

Diplôme interuniversitaire

Santé des migrants

Impact sur la santé de la migration en France

**Comparaison de populations prises en charge dans un
Centre de Prévention, de Vaccination et de Dépistage
Et dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé**

Mémoire soutenu par

Hikombo HITOTO

Docteur en médecine

Spécialiste en maladies infectieuses et tropicales

Centre Hospitalier Le Mans

Université Paris 13
UFR Santé Médecine Biologie humaine
74, rue Marcel Cachin
93 017 Bobigny

Juin 2017

1. Préambule : un contexte mouvant

Le contexte actuel d'immigration change à toute allure. Ce que l'on appelle « la crise migratoire » avec ses déplacements de populations venant de pays touchés par des guerres, la famine ou la pauvreté, a bouleversé les schémas de pensées (humanitarisme vs nationalisme) et les politiques de prise en charge des migrants à l'échelle nationale ou européenne et même mondiale.

La santé des migrants n'échappe à ces bouleversements et peut s'en trouver fortement impactée. Tentant de prendre en compte l'état de vulnérabilité dans laquelle se trouvent ces « nouveaux » migrants, les dispositifs de prise en charge des immigrés semblent insuffisants ou non adaptés à un tel afflux de population et/ou de problématiques complexes (violences, psycho-traumatismes ...) en France.

La France a toujours été une terre d'accueil pour les étrangers. Les vagues d'immigrations les plus récentes, après la seconde guerre mondiale, ont, dans un premier temps, permis à des hommes et des femmes venant d'Europe (Espagne, Italie, Portugal) ou d'Afrique du Nord (Maroc, Tunisie et Algérie en tête) de s'installer sur le territoire. Il s'agissait essentiellement d'une migration de travail. Puis, les déplacements de populations suite aux conflits armés ou la famine, dans les années 80-90, ont concerné de certains pays d'Afrique sub-saharienne en grande majorité.

Dans les années 90 et 2000, suite aux conflits ethniques ou religieux au Kosovo, au Moyen-Orient, au Pakistan et en Afghanistan, une nouvelle vague de migrants souhaitant demander l'asile en Europe de l'Ouest, notamment en Grande-Bretagne s'est retrouvée « coincée », refoulée à la frontière, côté français. Ce phénomène s'est accentué depuis 2015 avec la guerre en Syrie et ses conséquences en termes de déplacements de masse vers cette destination.

En 1999, sous l'impulsion du gouvernement français, La Croix-Rouge Française a organisé un Centre d'Hébergement et d'Accueil d'Urgence Humanitaire, centre d'accueil temporaire pour ces « réfugiés » (au sens anglais du terme *refugees*, qui désigne toute personne quittant son pays pour des raisons politiques, climatiques, économiques, etc. sans notion de statut juridique reconnu par la Convention de Genève de 1951 et le protocole de 1967¹). Ce centre était localisé à Sangatte, près de la ville de Calais, dans le Pas-de-Calais. La Croix-Rouge assurait la prise en charge de la santé des « réfugiés » en lien avec les services sanitaires locaux.

En 2002, la décision de fermeture du Centre de Sangatte a eu pour conséquence immédiate le regroupement spontané des personnes expulsées dans un bidonville au nord-est de la ville que l'on a nommé ensuite « La jungle », près de l'axe qu'empruntent les poids-lourds qui rejoignent l'Angleterre. Cette « jungle » a été démantelée en 2009.

Les migrants expulsés du campement se sont alors installés dans des campements de fortune au centre-ville de Calais jusqu'en 2015 où une « Nouvelle jungle » est née à Calais. Leur objectif : l'Angleterre. Les migrants étaient pris en charge par des associations locales et, sur le plan sanitaire, par le Centre hospitalier de Calais, notamment son service d'accueil et d'urgence (SAU) et sa permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Les heurts et les tensions qui ont jalonné l'année 2015 et l'année 2016, heurts entre migrants de la « jungle de Calais » et forces de l'ordre d'une part, et tensions avec la population calaisienne ou les

routiers d'autre part, ont amené l'Etat, à mettre en œuvre le démantèlement du campement. L'opération de démantèlement a été lancée le 24 octobre 2016 et a duré 7 jours.

Il était également promis la relocalisation des quelques 6400 à 8150 occupants de « la jungle » dans des centres d'accueil et d'orientation (CAO) répartis sur l'ensemble du territoire français. Ces CAO devaient avoir pour mission d'héberger et de prendre soin des migrants sur les plans sanitaire, social et administratif. Le premier CAO sarthois a vu le jour à la fin de l'année 2015, dans des locaux administratifs aménagés pour la circonstance. Les premiers cars sont arrivés en octobre 2015.

C'est dans ce contexte que le centre de prévention, de vaccination et de dépistage de la Sarthe, hébergé au Centre Hospitalier du Mans (CHM), a été sollicité : dans un premier temps pour l'accueil des migrants le jour-même, en lien avec le service d'urgence du CHM afin de repérer et réorienter immédiatement d'éventuels « malades » (de la tuberculose notamment). Dans un second temps, il s'agissait d'organiser avec les accompagnants du CAO, le dépistage de maladies transmissibles (tuberculose, infections sexuellement transmissibles, hépatites et infection par le virus de l'immunodéficience humaine-VIH) et la mise à jour du calendrier vaccinal recommandés en France.

2. Trouver des réponses à la prise en charge des populations précaires : présentation de deux dispositifs sanitaires existant en Sarthe.

La Sarthe est un département de près de 570 000 habitants, avec 361 communes étalées sur 6200 km², à majorité en milieu rural. Il dispose de 6 centres hospitaliers et deux grandes cliniques.

Le Centre hospitalier du Mans (CHM) est l'établissement pivot du groupement (public) hospitalier de territoire. Il s'agit d'un établissement de santé pavillonnaire de 1 717 lits et places (en 2013) répartis comme suit :

- 1 050 lits et places de Médecine Chirurgie Obstétrique,
- 25 postes de dialyse
- 89 lits de Soins de Suite et de Réadaptation,
- 190 lits de Soins longue durée,
- et de 363 lits d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Il dispose d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et d'un centre de prévention, de vaccination et de dépistage (CPVD), ces deux structures étant destinées à prendre en charge les personnes précaires, françaises ou d'origine étrangère.

Les missions de ces deux structures ne sont pas les mêmes, bien que le public cible soit le même.

2.1. Organisation de la PASS du Centre Hospitalier du Mans

La PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) a pour objet de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, c'est-à-dire toute personne qui, du fait de sa situation, se sent en difficulté pour accéder aux soins :

- Couverture sociale insuffisante ou inexistante,
- Logement précaire, sans domicile fixe, sans résidence stable...
- Isolement médical, familial ou social
- Difficultés financières pour faire face aux dépenses de soins

Les rôles^{2,3} de la PASS sont :

- Garantir à tous un accès à des soins de qualité
- Réduire les inégalités sociales de santé
- Orienter les patients dans le parcours de soins
- Éviter les recours inadaptés aux urgences et hospitalisations inutiles
- Assurer un lien entre la ville et l'hôpital
- Être un des observatoires de la santé

Il existe 17 PASS dans la région Pays de la Loire, dont quatre sont en Sarthe, portées par 4 centres hospitaliers : le centre hospitalier du Mans, le Pôle Santé Sarthe et Loir à La Flèche, le centre hospitalier de Château du Loir et le centre hospitalier de La Ferté Bernard.

Ils jouent un rôle important dans :

- L'accueil
- L'accès aux soins
- L'accès aux droits
- La prévention
- La réorientation vers la médecine de ville

La PASS a été mise en place au CHM en 2001. Elle est située dans le service d'accueil de d'urgence. Une permanence est tenue tous les mardis de 14h à 17h par un médecin urgentiste, deux infirmières et une assistante sociale. Elle assure aussi le lien avec l'équipe de liaison en psychiatrie présente sur le centre.

Le financement des PASS se fait au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Les populations les plus vulnérables (migrantes ou non) sont prises en charge pour des soins courants et réorientées vers des spécialistes le cas échéant.

2.2.Organisation du Centre de prévention, de vaccination et de dépistage de la Sarthe

Dans la région Pays de la Loire, le projet régional de santé a identifié la prévention comme un de ses axes majeurs. Afin de déployer ce projet dans les différents territoires, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire a souhaité identifier un opérateur départemental chargé de coordonner les actions de prévention et de dépistage, de réaliser des campagnes de prévention et d'aller à la rencontre des populations les plus précaires. Ce dispositif, déjà existant en Loire Atlantique et en Vendée, avait pour vocation d'être répandu sur l'ensemble de la région.

Un appel à projet a donc été lancé pour le département de la Sarthe en 2013, un projet de centre de vaccination polyvalente s'intégrant au sein d'un centre de Prévention et de Dépistage.

La création d'un Centre de Prévention, de Vaccination et de Dépistage en novembre 2013, entité de l'ARS, porté par le Centre Hospitalier du Mans s'inscrit dans les objectifs du Schéma Régional de

Prévention des Pays de la Loire et le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2017 du CH du Mans à savoir :

- développer la prévention et la promotion de la santé,
- améliorer la couverture vaccinale,
- Impliquer le CHM dans la promotion de la santé publique.

Ce projet s'inscrit également dans un le cadre de la création du service de maladies infectieuses et tropicales, né en septembre de la même année. Ainsi, les missions du service des maladies infectieuses et tropicales vont de la prévention aux soins courants des maladies transmissibles.

Le Centre de Prévention, de Vaccination et de Dépistage de la Sarthe (CPVD) a vocation à couvrir le département de la Sarthe pour ses domaines de compétences. Ses priorités, données par l'ARS sont les suivantes :

- Elargir la couverture vaccinale sur l'ensemble du territoire
- Aller-vers les populations précaires, c'est-à-dire celles qui sont le plus éloignées du soin pour des raisons économiques, sociales ou géographiques
- Former les professionnels des secteurs médical, soignant, social et médico-social.

A ce titre, le CPVD exerce ses activités dans et en dehors de ses locaux.

Le CPVD a mis en place, sur ses champs de compétences, un dispositif articulé d'information, de formation, de dépistage et d'accompagnement optimisé par la coordination des unités dont il assure la gestion :

- le Centre de Vaccination Polyvalente (CVP),
- le Centre de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT)
- Et le Centre Gratuit d'Information de Diagnostic et de Dépistage (CeGIDD).

Afin d'assurer sa mission territoriale, le CPVD s'appuie sur des relais présents dans le département de la Sarthe, qu'il s'agisse d'antennes du CPVD, ou de partenariats avec des acteurs de proximité.

Afin de garantir la cohérence et le développement des différentes activités gérées par le CPVD, **une Unité de coordination**, composée d'un médecin, d'un cadre de santé, d'une infirmière coordinatrice et d'une secrétaire coordinatrice, assure le relais entre les différentes entités qui composent le CPVD pour organiser un accompagnement global des personnes, lorsque leur situation le nécessite.

2.3. Les missions de l'unité de coordination

- **Coordonner la mise en œuvre des missions du CPVD**
- **Coordonner, gérer et harmoniser des stratégies de développement des activités de chaque unité composant le CPVD : CVP, CeGIDD, CLAT en intra et extra hospitalier sur le département.**
- **Identifier les stratégies de développement des antennes sur le département.**

Deux antennes ont été créées en 2016, une à La Flèche, l'autre à Sablé-sur-Sarthe, portée par le Pôle Santé Sarthe et Loir au Bailleul, commune de La Flèche

➤ **Proposer et instaurer par le biais de conventionnement des partenariats institutionnels et territoriaux**

En lien avec la Direction du CHM, l'Unité de coordination construit des partenariats institutionnels, en collaboration avec :

- L'ARS Pays de la Loire, la délégation territoriale de l'ARS
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Sarthe (CPAM), la Mutualité Sociale Agricole de La Sarthe (MSA)
- Le Conseil Départemental de La Sarthe.
- Le comité de coordination régionale de lutte contre le VIH.
- Les associations

➤ **Organiser et planifier la communication**

➤ **Développer une offre de formation à différents professionnels**

➤ **Organiser les activités au sein de la structure**

- Elaboration de protocoles médicaux.
- Elaboration et organisation du parcours du patient au sein de la structure.

➤ **Gérer les ressources humaines et matérielles**

➤ **Suivre l'activité du centre**

2.4. Les missions et la répartition des activités de chacune des unités fonctionnelles du CPVD : CLAT, CVP, CeGIDD

2.4.1. Missions et objectifs généraux des unités fonctionnelles

Chacune des unités fonctionnelles du CPVD est chargée des missions suivantes pour son domaine spécifique :

➤ **Construire et mettre en place des actions dans le cadre des partenariats**

Cette mission est réalisée par un binôme infirmier(e)/médecin référent sur l'unité fonctionnelle.

Ce binôme élabore et met en place les actions en lien avec l'unité de coordination, en répondant au cahier des charges de l'ARS :

- Apporter une expertise dans la thématique de l'unité fonctionnelle.
- Assurer le développement du réseau de prévention.
- Participer à la surveillance épidémiologique de la population en lien avec l'InVS.
- Participer aux missions de formation du personnel (DPC).
- S'associer aux réflexions régionales ou nationales sur la thématique.
- Mettre en œuvre des actions (diagnostic, organisation, action, évaluation) formalisées dans la note de cadrage du projet et validées par l'unité de coordination :
 - Actions de vaccination et dépistage des IST / tuberculose dans des groupes ciblés
 - Séances d'éducation et de prévention en santé
 - Actions de formations
 - Evènements

➤ **Assurer une activité de consultation, de dépistage, de prévention et de formation sur l'ensemble du territoire de recours**

Cette mission est assurée par l'équipe médicale et paramédicale de la structure selon un planning prédéfini.

2.4.2. Actions et objectifs spécifiques de chaque unité fonctionnelle

➤ Actions et objectifs spécifiques du Centre de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT)

Conformément à l'article D3112-7 du Code de la Santé Publique, le CLAT assure :

- La réalisation d'enquêtes dans l'entourage de tous les cas, c'est-à-dire : l'identification et le suivi des sujets contacts des patients atteints de tuberculose maladie transmissible ; ou la recherche des sources d'infection, des cas d'infection latente ou de tuberculose maladie non transmissible.
- A la demande, le suivi médical des personnes atteintes (tuberculose ou infection latente) et la délivrance des médicaments, selon la réglementation en vigueur et sans frais pour les personnes.
- La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sans frais pour les personnes et selon la réglementation en vigueur.
- Le dépistage des populations à risque en fonction de l'épidémiologie locale.
- La constitution d'une équipe de professionnels dont la composition et l'effectif sont adaptés aux besoins locaux.
- La réalisation des consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le domaine de la lutte contre la tuberculose.
- Des entretiens individuels d'information et de conseil ; un document précisant au minimum les coordonnées de la structure, les horaires d'ouverture et des recommandations compréhensibles en termes de prévention et de suivi, doit notamment être tenu à disposition des personnes.
- La formalisation, sous forme de convention, d'une collaboration avec au moins un service hospitalier susceptible de prendre en charge les personnes atteintes de tuberculose.
- Le CLAT est le promoteur du réseau de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose, il anime l'ensemble des partenaires locaux impliqués dans la lutte contre la tuberculose.
- Le CLAT concourt à l'information du public ou des collectivités concernées.
- Il participe au dispositif de surveillance et d'alerte avec l'autorité sanitaire.

➤ Actions et objectifs spécifiques du Centre de vaccination polyvalente (CVP)

Le Centre de Vaccination Polyvalente est responsable de :

- L'élargissement de la couverture vaccinale de la population du département pour les vaccins recommandés en France.
- La mise en place de consultations médicales à destination d'un public précaire.
- La sensibilisation des usagers à la vaccination.
- Les formations et informations des professionnels de santé en intra et extra hospitalier.
- La création et le suivi d'un réseau de partenaires en lien avec les problématiques et les populations concernées afin de faciliter la mise en œuvre des actions.

A ce titre un *Comité de pilotage départemental* a été mis en place, auquel participe des représentant(e)s de la ville du Mans et d'autres communes intéressées par la thématique, de la délégation territoriale de l'ARS (DT-ARS), de la CPAM et de la MSA, de l'Education nationale, d'un réseau d'hygiène hospitalière des établissements de santé et EHPAD de la Sarthe.

➤ Actions et objectifs spécifiques du Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)

Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic est responsable de :

- Prévention, dépistage, diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche des soins appropriés.
- Prévention, dépistage, diagnostic et traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles.
- Prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, en lien avec le Centre de planification du Centre Hospitalier du Mans.
- Mise en place de consultations médicales gratuites en extra et intra hospitalier à destination de la population du territoire de recours.
- Formations et informations des professionnels des secteurs médicaux et socio-éducatifs.
- Sensibilisation des usagers au dépistage des IST et aux risques liés à la sexualité.
- Création et suivi d'un réseau de partenaires en lien avec les problématiques et les populations concernées afin de faciliter la mise en œuvre des actions.

- **Dans le cadre de ses missions dans le domaine de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de la santé sexuelle :**

Le CeGIDD accomplit les missions suivantes lors de consultations médicales personnalisées sur site :

- Prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans des situations d'urgence sanitaire et sociale prédéfinies.
- Orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers le service d'orthogénie du Centre Hospitalier du Mans.
- Détection des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles sexuels, par la proposition d'une orientation vers le Centre d'accueil et d'orientation des victimes de violence (CAO2V) et le Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) du Centre Hospitalier du Mans

Pour certaines de ses missions, le CeGIDD s'appuie sur l'expertise et l'expérience de partenaires spécialisés dans certains domaines. Ces partenariats font l'objet d'une convention formalisée et sont décrits dans des parcours patients.

- Missions confiées au **Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)** du CHM et au **Planning familial 72** :
 - Information et éducation à la sexualité.
 - Information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge.
 - Prévention des grossesses non désirées notamment par : la prescription de contraception et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale.
 - Orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent.
 - Prévention des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles sexuels, par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate

D'autre part, un parcours lors de la prise en charge des mineurs non accompagnés par un adulte de leur choix est expérimenté à partir de septembre 2016 dans le cadre du partenariat avec le CPEF.

- Missions confiées au **Centre d'accueil et d'orientation des victimes de violence (CAO2V)** :

- Prévention des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles sexuels, par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate.

2.4.3. Le public pris en charge par le CPVD

Le Centre de prévention, de vaccination et de dépistage assume une mission de service public auprès d'une population cible issue de la population générale, à savoir les populations précaires. Elle répond également aux besoins de la population générale non couverts par d'autres structures ou dispositifs.

Cette prise en charge se réalise sans discrimination en raison de l'âge, du sexe, de l'état de santé, de la nationalité, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre.

Toutes les prestations dispensées dans le centre sont gratuites.

Un partenariat avec la PASS, mis en place dès 2016, permet que les patients se présentant à la PASS bénéficient de leurs premières doses de vaccins lors du passage à la PASS et des premières sérologies et d'une orientation vers le CPVD pour la poursuite de la mise à jour du calendrier vaccinal.

3. Présentation des résultats

3.1. Rationnel de l'étude

La vague de migration récente et la mise en place de dispositifs nouveaux comme les CAO ou le CPVD amènent à s'interroger sur la question de l'accès aux soins.

La population ayant accès à une prise en charge au sein du CPVD y est adressée de manière systématique et organisée, alors que celle qui fréquente la PASS y a recours sans accompagnement clairement structuré en amont.

D'où le questionnement : Les deux populations sont-elles comparables en terme de morbidité, en terme d'accès à des soins de prévention, de vaccination, d'information, d'accès aux droits de santé?

L'objectif de l'étude est de présenter et de comparer les principales caractéristiques des populations migrantes fréquentant le CPVD (prévention essentiellement) et celles fréquentant la PASS du Mans (soins courants essentiellement).

Pour ce faire, nous avons analysé les bases de recueil des deux structures au cours des années 2015 à 2016.

3.2. Méthode d'analyse

Il s'agit d'une étude rétrospective à partir de données recueillies prospectivement entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2016 dans les deux structures.

Deux bases de données : une base Excel et une base Access (Microsoft Office 2010) ont été ensuite fusionnées au sein d'un même fichier Excel.

Les principales caractéristiques suivantes ont été retenues dans le fichier commun :

- Structure fréquentée : CPVD, PASS, les deux
- Date de naissance et âge au premier RDV dans l'une des structures
- Genre : masculin ou féminin
- Pays de naissance, Continent de naissance
- Date d'arrivée en France, date de premier recours dans la structure
- Nom de la personne ou de la structure qui adresse le patient
- Type de couverture sociale lors du 1^{er} RDV : assurance maladie, CMUc, AME, etc.
- Type de couverture sociale obtenue au 31/12/216
- Situation professionnelle (actif, non actif), économique (type de revenus)
- Résultats des examens prescrits le cas échéant : VIH, hépatite B et C, syphilis, rubéole, rougeole, oreillons, varicelle, anticorps anti-tétanique, QuantiFeron
- Les vaccins réalisés (nom, date, numéro de lot) pour tous les vaccins recommandés en France
- Pour les patients relevant de la PASS : motifs de consultations, organe ou fonction touchée, orientation vers le CPVD si besoin.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Info, version 7.1.3.3 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA)

Les tests paramétriques et non paramétriques ont été utilisés : test du Chi-deux et test de Fisher pour les variables qualitatives, ANOVA et Mann-Whitney/Wilcoxon pour les variables quantitatives.

Pour la présente étude, il n'a pas été réalisé d'études multivariées. Les résultats sont donc issus uniquement d'analyses univariées.

3.3. Résultats

Sur la période d'étude, 1048 personnes ont eu recours à la PASS et/ou au CPVD. Nous avons exclu volontairement les personnes françaises nées en France ou nées françaises à l'étranger tout en maintenant les populations issues des DOM-TOM, afin de conserver une population issue de l'immigration ou s'en approchant le plus. Les doublons ont été fusionnés (patients venus dans les deux structures).

3.3.1. Caractéristiques socio-démographiques

Au total, la population d'étude comptait **960 personnes** : 565 au CPVD (58,9%), 334 (34,8%) à la PASS et 61 (6,3%) dans les deux structures.

L'étude comptait 546 hommes (56,9%) et 414 femmes (43,1%). La moyenne d'âge était de 26,1 ans avec une médiane à 25 ans. Il n'y avait pas de différence entre hommes et femmes en ce qui concernait l'âge. Les 316 mineurs (moins de 18 ans) représentaient un tiers de la population d'étude. Une majorité était de sexe masculin (59,8%)

Ils étaient principalement originaires d’Afrique sub-saharienne (36,6%), d’Europe de l’Est (21,6%), du Moyen-Orient (14,7%) et d’Asie (10,2%). Il n’y avait pas de différence significative entre le CPVD et la PASS et l’ordre des pays de provenance était le même.

Le **tableau 1** montre la répartition par origine géographique.

Tableau 1 : Origine des patients consultant à la PASS et/ou CPVD en 2015 et 2016

CONTINENT	CPVD	CPVD/PASS	PASS	Total
Non renseigné	5 0,88%	0 0,00%	45 13,47%	50 5,21%
Afrique du Nord	23 4,07%	1 1,64%	61 18,26%	85 8,85%
Afrique sub-saharienne	209 36,99%	22 36,07%	120 35,93%	351 36,56%
Amérique du sud	0 0,00%	0 0,00%	1 0,30%	1 0,10%
Asie	56 9,91%	6 9,84%	36 10,78%	98 10,21%
Haïti/République Dominicaine	4 0,71%	0 0,00%	0 0,00%	4 0,42%
DOM TOM	12 2,12%	0 0,00%	5 1,50%	17 1,77%
Europe de l'Est	140 24,78%	20 32,79%	45 13,47%	205 21,35%
Europe de l'ouest	1 0,18%	0 0,00%	0 0,00%	1 0,10%
Europe de l'Ouest	3 0,53%	1 1,64%	3 0,90%	7 0,73%
Moyen-Orient	112 19,82%	11 18,03%	18 5,39%	141 14,69%

Sur les 351 personnes originaires d’Afrique sub-saharienne, 158 (45%) étaient nées en Afrique centrale.

Sur les 205 personnes arrivant d’Europe de l’Est, 82 (40%) ont quitté le Kosovo.

Parmi les 141 provenant du Moyen-Orient, 69 venaient de Syrie et 42 d’Irak (48,9% et 29,8% respectivement).

Les 85 migrants d’Afrique du Nord (8,85%) venaient du Maroc (41,2%), d’Algérie (38,8%) et de Tunisie (20%). Dix-sept personnes étaient originaires des DOM-TOM dont plus de la moitié (58,8%) de Mayotte. Enfin, les européens de l’Ouest ne représentaient que 0,73% des migrants et venaient d’Italie, d’Espagne, du Portugal ou de la Belgique.

Concernant la date d’arrivée en France, 98% de la population était arrivée à partir de 2012 et 50% à partir de 2015.

On notait que 462 personnes (48,1%) étaient adressées par une association ou une structure médico-sociale, un médecin ou les services déconcentrés de l’Etat (Conseil général, Conseil départemental) qui les prenaient en charge. L’information n’était pas disponible pour 29% des consultants.

Les autres caractéristiques globales de la population figurent dans le **tableau 2**.

Tableau 2: Caractéristiques des patients à l'entrée dans la structure

Item (n)	Fréquence	%	CPVD	CPVD/PASS	PASS	p-value
Situation professionnelle						0.002
Chômage/ Sans emploi	250	59,67	11	37	202	
Retraité	13	3,10	0	0	13	
Emploi	3	0,72	0	0	3	
Etudiant/scolaire	4	0,95	0	1	3	
Inconnu	149	35,56	24	11	114	
Ressources financières						0.0004
Sans ressources	205	48,81	8	25	172	
Retraite	8	1,90	0	0	8	
Salaire du conjoint	6	1,43	0	0	6	
Allocation de demandeur d'asile	4	0,95	1	2	1	
Indemnités de chômage	2	0,48	0	0	2	
Revenu de solidarité active (RSA)	2	0,48	2	0	0	
Salarié ou autres	2	0,48	0	1	1	
Inconnu	191	45,47	27	21	143	
Mode d'hébergement						<0,001
Hébergement social	539	56,15	374	41	124	
Hébergement amical ou familial	202	21,04	51	13	138	
Hôtel	81	8,44	79	2	0	
Logement personnel	52	5,41	14	1	37	
Sans domicile fixe	41	4,27	12	3	26	
Famille d'accueil	4	0,42	4	0	0	
Inconnu	41	4,27	31	1	9	

En termes de droits sociaux, deux tiers des sujets n'avaient pas encore de couverture sociale ouverte ou valide sur le territoire au moment de leur prise en charge initiale dans la structure (tableau 3). Ils n'étaient plus que 28,5% (n=555) à la fin de l'année 2016.

Au début de la prise en charge, seuls 2,8% bénéficiaient de l'Aide médicale Etat (AME), 13,25% de l'assurance maladie et 10,45% de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Le tableau 3 reprend les résultats avant/après l'obtention des droits sociaux.

Tableau 3: Couverture sociale au moment de la prise en charge initiale et obtenue au cours de l'étude

Couverture Sociale	Initiale	%	Obtenue	%
AUCUNE	258	42,79	106	19,10
Etranger < 3 mois	65	10,78	.	.
Visa sans assurance	7	1,16	.	.
Visa avec assurance	12	1,99	.	.
AME	17	2,82	56	10,09
Assurance maladie	85	14,10	7	1,26
Assurance maladie + mutuelle	3	0,50	1	0,18
CMU + CMUc	60	9,95	311	50,03
Dossier en cours	68	11,27	53	9,55
Inconnu	28	4,64	21	3,78
Total	603	100%	555	100%

La moyenne d'âge de la population était de 26,1 ans avec une médiane à 25 ans mais des différences significatives existaient entre les différentes structures. La médiane était à 16 ans au CPVD contre 33 ans à la PASS. Les sujets étaient donc plus jeunes au CPVD (tableau 4), avec une proportion de mineurs adressés par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance non négligeable. Ils représentaient 55,2% de la file active (n=565) au CPVD contre 0,6% (n=334) à la PASS ($p < 10^{-5}$).

On ne notait pas de différence d'âge entre les hommes et les femmes : 25,4 ans et 27,1 ans respectivement.

3.3.2. Infections par le VIH, le VHB, le VHC et les autres IST

Durant la période, il a été diagnostiqué :

- 9 infections par le VIH, principalement diagnostiqués à la PASS (8/9, $p < 10^{-5}$).
- 25 infections chroniques par le VHB, principalement au CPVD (17/25, $p=NS$)
- 13 infections chroniques par le VHC, principalement diagnostiqués à la PASS (7/13, $p < 10^{-5}$) (tableau 4)

Parmi ces infections, on notait deux co-infections VIH/VHB et 2 co-infections VIH/VHC avec une hépatite B guérie ou la présence d'un anticorps anti-HBc isolé.

La moyenne d'âge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est de 40,2 ans. Elle est significativement plus élevée que dans le reste de la population (24,3 ans, $p= 0,00066$). Huit des neuf patients séropositifs étaient diagnostiqués à la PASS (tableau 5) avec un âge médian à 37,5 ans. Le patient dépisté séropositif au CPVD était âgé de 53 ans. Aucune PVVIH n'était mineure dans notre étude.

La moyenne d'âge des personnes vivant avec le VHB (PVVHB) était de 25 ans, avec un âge médian à 20 ans. On ne notait pas de différence significative avec l'âge moyen du reste du groupe, quel que soit la structure de prise en charge (CPVD et/ou PASS). Dix mineurs étaient concernés.

Concernant les personnes vivant avec le VHC (PVVHC), l'âge moyen était significativement plus important que celui du reste de la population d'étude (46,6 ans vs 24,1 ans, $p < 10^{-5}$). Cette différence

se retrouvait pour chaque structure de soins et était significative dans chacune. Aucun mineur n'était séropositif pour le VHC.

Deux tiers des PVVIH venaient d'Afrique sub-saharienne, notamment du Congo et du Cameroun, deux autres sujets provenaient d'Europe de l'Est (Russie et Roumanie) et un de Djibouti.

Concernant l'hépatite chronique B (n=25), 5,7% de la population sub-saharienne avait une hépatite B chronique. Ils représentaient 80% des infectés chroniques de l'étude.

L'hépatite chronique C était retrouvée chez 6,25% des personnes originaires d'Europe de l'Est (n=112), qui eux-mêmes représentaient 55,9% des cas diagnostiqués. Elle touchait moins de 2% des sujets d'Afrique sub-saharienne (1,95%, n=205), deuxième continent le plus touché dans notre étude (30,8%).

L'absence de ressources financières et l'absence d'emploi étaient statistiquement associées à l'existence d'une infection par le VIH et/ou le VHC par comparaison à ceux qui avaient un emploi ou des ressources financières ($p < 10^{-5}$). Ce lien n'était pas retrouvé pour l'infection par le VHB.

Le fait de ne pas vivre en hébergement social (CADA, CAO, etc.) était associé à une plus grande proportion d'infections par le VIH. Ce lien n'était pas retrouvé pour les hépatites B et C.

L'absence de couverture sociale n'était pas associée à une prévalence plus importante des infections par le VIH, le VHB ou le VHC.

Tableau 4 : Sérologies et autres examens réalisés au CPVD et/ou à la PASS

	Fréquence	%	CPVD	CPVD/PASS	PASS	p-value
Infection par le VIH (n=535)	9	1,68	1	0	8	$<10^{-5}$
Hépatite C chronique (n=519)	13	2,5	3	3	7	$<10^{-5}$
Hépatite B (n=960)						
<i>Infection chronique</i>	25	5,41	17	3	5	NS
<i>Anticorps HBc isolé</i>	39	4,1	22	9	8	0.0005
<i>Sujets guéris</i>	83	8,64	59	10	14	0,0005
<i>Sujets vaccinés et immunisés</i>	103	10,7	89	8	6	NS
<i>Immunité non acquise*</i>	290	53,70	240	28	22	NS
Infection par Syphilis (n=415)	0	-				-
Infection par Chlamydia (n=586)	1	0,17				-
Immunité contre le Tétanos (n=626)						0.001
<i>Sujets immunisés</i>	71	11,34	71	0	0	
<i>Immunité non acquise*</i>	5	0,80	4	1	0	
<i>Inconnue ou non réalisé</i>	550	87,86	490	60	0	

* sérologie inférieure au seuil habituel de protection (que le patient ait été vacciné ou non)

Tableau 5 : Prévalence des principales infections chroniques retrouvées

	Global	CPVD	CPVD/PASS	PASS	p-value
Séropositif VIH (n=535)	9	1	0	8	$<10^{-5}$
Infection Chronique VHB (n=540)	25	17	3	5	$<10^{-5}$
Infection Chronique VHC (n=519)	13	3	3	7	$<10^{-5}$

Une seule infection à Chlamydia a été dépistée durant l'étude, chez une seule patiente, originaire de Chine.

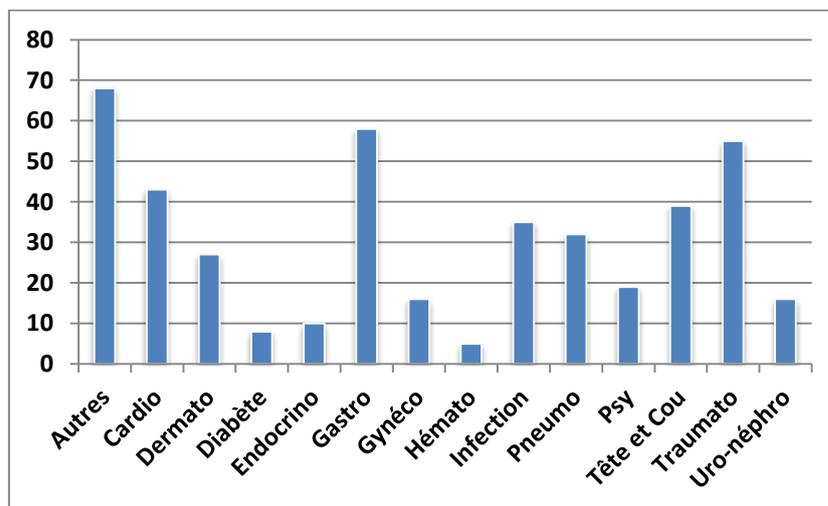
Aucune infection par syphilis n'a été diagnostiquée durant la période.

3.3.3. Vaccinations et autres consultations

Concernant la mise à jour des vaccins,

- 125 personnes ont reçu au moins une première dose de vaccin contre la diphtérie-tétanos – poliomyélite (DTP), indépendamment du dosage en anatoxine anti-diphtérique, 62 une seconde dose et 25 une troisième dose de rattrapage ;
- 66 personnes ont reçu au moins une dose de rattrapage contre la Rougeole-oreillons-rubéole, ils étaient 44 à en recevoir une deuxième ;
- 35 personnes ont reçu une première dose de vaccin contre l'hépatite B, 25 ont reçu la deuxième dose et 18 personnes ont reçu une troisième dose de rappel ;
- 75 enfants de plus d'un an et de jeunes adultes de moins de 25 ans ont été vaccinés contre la méningite C ;
- 6 jeunes filles ont été vaccinées contre le Papillomavirus, 3 ont reçu deux doses et 2 ont reçu la dernière dose ;
- 6 enfants ont été vaccinés contre le pneumocoque dont 4 qui n'ont reçu qu'une dose.
- Concernant les consultations à la PASS, le nombre moyen de consultations par patient est de 1,7. Les principales pathologies prises en charge à la PASS sont dominées par les troubles digestifs, les traumatismes (Figure 1).

Figure 1 : Répartitions des pathologies prise en charge à la PASS (n= 395)



4. Discussion

4.1. Les limites de l'étude

Cette étude rétrospective n'échappe pas à certains biais.

On note avant tout un biais de sélection :

- la population consultant au CPVD bénéficie majoritairement d'un hébergement social, dans des structures partenaires du CPVD, dont une grande partie de centre d'accueil de demandeurs d'asile, centre d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile ou des CCAO.
- De fait, la population est plus jeune, probablement dû à ce qui est appelé « healthy migrant effect »¹, les sujets les plus jeunes et ayant vécu dans la « jungle » ou ayant migré de zones de tensions ou conflits étant ceux qui sont les plus jeunes et en meilleure santé.
- Il s'y ajoute une proportion non négligeable de mineurs isolés, pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance.
- Les personnes consultant à la PASS ne connaissent pas spontanément le CPVD, ils vivent plutôt chez l'habitant (la famille, les amis, un compatriote) et sont adressées par le service social, l'entourage ou le SAU. Ils sont secondairement adressés au CPVD pour certains.

On retrouve aussi un biais d'information, les données recueillies par les deux structures étant parfois différentes ou n'ayant pas été remplies de manière homogène. Elles ne sont pas toutes présentes, par exemple, il manque la donnée de l'allocation de demandeurs d'asiles (ADA) pour les personnes vivant en CAO ou en CADA alors que la majorité en bénéficie et qu'ils étaient nombreux dès la fin 2015. Certaines dates sont parfois manquantes, imprécises ou approximatives, du fait du biais de mémoire ou de l'illettrisme de certains sujets.

4.2. Deux structures : deux populations ?

Cette étude met cependant en perspective des différences entre ces deux populations de migrants.

Les caractéristiques socio-démographiques sont différentes entre les deux populations : une population plus jeune au CPVD et issue d'une immigration plus récente, en quête de ressources économiques stables, fuyant des pays en proie à un chaos économique, voire politique. Les pays d'Afrique Sub-saharienne sont donc très représentés et en proportion plus importante que les populations ayant fui les conflits armés en Syrie ou au Moyen-Orient (3^{ème} position des continents représentés)

Cela s'explique par le fait que la population sub-saharienne, qu'elle soit francophone (Congo/Cameroun) ou arabophone (Soudan/Erythrée) a une plus grande propension à souhaiter s'installer en France. En revanche, la population arabophone du Moyen-Orient (Syrie, Irak) ou d'Asie (Afghanistan) a plutôt tendance à vouloir rejoindre l'Angleterre.

¹ « Healthy migrant effect ou immigrant en bonne santé » : ne migrent que les personnes en bon état de santé, mais une fois sur le territoire du pays d'accueil, leur santé se dégrade plus vite du fait de moins bonnes conditions de vie et d'une sous-utilisation des dispositifs de santé.

On pourrait également s'interroger sur **l'accès à une couverture sociale** puisque d'une part, les migrants hébergés dans les CAO (qui constituent une part importante des migrants suivis au CPVD) bénéficient d'un accompagnement dans les procédures administratives, avec notamment ouverture des droits sociaux, le temps de l'instruction de leur demande d'asile, et que d'autre part, les migrants fréquentant la PASS ne bénéficient pas dès l'abord d'un accompagnement social particulier et semblent être plus vulnérables (plus d'infection par le VIH). C'est le paradoxe de la prise en charge des « migrants de Calais » qui a conduit à accélérer les procédures d'instruction de leur dossier et a permis l'accès aux soins, alors que le migrant « ordinaire » ne se voit rien offrir, bien que sa migration est parfois plus ancienne.

Dans l'enquête « Trajectoires et origines », il est rappelé que 23% des hommes et 21% des femmes d'origine étrangère n'ont pas de couverture complémentaire.⁴

La question de l'accès aux soins se pose donc. Cette question a déjà fait l'objet d'études. Elle est intimement liée à la précarité économique. Comme le rappelle Edwige Rude-Antoine : « Sans emploi, [une personne en situation irrégulière] est renvoyée vers les organismes caritatifs et n'obtiendra que quelques aides, la plupart d'entre elles étant soumises à un statut de séjour régulier. De plus, cette législation a des répercussions sur l'accès aux soins du malade : la loi sur la CMU ne s'applique pas aux étrangers en situation irrégulière qui ne peuvent prétendre qu'à une AME qui propose une prise en charge très limitée.»⁵

Dans notre étude, l'absence de ressources financières et d'emploi était associée à une plus grande prévalence de l'infection par la VIH mais pas l'absence de couverture sociale. De même, ni l'absence de ressources financières ou d'emploi, ni l'absence de couverture sociale n'étaient liées à l'infection par le VHB ou le VHC.

Ceci peut s'expliquer par un biais de sélection : la population du CPVD est en grande majorité composée de sujets issus de la « jungle de Calais » pour qui l'accès à l'assurance maladie et la CMUc a été facilité par une procédure accélérée. Dans notre étude, il n'a pas été possible de vérifier si la prise en charge médicale à la PASS avait été initiée avant ou après le recours à l'assistante sociale. En effet, sauf soins urgents, le délai des 3 mois nécessaires avant de pouvoir prétendre à demander une ouverture des droits au titre de l'AME peut avoir conduit certains migrants à se faire prendre en charge plus tardivement.

Dans « l'enquête ANRS Parcours 2012-2013 », il est démontré que cette précarité s'inscrit dans une temporalité, les personnes n'ayant accès à la fois à un logement, à un travail et à un titre de séjour qu'au bout de 6 à 7 ans pour seulement la moitié des hommes ou des femmes.⁶ Nous n'avons pas étudié ce point dans l'étude.

Concernant les comorbidités, il est intéressant de noter que la majorité des cas d'infections par le VIH sont diagnostiquées à la PASS. La temporalité joue encore un rôle important dans ce résultat, la moyenne d'âge des PVVIH est plus importante, ce qui laisse supposer une migration plus ancienne que ceux qui ne sont pas infectés. De plus ces personnes ne sont pas entourées de professionnels mais d'amis, membres de la famille, compatriotes et peuvent se retrouver dans des situations de prises de risques non contrôlées.

L'enquête parcours démontre que près de 50% des contaminations par le VIH-SIDA chez les sujets d'origine sub-saharienne ont lieu en France⁷ et que les difficultés de logement sont un facteur de risque, en particulier chez les femmes pour qui le risque de relations transactionnelles est plus grand⁸.

La population du CPVD est plus jeune et vit en hébergement social majoritairement. Elle est prise en charge par des structures (mentionnées précédemment). De plus, elles bénéficient au centre de conseils de réduction des risques sexuels ou sanguins. Peut-être le risque s'en trouve-t-il plus limité que pour les migrants consultant à la PASS

L'histoire de l'infection par le VHC semble suivre une autre histoire puisque ce sont les personnes originaires des pays d'Europe de l'Est qui semblent les plus touchés.

Quant à l'hépatite B, il semble n'y avoir aucun lien entre la précarité en France, l'absence de couverture sociale ou un emploi, l'infection étant plus liée au pays d'origine, et donc à une éventuelle transmission avant la migration (transmission sanguine, sexuelle ou plus vraisemblablement intra-familiale ou materno-fœtale) qu'à des prises de risque en France mais seule une étude biographique pourrait nous le démontrer de manière plus certaine.

5. En conclusion

Bien que les deux structures de soins semblent complémentaires (prévention et soins courants) pour répondre aux besoins d'une population migrante qui tente de s'installer en France, cette étude montre qu'il existe des différences qui impactent sur le parcours de soins que nous souhaitons mettre en place.

Ces différences sont d'ordre sociales (couverture maladie, accès aux soins), démographiques (stabilité du logement,) ou d'ordre médicale (risque accru pour les migrants non pris en charge en hébergement social, prévalence plus importantes des hépatites chez certains patients en fonction de leur pays ou continent d'origine).

Ces inégalités d'accès aux soins couplées à des messages de prévention au sein de la PASS doivent nous amener à renforcer les liens entre les deux structures et de proposer à la médecine de ville, aux professionnels du monde médico-social un accès plus rapide à l'information et à la prévention et un parcours facilité pour ces personnes très vulnérables.

Références

¹ Convention et protocoles relatifs au statut de réfugiés, UNHCR, The UN Refugee agency, <http://www.unhcr.org/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>

² La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions n° 98-657 du 29 juillet 1998 instaure la mise en place des PASS au sein des établissements de santé.

³ L'article L.6112-6 du Code de la Santé Publique prévoit la mise en place de permanence d'accès aux soins de santé, par les établissements de santé « qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

⁴ Beauchemin C., Hamel C., Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France, Paris, Institut national d'études démographiques, Grandes enquêtes, Ined éditions 2015.

⁵ Fassin D. et al. Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux. In Sida, immigration et inégalités. Collection Sciences sociales et sida, ANRS, Paris, 2002.

⁶ Gosselin A., Desgrées du Loû A. *et al.* Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? Numéro 533. Mai 2016. *Population et Sociétés*. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques

⁷ Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, Bajos N, Lert F, Lydie N, Dray-Spira R, The Parcours Study Group. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill.* 2015;20(46):pii=30065. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065>

⁸ Desgrées-du-Loû A, Julie Pannetier, Andrainolo Ravalihasy, Mireille Le Guenb, Anne Gosselin, Henri Panjo, Nathalie Bajos, Nathalie Lydie, France Lert, Rosemary Dray-Spira, and the PARCOURS Study Group. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France? *AIDS* 2016, 30:645–656