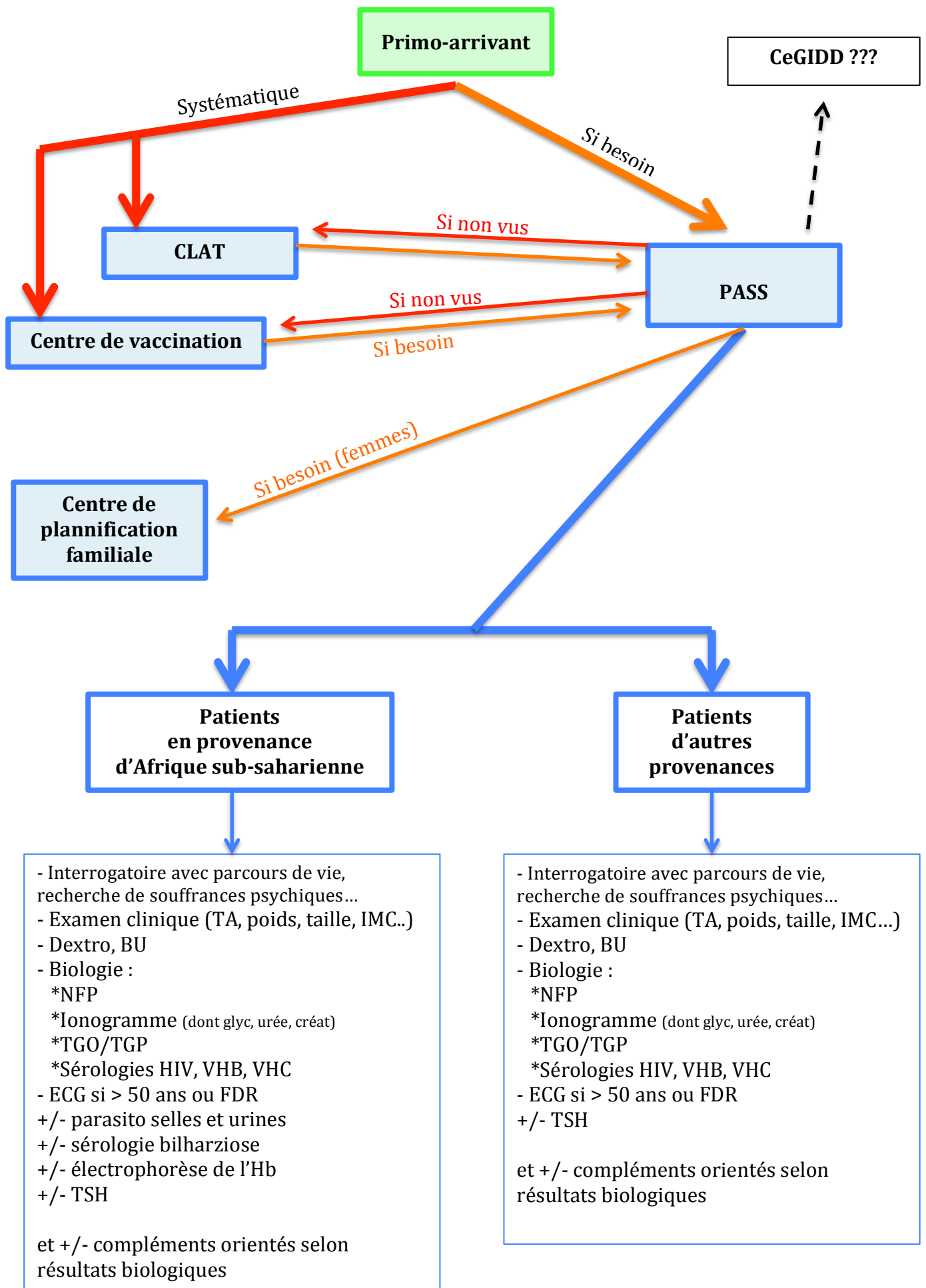
Nous effectuons, lors des dépistages un TPHA et VDRL (tous négatifs, sauf un mais symptomatologie évocatrice). Nous changerons notre CAT, et n'en ferons plus, sauf symptomatologie, bien entendu.

Par ailleurs, tous les primo-arrivants sont orientés vers le CLAT, et le centre de vaccination, soit directement par les CADA, soit par la PASS.

D'un commun accord avec le CLAT (mi-temps médical) et le centre de vaccination (mi-temps médical), ces unités reçoivent les primo-arrivants préférentiellement le vendredi matin, jour de consultation commun PASS-CLAT et vaccination. Ainsi, les 2 structures dirigent vers la PASS les patients vus qui le nécessitent.

Du fait de l'augmentation d'activité sur les migrants, nous avons le projet que le médecin du centre de vaccination partage son activité avec la PASS, si l'augmentation de temps médical PASS est actée par la Direction du CH PAU. Nous voulions même regrouper les 2 structures, mais nous nous heurtons à la segmentation rigide en pôles des établissements de santé publics. (le centre de vaccination est intégré au pôle MEDECINE 2, et la PASS au pôle URGENCES)

Ainsi au regard des exposés des 2 sessions de ce DIU, j'ai construit un organigramme de CAT chez le primo-arrivants que je soumettrais aux équipes :



J'aurais dû inclure le CEGIDD dans cet organigramme, mais en pratique, et au vu de la non-unité de lieu, les migrants reçus ne s'y rendent pas...

8°) Conclusion :

Etant donnée l'évolution de l'activité à la PASS du CH PAU, après quelques années d'expérience, j'ai ressenti le besoin de formation universitaire sur les migrants, tant au niveau géo-politique, que démographique, sociologique, culturel, ethnologique et médical, et ce malgré mes recherches et lectures à ce sujet. Il me fallait mieux comprendre les migrations et ses raisons, les constructions collectives et individuelles et leur dynamique, afin d'appréhender cette population pour une alliance thérapeutique que nous aimerions optimale (!), une meilleure adhérence au parcours de soins, et une prise en charge globale à mon sens. Les questions éthiques médicales fondamentales se posent devant chaque personne rencontrée, à chaque consultation, et mes réponses avaient besoin de plus de connaissances culturelles, sociologiques et anthropologiques. Le partage d'expérience est toujours bénéfique...

J'avais aussi besoin, pour ce faire, d'effectuer une « photographie » des personnes reçues à la PASS, et de l'activité de notre unité de soins pour adapter et faire évoluer nos pratiques. De cette étude sur 2016 en découlent plusieurs axes d'amélioration :

- arriver à mieux capter les personnes en situation irrégulière ayant besoin de soins, avant leur passage aux Urgences. Nous reprendrons au moins contact avec les épiceries sociales de l'agglomération de PAU. De plus, peut-être conviendrait-il de demander à chaque personne en situation irrégulière que nous suivons comment ils ont eu connaissance de notre dispositif (questionnaire prospectif) et de creuser les pistes récoltées. Peut-être aussi conviendrait-il de s'adresser aux services sociaux et médicaux de l'inspection académique.
- Trouver une solution pour l'interprétariat afin de faciliter la communication. Plusieurs pistes ont été explorées...sans solution évidente.
- renforcer encore nos contacts privilégiés avec l'assurance maladie, afin de diminuer encore les temps de réponse. La démarche PLANIR (PLan d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures de l'Assurance Maladie) a été mise en œuvre sur Pau, et a déjà nettement amélioré les réponses. Il conviendra de les renforcer.
- améliorer l'offre de soins en santé mentale pour les adultes mais aussi pour les enfants et adolescents. Nous avons donc déposé avec le CHP un projet de consultation transculturelle. Au vu des exposés de ce DIU, et du nombre de ce type de consultations sur le territoire national, il me semble qu'il conviendrait de revoir ce projet à la baisse et de l'adapter à notre petit territoire. Je reprendrais en main le projet proposé, avec les professionnels intéressés spécialisés.
- mettre en œuvre la démarche de bilan de santé avec dépistages plus systématiques au sein de notre unité de soins. Et revoir avec nos référents locaux ARS l'importance des dépistages à la PASS du CH PAU.
- renforcer les filières avec nos confrères gastro-entérologues du CH PAU afin d'améliorer les délais de prises en charge.
- et enfin travailler avec la DT64ARS et le CDOM (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) le parcours patient après la PASS pour les migrants...conviendrait-il de construire une structure spécifique ? ou de dédier des temps aux PASS ?

Il existe donc bien des axes à travailler, ce qui est plutôt dynamisant pour notre petite unité de soins, qui heureusement peut compter sur une petite équipe de professionnels investis et motivés dans leurs missions.