



Université Paris 13

Mémoire pour l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire « Santé des Migrants »

# Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pédiatrique de Lyon : étude descriptive



Présenté et soutenu en Juin 2017

Par **Dr Sandrine FAILLON épouse BÉNET**

Permanence d'accès aux soins de santé pédiatrique, Hôpital Femme Mère Enfant,  
Hospices Civils de Lyon, Bron  
Service des urgences pédiatriques, Hôpital Femme Mère Enfant,  
Hospices Civils de Lyon, Bron

## RESUME

**Objectifs** : Les PASS apportent une offre de soins aux personnes en grande précarité ; les PASS accueillant exclusivement des enfants sont rares. L'objectif est de décrire la mise en place et la population rencontrée au sein d'une PASS pédiatrique.

**Sujets / Matériels et Méthodes** : Une description de la création le 01/01/15 et de l'évolution jusqu'au 31/12/16 est réalisée à partir d'un recueil prospectif de l'ensemble des patients pris en charge dans la PASS pédiatrique des Hospices Civils de Lyon.

**Résultats principaux** : La consultation hebdomadaire programmée comportait un accueil médical et social conjoints. 376 consultations chez 159 enfants ont été réalisées sur deux ans, dont 62% en 2016. La quasi-totalité des enfants étaient nés à l'étranger, dont plus de 2/3 demandeurs d'asile. Plus d'un tiers des patients ont nécessitaient l'intervention d'interprétariat pour le suivi (N=55 soit 34,6%). Les principales pathologies chroniques étaient des pathologies neurologiques dont épilepsies et des pathologies cardiaques, les pathologies aiguës étaient principalement infectieuses. Plus de 80% des patients (N=130) ont été orientés vers d'autres structures de soins et la réorientation vers un médecin traitant ou pédiatre libéral a pu se faire pour plus de la moitié des patients (N=85).

**Conclusions** : La PASS pédiatrique permet une prise en charge globale et multidisciplinaire des enfants issus de milieux précaires et/ou migrants nécessitant un chemin clinique parfois complexe.

## **SOMMAIRE**

### 1. Introduction

- 1.1. Description des PASS
- 1.2. Missions des PASS
- 1.3. Prise en charge des enfants
- 1.4. Place de la PASS pédiatrique aux Hospices civils de Lyon

### 2. Objectifs

- 2.1. Objectif principal
- 2.2. Objectif secondaire

### 3. Méthodes

- 3.1. Type d'étude
- 3.2. Lieu de l'étude
- 3.3. Période d'étude
- 3.4. Critères d'inclusion
- 3.5. Critères d'exclusion
- 3.6. Données recueillies

### 4. Résultats

- 4.1. Mise en place de la PASS pédiatrique
- 4.2. Description de la population
- 4.3. Comparaison des patients en fonction du pays de naissance

### 5. Description de cas

- 5.1. Cas clinique numéro 1
- 5.2. Cas clinique numéro 2
- 5.3. Cas clinique numéro 3

### 6. Discussion

- 6.1. Résultats principaux
- 6.2. Résultats secondaires
- 6.3. Perspectives

### 7. Conclusion

### 8. Références

## **1. Introduction**

### **1.1. Description des PASS**

La loi d'orientation n° 98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions introduit dans le code de santé publique (CSP) l'article L.6112-6 qui prévoit la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé. Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des établissements de santé correspondent à un dispositif adapté aux personnes en situation de précarité, qui vise à faciliter l'accès au système de santé, la prise en charge des personnes les plus démunies et à aider ces personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits [1].

### **1.2. Missions des PASS**

Une PASS doit offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Une PASS doit agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi [1-3]. Ainsi, les missions des PASS peuvent être résumées en différents points :

- Faciliter l'accès au système de soins
- Accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits en matière de santé avec une réorientation vers le droit commun
- Fournir soins et médicaments sans que les patients aient à avancer les frais
- Sensibiliser et former le personnel hospitalier

### **1.3. Prise en charge des enfants**

Les PASS accueillant exclusivement des enfants sont rares. Le plus souvent, il s'agit d'un dispositif transversal dépendant d'une concertation et d'un partenariat très localisés.

L'activité de la PASS, Permanence d'accès aux soins de santé, a été créée aux Hospices Civils de Lyon en 2000 et s'est implantée à l'hôpital Edouard Herriot depuis 2010, où les patients peuvent être pris en charge à partir de 15 ans 3 mois. La population concernée est donc quasi exclusivement adulte. Cependant, la population prise en charge par la PASS adulte était à prédominance féminine de moins de 50 ans d'après le rapport d'activité de 2012, soit en âge de procréer. On pouvait donc imaginer que la population pédiatrique en découlant était significative. L'équipe ne prend pas en charge la population pédiatrique qui était orientée aux urgences pédiatriques de l'HFME pour la majorité des cas.

### **1.4. Place de la PASS pédiatrique aux Hospices civils de Lyon**

La population pédiatrique bénéficiaires de la PASS était donc prise en charge au niveau des urgences pédiatriques, adressés pour certains par le monde associatif dont « Médecins du Monde ». Le nombre de ces consultations était difficile à évaluer, étant donné que la plupart des patients était sans domicile fixe et sans ouverture de protection sociale et donc sans données administratives fiables. La plupart de ces consultations étaient réalisées en dehors des heures ouvrables, le soir ou le weekend, rendant l'intervention des travailleurs sociaux impossibles. Pour l'année 2013, on retrouvait 266 consultations aux urgences pédiatriques non facturables dont 87 pour des bénéficiaires de l'AME, la CMU ou la CMUc.

La justification de l'ouverture d'une PASS pédiatrique s'est également appuyée sur diverses enquêtes et rapport d'activité, dont une enquête au sein de l'Observatoire du SAMU Social de Paris « ENFAMS - Enfants et familles sans logement » qui fait le constat du nombre de familles, début 2013, élevé à être privées de logement, estimées dans l'enquête à plus de 10 000 familles en Ile-de-France soit un nombre estimé de 35 000 personnes, les enfants représentant près d'un quart de la

population sans logement [4]. On pouvait noter également qu'en 2014, 24.4% des patients ayant consulté au centre d'accueil, de soins et d'orientation de l'association « Médecins du monde » située au centre ville de Lyon avaient moins de 18 ans (soit 725 personnes) et que 11% des patients (311 personnes) avaient moins de 6 ans [5].

## **2. Objectifs**

### **2.1. Objectifs**

L'objectif principal est de décrire la mise en place d'une PASS pédiatrique.

### **2.2. Objectif secondaire**

L'objectif secondaire est de décrire la population rencontrée au sein d'une PASS pédiatrique sur le plan démographique, médical et social.

## **3. Méthodes**

### **3.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, rétrospective, monocentrique.

### **3.2. Lieu de l'étude**

L'étude a été réalisée au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé pédiatrique de l'Hôpital Femme Mère Enfant, Hospices Civils de Lyon, à Bron.

Il s'agit d'une unité fonctionnelle à part entière rattachée au service des urgences pédiatriques de l'Hôpital Femme Mère Enfant, Hospices Civils de Lyon à Bron.

### **3.3. Période d'étude**

Les données ont été recueillies du 01/01/2015 au 31/12/2016.

### **3.4. Critères d'inclusion**

- Patients âgés de 1 jour à 18 ans à la première prise en charge à la PASS
- Pris en charge dans la PASS pédiatrique.

### **3.5. Critères d'exclusion**

- Age  $\geq$  18 ans
- Aucun rendez-vous honoré à la PASS pédiatrique.

### **3.6. Données recueillies**

Les données suivantes ont été collectées individuellement dans une base de données standardisées créée sur Excel :

- Démographiques : date de naissance, date de première consultation, âge, sexe, pays de naissance, langue parlée
- Sociales : type d'hébergement, statut, couverture sociale à la prise en charge et au décours
- Anamnestiques et cliniques : antécédents, examen clinique, état bucco-dentaire
- Explorations réalisés et pathologies rencontrées
- Orientations sociale et médicale.

Une analyse statistique globale puis stratifiée selon le pays de naissance (Asie, Russie / Union européenne / Albanie / Europe non UE autre pays / Afrique du Nord / Afrique sub-saharienne). L'union Européenne regroupe les 28 états membres en 2015 à savoir l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lituanie, la Lettonie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovaquie, la Slovénie et la Suède. Devant le nombre important de patients nés en Albanie, celle-ci a été considérée à part. Les autres pays d'Europe ne faisant pas partie de l'Union Européenne ont par la suite été regroupés avec la Bosnie Herzégovine, le Kosovo, la Serbie et l'Ukraine. L'Afrique du Nord regroupe l'Algérie, l'Égypte, la Libye, la Maroc, la Mauritanie et la Tunisie. L'Afrique Sub-saharienne rassemble les autres pays du continent africain y compris les Comores et Sao Tomé. L'Afghanistan, l'Arménie, la Syrie et la Russie appartiennent au continent asiatique.

Les variables catégorielles ont été décrites en nombre et pourcentages, les variables continues en médiane et intervalle interquartile (IIQ). Les variables catégorielles ont été comparées par test du Chi<sup>2</sup>, les variables continues ont été comparées par le test U de Mann-Whitney. Un  $p < 0,05$  était considéré significatif, les tests étaient bilatéraux. L'analyse a été réalisée avec SPSS 14.0.

## **4. Résultats**

### **4.1. Mise en place de la PASS pédiatrique**

Une PASS pédiatrique a donc été créée le 1er janvier 2015, au sein de l'hôpital Femme Mère Enfant, en tant qu'unité fonctionnelle propre, rattachée au service des urgences pédiatriques. Des consultations de PASS pédiatriques ont été organisées, au niveau des consultations de pédiatrie, qui se situent juste au-dessus des urgences, ce qui permettait une distinction de lieu d'activité tout en gardant la proximité, avec 2 box de consultations mis à disposition. Il s'agissait de consultations médico-sociales avec temps médical de 10% et temps social de 25%, sur rendez-vous uniquement. Nous avons fixé les lundis comme jour de consultation afin de faciliter la réorientation à partir des urgences lors des consultations de weekend. Une délivrance de médicament a été organisée avec la pharmacie centrale sous contrôle d'un laissez-passer social valable 15 jours. Une signalétique a été mise en place à partir du hall d'accueil de l'hôpital. Il s'agissait de consultations multidisciplinaires conjointes entre médecin et assistante sociale pour permettre une meilleure compréhension de la situation globale de la personne et de sa famille et éviter la perte d'information en cas de barrière linguistique.

Les bénéficiaires de la PASS sont représentées par les personnes en situation de précarité avec besoins de soins externes et qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons :

- Absence de couverture sociale ou incomplète (absence de complémentaire santé)
- Désocialisation nécessitant un accompagnement spécifique dans le parcours de soins

L'orientation vers la PASS pédiatrique a donc été recommandée en cas de statut de demande d'asile sans droit ou en attente de droit, de mineurs isolés non accompagnés, de mineurs dont la famille est en situation irrégulière, d'enfant sans domiciliation ou en cas d'hébergements précaires.

Un travail de communication en interne et en externe a été réalisé afin d'informer de la création de cette nouvelle activité, de sensibiliser et de former le personnel hospitalier (Médecins, internes, cadre de santé et équipe infirmière, travailleurs sociaux, bureau des entrées, département d'information médicale, pharmacie centrale) et les différents partenaires extérieurs (Les services publics de soins, le service médico-social scolaire, la mission santé de la ville de Lyon, les services de PMI, la Mission d'Evaluation et d'Orientation des Mineurs Isolés, Forum réfugiés, les associations dont Médecins du monde,...).

Divers outils linguistiques ont été mis en place au sein de la consultation avec les guides bilingues de l'INPES, le guide de communication « Dialoguer en images » (Accessible à : [www.ladapt.net/sites/default/files/atoms/document/dialoguer\\_avec\\_des\\_images.pdf](http://www.ladapt.net/sites/default/files/atoms/document/dialoguer_avec_des_images.pdf)), création de plan multilingue de la pharmacie centrale, des guides multilingues d'utilisation des chambres d'inhalation ou de conseils pédiatriques, utilisation d'interprétariat physique ou téléphonique par Inter-service migrant.

#### 4.2. Description de la population

Au total, 376 consultations ont été réalisées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31/12/2016 pour 159 patients vus au sein de la PASS pédiatrique. 60 (38%) patients ont été vus en 2015 et 99 (62%) en 2016. Il y avait 76 (48%) filles pour 83 (52%) garçons. L'âge médian des enfants était de 6,5 ans (IIQ 3,3-10,8).

Le tableau 1 reprend la répartition des pays de naissance de l'ensemble de la population étudiée. Seuls 6 (3,8%) patients étaient nés en France. Le tableau 2 montre la répartition géographique de l'ensemble de la population étudiée par région. Les patients étaient nés majoritairement dans un pays d'Afrique sub-saharienne (27%) et en Albanie (23,5%).

**Tableau 1 – Pays de naissance des patients vus en consultation**

Pays de naissance	Nombre (N=158)	Pourcentage	Pays de naissance	Nombre (N=158)	Pourcentage
AFGHANISTAN	2	1,3%	GUINEE	3	1,9%
ALBANIE	37	23,4%	GUINEE EQUATORIALE	1	0,6%
ALGERIE	17	10,8%	GUINEE KONAKRY	1	0,6%
ALLEMAGNE	2	1,3%	ITALIE	7	4,4%
ANGOLA	6	3,8%	KOSOVO	9	5,7%
ARMENIE	6	3,8%	LYBIE	1	0,6%
BOSNIE-HERZEGOVINE	3	1,9%	MAROC	1	0,6%
BULGARIE	2	1,3%	POLOGNE	1	0,6%
CAMEROUN	5	3,2%	ROUMANIE	7	4,4%
CENTRAFRIQUE	2	1,3%	RUSSIE	3	1,9%
COMORES	2	1,3%	SAO TOME	1	0,6%
CONGO	2	1,3%	SERBIE	1	0,6%
CONGO KINSHASA	9	5,7%	SOUDAN	6	3,8%
CONGO BRAZZAVILLE	2	1,3%	SYRIE	2	1,3%
DJIBOUTI	1	0,6%	TANZANIE	1	0,6%
FRANCE	6	3,8%	TUNISIE	2	1,3%
GABON	1	0,6%	UKRAINE	4	2,5%
GRECE	2	1,3%			

Le tableau 3 fournit la provenance des orientations à la PASS pédiatrique des patients vus en consultation. La majorité des patients, plus d'un tiers, ont été orientés par circuit le interne de l'hôpital via les différents services de l'hôpital Femme Mère Enfant avec en premier lieu le service des urgences pédiatriques. Le tableau 4 montre les caractéristiques sociales de la population étudiée et le type de couverture sociale obtenue. Seuls 11 patients, moins de 7%, avaient une protection sociale à la prise en charge. Plus de deux tiers des patients (N=102 soit 64%) étaient demandeurs d'asile.

**Tableau 2 – Région de naissance des patients vus en consultation**

Pays de naissance	Nombre (N=158)	Pourcentage
Union européenne	27	17%
Albanie	37	23,5%
Europe non union européenne autre	17	11%
Afrique du nord	21	13,5%
Afrique sub-saharienne	43	27%
Asie	13	8%

**Tableau 3 - Provenance des patients adressés à la PASS pédiatrique**

Adressé par	Nombre (N=159)	Pourcentage
Services hospitaliers HFME (urgences, autres)	54	34%
Autres PASS (adulte, dentaire, psy)	31	19,5%
Services publics de soins (PMI-MDR, CMP, CIDAG, médecine scolaire)	21	13,2%
Forum Réfugiés	37	23,3%
CADA (médecins, travailleurs sociaux)	5	3,1%
Associations (MDM, CIMADE)	5	3,1%
Famille	4	2,5%
non connu	2	1,3%

HFME hôpital femme mère enfant, PMI protection maternelle et infantile, MDR maison du Rhône, CMP centre médico-psychologique, CIDAG centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit, CADA centre d'accueil des demandeurs d'asile, MDM médecins du monde, CIMADE

**Tableau 4 - Caractéristiques sociales de la population étudiée**

Caractéristique	Nombre (N=159)	Pourcentage
Protection sociale effective à la prise en charge	11	6,9%
Carte européenne	4	2,5%
<b>Statut</b>		
Demandeur d'asile	102	64,2%
Mineur non accompagné	2	1,3%
Visa de tourisme	8	5,0%
<b>Protection sociale obtenue</b>		
AME	28	17,6%
AME SU	1	0,6%
AME mineur	36	22,6%
CMU/PUMA	19	11,9%
CMUc	93	58,5%

AME aide médicale d'Etat, AME SU AME soins urgents, CMU couverture maladie universelle, CMUc CMU complémentaire, PUMA protection universelle maladie

Le tableau 5 indique le type d'hébergement à la prise en charge ; il montre que moins de 8% des patients avaient un logement individuel (N=12 soit 7,5%). Le nombre médian de consultation par patient était de 2 (IIQ 1-3). La figure 1 reprend le nombre de consultations réalisées par patient. Plus d'un tiers des patients ont nécessitaient l'intervention d'interprétariat pour le suivi (N=55 soit 34,6%), interprétariat professionnel dans 63,6% des cas, 23,6% de l'interprétariat était assuré par l'entourage (ami, compatriote), le reste n'étant pas précisé.

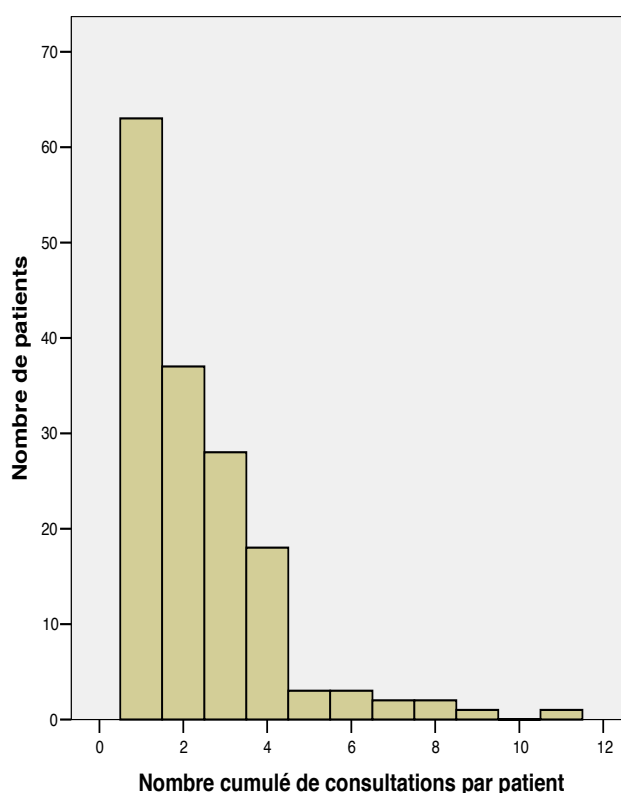
Des explorations complémentaires ont pu être réalisées à type de bilan biologique, électrocardiogramme, radiographie standard, échographie, scanner ou électroencéphalogramme. Deux patients ont pu bénéficier d'une IRM dont un avant l'ouverture des droits.



**Tableau 5 - Type d'hébergement à la prise en charge initiale des patients**

Hébergement	Nombre (N=159)	Pourcentage
CADA, centre de transit, foyer	41	25,8%
Associations caritatives (Les sœurs de la Charité,...)	3	1,9%
Famille, Compatriote	15	9,4%
Hôtel	4	2,5%
SDF, voiture	32	20,1%
Squat	5	3,1%
Logement individuel	12	7,5%
non connu	47	29,5%

CADA centre d'accueil des demandeurs d'asile, SDF sans domicile fixe



**Figure 1 – nombre de consultations par patient**

Soixante deux patients (39%) présentaient une pathologie chronique nécessitant un suivi médical régulier. Une pathologie aiguë nécessitant un traitement était diagnostiquée chez 45 (28%) patients. Le tableau 6 reprend les différents types de pathologies rencontrées. On notera que 7 (4,4%) patients porteurs un diabète insulino-dépendant ont été suivis à la PASS pédiatrique. Trois infections tuberculeuses latentes ont été diagnostiquées et suivies à la PASS pédiatrique. Cinq cas de saturnisme défini par une plombémie > 50 µg/l ont été dépistés, nécessitant un simple suivi sans intervention thérapeutique. Deux patients ont été adressés à la PASS pédiatrique au décours d'une sérologie positive pour le Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH) en l'absence de toute protection sociale. Douze patients (7,5%) présentaient une cardiopathie. Le tableau 7 fournit le listing global des pathologies rencontrées en PASS pédiatrique.

**Tableau 6 - Type de pathologies rencontrées**

Type de pathologie	Nombre (N=159)	Pourcentage
Pathologies infectieuses		
ITL	3	1,9%
VIH	2	1,3%
hépatite virale	1	0,6%
syphilis	1	0,6%
ectoparasitose	1	0,6%
Epilepsie	14	8,8%
Autres pathologies neurologiques	27	17,0%
Cardiopathies	12	7,5%
Asthme	6	3,8%
Troubles psychiatriques/ psychologiques	20	12,6%
Diabète	7	4,4%
Pathologies dermatologiques	10	6,3%
Pathologies rénales	2	1,3%
Pathologies orthopédiques	9	5,7%
Pathologies hématologiques	4	2,5%
Obésité	7	4,4%
Dénutrition	3	1,9%
Saturnisme	5	3,1%
Caries dentaires / abcès dentaires	33	21%

ITL infection tuberculeuse latente, VIH virus de l'immunodéficience humaine

Le tableau 8 donne les différentes orientations médicales faites pour les patients rencontrés à la PASS pédiatrique. Plus de 80% des patients (N=130) ont été orientés vers d'autres structures de soins et la réorientation vers un médecin traitant ou pédiatre libéral a pu se faire pour plus de la moitié des patients (N=85). Plus d'un tiers des patients (N=60 soit 37,7%) ont été réorientés vers un médecin spécialiste hospitalier.

Près de la moitié des patients ont été adressés au CDHS, comité départemental d'hygiène sociale, qui a comme principales missions la lutte et la prévention de la tuberculose ainsi que la vaccination publique pour les enfants de plus de 6 ans. Le centre ESSOR est un centre de santé de Forum Réfugiés à destination des publics en souffrance psychique liée à l'exil et des victimes de violence et de torture. 37 (23,3%) patients ont été perdus de vue, 8 patients ont changé de foyer avant la fin du suivi.

**Tableau 7 - Listing des pathologies rencontrées**

Pathologie	Nombre (N=159)	%		Nombre (N=159)	%
accès palustre	1	0,6	paralysie cérébrale tétraparétique	1	0,6
algoneurodystrophie cheville	1	0,6	pneumopathie	1	0,6
anémie ferriprive majeure Hb=3 g/dl	1	0,6	pneumopathie à Mycoplasme pneumoniae	1	0,6
brulure 2eme degré	2	1,3	polykystose rénale familiale	2	1,3
céphalées de tension	1	0,6	rein unique	1	0,6
déficit membre supérieur	1	0,6	remaniement 22q11	1	0,6
dérivation ventriculo- peritoneale sur hémorragie intra-ventriculaire périnatale	1	0,6	retard global de développement avec troubles du spectre autistique	2	1,3
dysplasie de hanches	1	0,6	retard global de développement/SAOS	1	0,6
ectoparasitose	1	0,6	retard global des acquisitions	1	0,6
eczéma	6	3,8	RGO	1	0,6
encéphalopathie avec hémiparésie	1	0,6	SAOS	1	0,6
encéphalopathie fixée sévère, grabataire	1	0,6	saturnisme	5	3,1
énurésie secondaire	3	1,9	scoliose	2	1,3
épilepsie	14	8,8	séquelles d'arme à feu	2	1,3
folliculite	1	0,6	séropositivité HIV	2	1,3
fracture poignet	1	0,6	spina bifida	1	0,6
hémophilie A sévère	1	0,6	syndrome de jonction, dilatation pyélo-calicielle avec infection à répétition	1	0,6
hépatite virale	1	0,6	syndrome de Prader Willy	1	0,6
hernie inguinale non compliquée opérée	1	0,6	syndrome malformatif facio- crânien	1	0,6
hernie ombilicale avec indication chirurgicale	1	0,6	sypilis	1	0,6
hétérozygotie drépanocytaire	2	1,3	tétralogie de Fallot	1	0,6
HTAP fixée sévère sur cœur pulmonaire chronique	1	0,6	tétraparésie spastique	1	0,6
infection tuberculeuse latente	3	1,9	trisomie 21	1	0,6
maladie de Sever	1	0,6	troubles anxieux	1	0,6
neutropénie néonatale sévère auto-immune	1	0,6	troubles auditifs	1	0,6
paralysie cérébrale	2	1,3	troubles de l'élocution bégaiement	1	0,6
paralysie cérébrale post- anoxie périnatale	1	0,6	tumeur cérébrale de la région pinéale opérée	1	0,6

Hb hémoglobine, HTAP hypertension artérielle pulmonaire, SAOS syndrome d'apnée obstructif du sommeil, RGO reflux gastro-oesophagien

**Tableau 8 – Orientations médicales des patients vus en consultation**

	Nombre (N=159)	%		N (N=159)	%
<b>Orientation</b>	<b>130</b>	<b>81,8</b>			
Médecin traitant	78	49,1	Partenaires sociaux	1	0,6
PMI	36	22,6	CDHS	68	42,8
Spécialiste libéral	7	4,4	Kinésithérapeute	5	3,1
Spécialiste hospitalier	60	37,7	Centre ESSOR	2	1,3
PASS psychiatrique	0	0	consultation transculturelle	2	1,3
PASS dentaire	22	13,8	HAD	1	0,6
Consultation dentaire	2	1,3	SSR	1	0,6

PMI protection maternelle et infantile, CDHS comité départemental d'hygiène sociale, Centre ESSOR Centre de santé à destination des publics en souffrance psychique liée à l'exil et des victimes de violence et de torture, HAD hospitalisation à domicile, SSR soins de suite et de réadaptation

#### 4.3. Comparaison des patients en fonction du pays de naissance

Les tableaux 9 et 10 reprennent les caractéristiques démographiques, médicales, sociales ainsi que le suivi de la population étudiée en fonction de la région de naissance.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques, on note une différence significative ( $p < 0,05$ ) entre les différents groupes représentés pour l'âge. Sur le plan médical, une différence significative s'observe entre les différents groupes sur la présence ou non d'une pathologie chronique, de la présence de troubles psychiatriques ou psychologiques, de la présence d'une pathologie rénale ou orthopédique.

En ce qui concerne les caractéristiques sociales, on note une différence significative ( $p < 0,05$ ) entre les différents groupes représentés sur toutes les variables comparées. Pour le suivi et l'orientation, les différences sont constatées pour la présence ou non d'interprétariat, l'orientation vers la PASS dentaire, la PMI ou le centre ESSOR.

**Tableau 9 - Caractéristiques démographiques et médicales des patients en fonction de la région de naissance**

Caractéristique, %	Asie, Russie (n=13)	Union européenne (n=27)	Albanie (n=37)	Europe non UE autre pays (n=17)	Afrique du Nord (n=21)	Afrique sub-saharienne (n=43)	p
<b>Démographie</b>							
Sexe, fille	53,8%	59,3%	37,8%	47,1%	47,6%	48,8%	0,67
Garçon	46,2%	40,7%	62,2%	52,9%	52,4%	51,2%	
Age en années, moyenne (DS)	10,0 (4,4)	6,0 (5,3)	7,3 (4,4)	9,0 (4,6)	5,9 (4,3)	6,6 (4,8)	<b>0,03</b>
Année de 1ère consultation							
2 015	30,8%	37,0%	27,0%	70,6%	42,9%	34,9%	0,07
2 016	69,2%	63,0%	73,0%	29,4%	57,1%	65,1%	
<b>Pathologies à prise en charge</b>							
Pathologie aiguë	23,1%	33,3%	24,3%	23,5%	33,3%	30,2%	0,94
Pathologie chronique	23,1%	33,3%	51,4%	52,9%	57,1%	23,3%	<b>0,02</b>
Pédiatrie générale	53,8%	70,4%	45,9%	29,4%	42,9%	55,8%	0,13
Infection tuberculeuse latente	0%	3,7%	2,7%	0%	0%	2,3%	0,99
Séropositif HIV	0%	0%	0%	0%	0%	4,7%	0,7
Hépatite virale	0%	0%	2,7%	0%	0%	0%	0,73
Syphilis	0%	2,7%	0%	0%	0%	0%	0,73
Ectoparasitose	0%	0%	2,7%	0%	0%	0%	0,73
Epilepsie	7,7%	0%	13,5%	17,6%	0%	11,6%	0,11
Autre pathologie neurologique	15,4%	3,7%	18,9%	29,4%	33,3%	11,6%	0,06
Cardiopathie	7,7%	7,4%	13,5%	5,9%	0%	2,3%	0,3
Asthme	0%	7,4%	2,7%	0%	4,8%	4,7%	0,92
Troubles psychiatriques	46,2%	0%	18,9%	5,9%	4,8%	11,6%	<b>0,002</b>
Diabète	7,7%	7,4%	2,7%	0%	14,3%	0%	0,07
Pathologie dermatologique	0%	7,4%	2,7%	5,9%	4,8%	11,6%	0,68
Pathologie rénale	0%	0%	0%	0%	9,5%	0%	<b>0,03</b>
Pathologie orthopédique	7,7%	3,7%	13,5%	11,8%	0%	0%	<b>0,04</b>
Obésité	0%	3,7%	2,7%	0%	4,8%	9,3%	0,75
Dénutrition	0%	0%	2,7%	5,9%	0%	2,3%	0,78
Saturnisme	0%	11,1%	5,4%	0%	0%	0%	0,13
Caries dentaires/abcès	23,1%	14,8%	27,0%	35,3%	19%	14%	0,42
Autre pathologie	0%	18,5%	10,8%	23,5%	4,8%	16,3%	0,32

**Tableau 10 – Caractéristiques sociales et suivi des patients en fonction de la région de naissance**

Caractéristique, %	Asie, Russie (n=13)	Union européenne (n=27)	Albanie (n=37)	Europe non UE autre pays (n=17)	Afrique du Nord (n=21)	Afrique sub- saharienne (n=43)	p
<b>Social</b>							
Délai entrée en France - prise en charge, jours, moyenne (DS)	85 (50)	373 (668)	69 (40)	85 (41)	105 (93)	97 (108)	<b>0,015</b>
Protection sociale effective à la prise en charge	30,8%	0%	2,7%	11,8%	4,8%	7%	<b>0,01</b>
Carte européenne	0%	14,8%	0%	0%	0%	0%	<b>0,005</b>
Statut							
Demandeur d'asile	84,6%	14,8%	100%	100%	23,8%	62,8%	<b>0,006</b>
Mineur non accompagné	15,4%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0,006</b>
Visa de tourisme	0%	3,7%	0%	0%	33,3%	0%	<b>&lt;0,001</b>
Protection sociale obtenue							
AME	0%	37%	10,8%	5,9%	47,6%	7%	<b>&lt;0,001</b>
AME mineur	100%	48,1%	86,5%	100%	52,4%	83,7%	<b>&lt;0,001</b>
CMU/PUMA	7,7%	3,7%	5,4%	41,2%	23,8%	7%	<b>0,002</b>
CMUc	84,6%	29,6%	73,0%	70,6%	33,3%	62,8%	<b>&lt;0,001</b>
<b>Suivi</b>							
Nombre de consultations par enfant, moyenne (DS)	2,2 (2,4)	3,0 (2,4)	2,3 (1,7)	2,3 (1,6)	2,3 (1,1)	2,1 (1,3)	0,34
Présence d'interprète	53,8%	25,9%	67,6%	52,9%	0%	16,3%	<b>&lt;0,001</b>
Orientation	84,6%	77,8%	83,8%	76,5%	85,7%	83,7%	0,96
Hospitalisation	0%	14,8%	10,8%	5,9%	14,3%	9,3%	0,63
Médecin traitant	46,2%	48,1%	54,1%	41,2%	47,6%	48,8%	0,97
PMI	0%	33,3%	10,8%	5,9%	28,6%	37,2%	<b>0,003</b>
Médecin spécialiste libéral	0%	0%	2,7%	0%	19,0%	4,7%	0,05
Médecin spécialiste hospitalier	23,1%	33,3%	45,9%	47,1%	52,4%	27,9%	0,24
PASS dentaire	15,4%	3,7%	21,6%	35,3%	4,8%	9,3%	<b>0,03</b>
Consultation dentaire	0%	0%	0%	0%	9,5%	0%	0,42
CDHS	61,5%	37%	43,2%	41,2%	28,6%	48,8%	0,48
Kinésithérapeute	0%	3,7%	2,7%	11,8%	4,8%	0%	0,23
Partenaires sociaux	0%	0%	0%	0%	4,8%	0%	0,2
Centre ESSOR	15,4%	0%	0%	0%	0%	0%	<b>0,006</b>
Autres orientations	7,7%	0%	2,7%	5,9%	4,8%	2,3%	0,59

DS déviation standard, AME aide médicale d'Etat, CMU couverture maladie universelle, CMUc CMU complémentaire, PUMA protection universelle maladie, PMI protection maternelle et infantile, CDHS comité départemental d'hygiène sociale, Centre ESSOR Centre de santé à destination des publics en souffrance psychique liée à l'exil et des victimes de violence et de torture

## 5. Description de cas

### 5.1. Cas clinique numéro 1

Il s'agissait d'une fille de 2 ans et demie, adressée à la PASS pédiatrique par le Centre d'Information et de dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG) pour bilan de santé après la découverte de sérologie hépatite B positive chez le père et sérologie de syphilis très fortement positive chez les deux parents. Il s'agissait de la première et seule enfant d'un couple non consanguin de nationalité Roumaine, née en Roumanie, arrivée en France à l'âge de 6 mois. Elle n'avait aucun antécédent particulier. La grossesse a été marquée par une syphilis primaire maternelle traitée par 3 injections intra-musculaires d'EXTENCILLINE. Les parents ont bénéficié d'un traitement par 3 injections d'EXTENCILLINE intra-musculaire. Une demande d'Aide Médicale d'Etat était en cours, encore non effective.

L'examen clinique retrouvait une patiente avec un état général conservé de 11.4 Kg (25<sup>ème</sup> percentile) pour 84.2 cm (-1DS) avec un périmètre crânien de 45.5 cm (-2DS). Le développement psycho-moteur était satisfaisant avec marche acquise à 15 mois, propreté acquise. L'inspection mettait en évidence des lésions cutanées datant d'environ 3 semaines, d'après les parents, avec plusieurs papules des grandes lèvres, environ une dizaine, pour certaines discrètement érosives, en particulier celles de la marge anale. Les lésions étaient relativement souples, non douloureuses à la palpation. On notait de discrètes macules érythémateuses plantaires bilatérales, avec une petite collerette desquamative. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Les prélèvements des lésions génitales ont permis de mettre en évidence une PCR positive pour *Treponema Pallidum*. La sérologie syphilitique réalisée était également positive avec présence d'anticorps tréponémiques TPHA très importante à 1/10240.

Le diagnostic de syphilis secondaire a été porté et un bilan d'extension a été réalisé en hospitalisation, négatif (ponction lombaire, radiographies des os longs, fond d'œil). L'enfant a reçu un traitement antibiotique par PENICILLINE G à 50 000U/kg x 4/j pendant 10 jours. Le suivi a été par la suite assuré en ambulatoire à la PASS pédiatrique permettant de mettre en évidence une diminution satisfaisante de la sérologie en faveur d'un traitement efficace. Le mode de contamination suspecté était des bains communs avec la maman. Une orientation a été faite vers les services de Protection Maternels Infantiles pour la mise à jour du calendrier vaccinal.

### 5.2. Cas clinique numéro 2

Il s'agissait d'une fille de 10 ans, adressée à la PASS pédiatrique par la médecine scolaire pour douleurs osseuses et dyspnée d'effort. Il s'agissait de la première d'une fratrie de 3 enfants, originaire de Serbie, arrivée en France depuis 5 mois. Une demande d'asile était en cours depuis 4 mois. La grossesse avait été sans particularité avec une naissance à terme avec un poids de naissance à 2.080 Kg, pas de taille de naissance connue. Hospitalisation au 9<sup>ème</sup> jour de vie pour mauvaise prise pondérale avec découverte d'une malformation cardiaque et mise en place d'un traitement ( ? ) non suivi actuellement. Un suivi médical était assuré en Serbie pour retard de croissance (taille < - 4DS). Une scolarisation classique avait été suivie jusqu'alors sans problème. Une demande de couverture sociale était en cours, encore non effective.

L'examen clinique mettait en évidence une fille en bon état général, de 19.8 Kg (-4 DS) pour 116 cm (-4.5 DS) et un indice de masse corporelle à -1.5 DS. L'auscultation notait un souffle éjectionnel 3/6 au foyer pulmonaire et aortique. La tension artérielle était élevée à 133/92 au membre supérieur droit, 110/85 aux trois autres membres. On notait une malposition dentaire avec un palais ogival, un thorax un peu large et des fibulas larges. Elle était strictement prépubère.

L'électrocardiogramme était sinusal, normal. L'échocardiographie montrait une bicuspidie aortique non sténosante avec franche dilatation de l'aorte ascendante avec rétrécissement aortique

sous valvulaire. L'angiostScanner thoracique a confirmé la co-arcuation de l'aorte. Le caryotype a retrouvé une mosaïque 45X (80%)/46Xanneau dérivé de chromosome X (20% des mitoses), permettant de confirmer le diagnostic de Syndrome de Turner. Une prise en charge chirurgicale a été décidée avec intervention de type Tirone David. Un suivi endocrinologique a été instauré avec introduction d'un traitement par hormone de croissance.

### **5.3. Cas clinique numéro 3**

Il s'agissait d'un garçon de 11 ans, adressé à la PASS pédiatrique par les urgences pédiatriques de l'Hôpital Femme Mère Enfant, pour découverte d'une séropositivité pour le VIH. Il s'agissait du 4<sup>ème</sup> enfant d'une fratrie de 4, originaire du Gabon, arrivé avec sa tante en France depuis 10 jours, pour rejoindre sa mère, installée en France depuis plusieurs années. Les 3 autres frères étaient au Gabon, en bonne santé. On notait dans les antécédents une grossesse sans particularité, une naissance à terme par voie basse. La maman signalait un allaitement maternel prolongé > 1 an et plusieurs épisodes de pneumopathies traitées par antibiotiques au Gabon. Les vaccinations étaient à jour, y compris pour le BCG réalisé à la naissance sans complication.

La consultation aux urgences était motivée par une fièvre dès l'arrivée en France. La recherche de paludisme était négative. L'examen clinique mettait en évidence un enfant asthénique de 19.8 Kg (-4DS) pour 129 cm (-2 DS) avec un IMC= 11.9 kg/m<sup>2</sup>, PB/PC à 0.26. L'hémodynamique était stable. On retrouvait des diarrhées non glairo-sanglantes. Il n'y avait pas d'organomégalie. L'examen ORL était normal sans mucite.

Les explorations complémentaires mettaient en évidence une anémie normocytaire avec lymphopénie à 0.74 G/L avec taux de lymphocytes CD4 à 3/μl, quantification de l'ARN du VIH1 à 665900 copies/ml, génotypage avec multi sensibilité aux rétro-viraux, résistance au TIPRANAVIR, possible résistance à l'ATAZANAVIR.

Une prise en charge en hospitalisation a été rapidement organisée pour initiation du traitement anti-rétroviral, bilan des infections opportunistes et prise en charge de la dénutrition sévère avec mise en place d'une nutrition entérale par sonde naso-gastrique.

## **6. Discussion**

### **6.1. Résultats principaux**

Ce travail a permis d'apporter plusieurs informations importantes, répondant à l'objectif principal et secondaire de l'étude.

Le premier point est que la mise en place de la PASS pédiatrique a répondu à un besoin évident marqué par une franche augmentation de 65% du nombre de patients vus en consultation entre 2015 et 2016. On remarque que la population rencontrée correspond bien aux critères d'orientation en permanence d'accès aux soins de santé. En effet, la grande majorité des patients n'avaient pas de couverture sociale à la prise en charge et pas de logement personnel, reflet d'une situation de grande précarité. Cette nouvelle activité a su s'implanter auprès des différents partenaires internes car la majorité des patients ont été orientés à partir des services de l'hôpital, où l'activité a été bien identifiée. Mais elle a su également toucher les partenaires extérieurs, ce qui se reflète par la diversité de la provenance des patients orientés à la PASS pédiatrique. Une mission importante des PASS qu'est la réorientation vers le droit commun est également illustrée dans ces données. En effet, la réorientation est plutôt bonne à l'ouverture des droits, le suivi à la PASS est court avec un nombre de consultation limité. Il serait toutefois pertinent de s'intéresser au devenir de ces patients à distance et notamment à leur adhésion au système de soins usuel.



## 6.2. Résultats secondaires

Le second point important de cette étude est l'apport d'informations objectives sur la population pédiatrique précaire. En effet les données épidémiologiques sont rares.

Tout d'abord, la population étudiée ici est principalement migrante avec un fort taux de demandeurs d'asile. On constate que la provenance géographique des patients est comparable aux données nationales. On remarque effectivement que l'effectif élevé de patients originaires d'Albanie est le reflet de la situation nationale en 2016 et que sept des neuf premiers pays dont sont issues les demandes d'asile en France en 2016 sont largement représentés dans la population étudiée de cette étude (Figure 2).

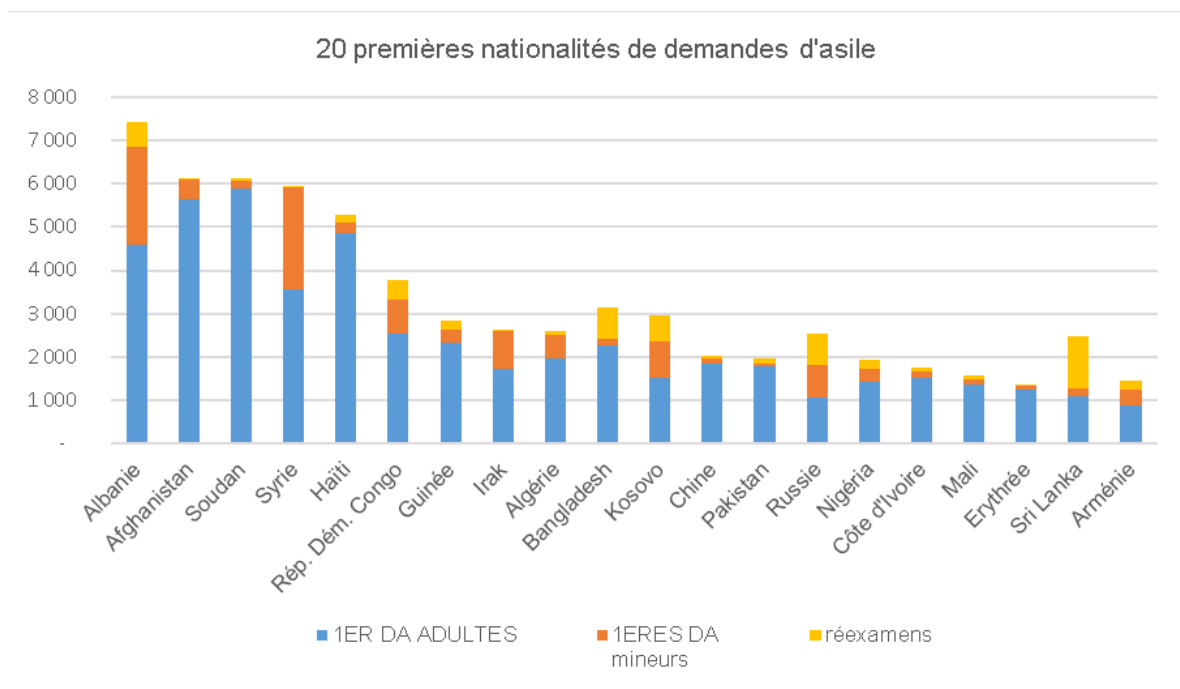


Figure 2 - Cartographie des demandes d'asile en France en 2016 - CIMADE

On peut remarquer une proportion importante d'AME et d'AME mineur dans cette population étudiée. Cela pourrait s'expliquer par les délais d'obtention de la couverture universelle pour les demandeurs d'asile et le statut des enfants sur le territoire français pour lesquels l'obtention de l'AME ne dépend pas des 3 mois de présence sur le territoire contrairement aux adultes.

Concernant l'état de santé de ces enfants, l'étude montre un taux de pathologies chroniques important avec des différences significatives en fonction de la région de naissance. En effet, la présence d'une pathologie chronique chez l'enfant est plus élevée dans la population issue d'Europe non Union Européenne dont l'Albanie. Ces résultats rappellent les données déjà connues dans la population adulte qui mettaient en évidence des disparités selon le pays d'origine [6]. En effet, les immigrants originaires d'Europe de l'Est paraissent avoir un plus mauvais état de santé que les autres groupes d'immigrés [7]. Concernant les pays d'Afrique du nord, majoritairement d'origine Algérienne, où la présence de pathologie chronique est également élevée, on note qu'une grande proportion des patients est arrivée avec un visa touristique. Il serait intéressant de questionner la famille de ces patients quant au motif de venue et à une éventuelle demande de soins dans le cadre des accords bilatéraux franco-algériens.

Un autre point important de ces résultats est la mise en valeur du rôle de la prévention. La découverte de pathologies, infectieuses ou non, a été directement en rapport avec une action de prévention. On note notamment la découverte d'infections tuberculeuses latentes, qui, sans un dépistage systématique, car en dehors de l'entourage d'un cas, n'auraient pas été mises en évidence. La réémergence de pathologies infectieuses, rares chez l'enfant, est également à prendre en compte avec le diagnostic et le suivi d'un cas de syphilis secondaire. Ces données concordent avec les données régionales de l'institut de veille sanitaire qui montrent une augmentation du nombre de syphilis récentes déclarées en Rhône-Alpes entre 2007 et 2013 passant de 32 à 79 avec une proportion de 5% des cas chez les moins de 19 ans en 2013 [8]. Pour d'autres pathologies non moins préoccupantes, le dépistage systématique et la prise en charge précoce sont essentiels, tels que le saturnisme, l'état bucco-dentaire et les troubles nutritionnels. Ces résultats soulignent l'importance d'un bilan de santé et d'une action de dépistage et de prévention auprès de cette population.

### **6.3. Perspectives**

La PASS pédiatrique des Hospices civils de Lyon, forte des demandes croissantes, a pu voir augmenté son temps médical alloué début 2017 à 30%. Elle a également bénéficié d'un budget supplémentaire pour un temps de secrétariat (20%) et un temps infirmier (20%) qui doivent encore se mettre en place.

Des évolutions restent souhaitables notamment sur l'organisation et le fonctionnement en interne. En effet, l'absence d'accueil individualisé actuellement ne permet pas l'accueil des patients sans rendez-vous, qui n'ont comme seul recours que les urgences pédiatriques.

Les données recueillies montrent un réel besoin de soins dans la population pédiatrique précaire. Une perspective intéressante serait d'étendre ce travail à d'autres centres de soins permettant de rassembler un plus grand nombre de données épidémiologiques. Il serait intéressant de définir un bilan de santé standard chez l'enfant primo-arrivant, en fonction des caractéristiques démographiques, sociales et anamnestiques.

## **7. Conclusion**

La santé représente un besoin non prioritaire dans un milieu précaire, arrivant bien après les besoins primaires de nourriture, de logement. Les facteurs propres à l'enfant, être en développement, dépendant de son environnement, des parents, de la famille, face à la précarité sont importants à prendre en compte.

Les PASS ont pu montrer depuis leur mise en place des résultats satisfaisants notamment sur la facilitation de l'accès aux soins pour les publics précaires et sur la continuité des soins. Cependant, elles ont du s'adapter à la diversité de la population qui les sollicitent et à l'émergence de nouveaux besoins notamment pédiatriques. La PASS pédiatrique permet une prise en charge globale et multidisciplinaire des enfants précaires et/ou migrants nécessitant un chemin clinique parfois complexe. Des améliorations seraient à souhaiter avec une généralisation d'un tel dispositif de PASS pédiatrique à l'ensemble du territoire français.

## 8. Références

1. Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS – Recommandations et indicateurs. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Mai 2008
2. Fabre C, Baudot V, Toulemonde S. Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé. Gres Médiation Santé. 2003.
3. Pfister V, Guiboux L, Naitali J. Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner. Informations sociales 2014;182 :100-107.
4. Observatoire du SAMU social de Paris. Enfants et famille sans logement. Rapport d'enquête ENFAMS. Enfants et famille sans logement personnel en Ile-de-France. 2014.
5. Médecins du Monde. Rapport d'activités 2014 LYON. 2014.
6. Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Questions d'économie de la santé 2012;172 :1-7.
7. Vaillant N, Wolff F.C. Origin differences in self-reported health among older migrants living in France. Public Health 2010;124/90-98.
8. Billon A, Burdet S. Surveillance des IST en Rhône-Alpes : données au 31 décembre 2013. Bulletin de veille sanitaire 2015;3 :1-7.