

Diplôme Universitaire Santé des Migrants

Université La Sorbonne Paris Nord

Session 2025

Mémoire de fin de formation

**L'accueil sanitaire des personnes migrantes au sein du CAARUD
l'Espace de repos, porte de la Chapelle**

Mise en place d'un bilan de santé IDE

LAMOUR Gabrielle, IDE

SOMMAIRE

- Introduction

- 1) Les problématiques en santé des personnes migrantes usagers de drogue
 - 1.1) Répercussions sur la santé physique
 - 1.2) Répercussions sur la santé mentale
 - 1.3) Répercussions sociales

- 2) Présentation de l'Espace de repos
 - 2.1) Historique de création et services proposés
 - 2.2) Descriptif des personnes accueillies
 - 2.3) L'entretien social d'inclusion

- 3) Bilan de santé IDE
 - 3.1) Historique et principe du "bilan de santé migrant"
 - 3.2) Création d'une consultation d'accueil IDE

- Conclusion

- Bibliographie

- Annexes

Sigles utilisés :

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CEGIDD : Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des infections

CLAT : Centre de lutte anti-tuberculose

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

EdR : Espace de repos

FTDA : France terre d'asile

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

MdM: Médecin du monde

RdR: Réduction des risques

SDF : Sans domicile fixe

SPILF : Société française de pathologie infectieuse de langue française

SFP : Société française de pédiatrie

SFLS : Société française de lutte contre le sida

UD : Usagers ou usagères de drogue

- **Introduction :**

Pourquoi s'intéresser au centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) de "l'Espace de repos" (EdR) est-il pertinent quand on parle de santé des migrants ?

La cohabitation des personnes migrantes et de celles usagères de drogues est historique dans le quartier de porte de la Chapelle. Dans les années 90, la cocaïne basée était consommée dans la capitale par une part importante de personnes originaires d'Afrique ou des Antilles (1), avant de s'étendre à un public plus large. A la fin des années 2010, des scènes de consommation de crack à ciel ouvert apparaissent dans le quartier de porte de la Chapelle. Cela fait suite aux diverses opérations policières ayant eu lieu dans le quartier de Stalingrad, ainsi qu'aux travaux de réaménagement urbain réalisés dans la ville de Saint-Denis. La plus célèbre des scènes de consommation étant la "Colline", entre l'échangeur A1 et le périphérique, qui sera un véritable lieu de vie jusqu'à son démantèlement en 2018.

Parallèlement, le Centre de Premier Accueil à porte de la chapelle, qui représentait le point de passage obligé des primo-arrivants, a fermé en avril 2018. Il fonctionnait comme un espace d'enregistrement, de tri et de transit des exilés. Ouvert depuis 2016, il avait accompagné près de 25000 migrants. (2 et 3).

Au fil du temps, ces deux populations vulnérables se rencontrent, et une porosité entre ces deux milieux s'observe. Plusieurs patients originaires du Soudan ou d'Afghanistan que j'ai pu accompagner dans le cadre de mon travail d'infirmière diplômée d'Etat (IDE) au sein de l'Espace de repos m'ont par exemple rapporté avoir consommé de la cocaïne-base dans un contexte de "kifs" proposés gratuitement sur leur campement.

Plusieurs facteurs exposent les groupes de migrants à un risque accru de consommation de drogue. Souvent issus d'un parcours migratoire traumatique, ils possèdent un terrain psychologique propice à la prise de produit. Cet aspect est renforcé par la précarité qu'ils peuvent rencontrer sur le territoire français : complexité des démarches pour l'asile, absence de logement faute de place dans les dispositifs d'accueil...

L'EdR, s'est ouvert dans ce contexte en 2019. La majorité des gens accueillis dans ce centre déclare une nationalité hors de l'UE. La prévention, la promotion de la santé et l'accès aux soins y sont des questions centrales et la connaissance sur l'état de santé "à l'arrivée" des personnes doit donc être approfondie, notamment via l'amélioration de l'entretien d'accueil.

Dans ce travail, on présentera tout d'abord les problématiques en santé des personnes migrantes et usagères de drogue. Ensuite, on s'attardera sur le fonctionnement de l'Espace de repos et les spécificités du public accueilli. Un point sera fait sur l'entretien social d'inclusion préexistant. On conclura ce travail en évaluant l'intérêt de la mise en

place d'une première consultation infirmière systématique, qui permettrait de réaliser un premier bilan de santé afin de mieux cerner les besoins de ce public, et donc d'améliorer leur prise en soin.

- 1) Les problématiques en santé des personnes migrantes usagères de drogue :

Le crack, selon l'Observatoire Français des drogues et des tendances addictives, "est un dérivé du chlorhydrate de cocaïne, résultant de l'adjonction de bicarbonate ou d'ammoniac. Cette transformation permet une cristallisation de la poudre en petits cailloux, destinés à être fumés et, plus rarement, injectés. Les effets de la cocaïne base sont beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate. Leur apparition est plus rapide (un à deux minutes contre quinze à trente minutes), mais leur durée est beaucoup plus courte (dix à quinze minutes contre environ une heure), ce qui conduit les usagers à une multiplication des prises" (4).

Cette drogue est très souvent consommée par des personnes migrantes et précaires (5). En effet les propriétés de ce produit répondent à leurs problématiques spécifiques que nous allons détailler par la suite. Les répercussions sur la santé sont à envisager par les biais biologiques, psychologiques et sociaux.

-1.1) Répercussions sur la santé physique :

D'une manière globale, on peut imputer à l'usage de crack : une perte de cheveux, un déchaussement des dents, des brûlures au niveau des mains et/ou oropharyngées. Sa consommation régulière peut provoquer des maux de tête violent, des crises convulsives, des lésions pulmonaires, des troubles digestifs. Il s'agit en outre d'un facteur de risque cardiovasculaire extrêmement important majorant le risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral (6). Les conduites addictives en général favorisent la transmission de maladies infectieuses telles que les hépatites. La consommation associée d'autres produits stupéfiants, d'alcool ou encore de médicaments expose enfin à un risque de surdose potentiellement mortel (7).

Ses propriétés stimulantes, anorexiques et insomniantes favorisent son usage par les personnes précaires et sans domicile fixe (SDF). L'état d'hypervigilance permanent dans lequel il plonge le consommateur permet en effet de faire face aux nombreuses problématiques de la rue. Cette précarité fragilise d'autant plus l'état de santé des consommateurs. S'il n'y a pas de pathologies "précises" chez les SDF, ils sont exposés au manque d'hygiène favorisant les infections cutanées, à la malnutrition évoluant très souvent en dénutrition, et à un stress constant. C'est aussi un facteur de risque d'apparition ou d'aggravation d'une pathologie. Par exemple on note un taux de tuberculose trente fois plus élevé chez cette population (8). Le suivi médical ou l'observance thérapeutique sont également d'autant plus difficiles dans ces conditions, perpétuant cette fragilité.

-1.2) Répercussions sur la santé mentale :

Les personnes migrantes en demande d'asile, ou ayant acquis le statut de réfugiés, sont plus à risque de détresse psychologique ou de décompensation de troubles psychiatriques, selon un rapport de France Terre D'Asile (FDTA) (9). De nombreux facteurs de risques peuvent apparaître tout au long de leur parcours migratoire. Dans leur pays d'origine, à travers la persécution, l'emprisonnement, les menaces de mort qu'elles subissent ; lors de leur migration, via des violences physiques et sexuelles ou l'esclavage ; à l'arrivée dans leur pays d'accueil, à cause de la discrimination ou de l'instabilité des droits. La sensation de bien-être décrite après une inhalation de crack est ainsi parfois une manière de neutraliser des souffrances, d'étouffer les reviviscences liées aux divers psycho-traumatismes dont ils ont pu être victime.

Parallèlement, l'usage de crack entraîne également des troubles psychiques importants pouvant majorer cette détresse puisque, l'OFDT prévient sur l'apparition *“des crises de paranoïa, d'angoisse, d'agressivité, parfois associées à des hallucinations auditives, visuelles et sensorielles”* (4).

De manière globale, la consommation de produits stupéfiants est un facteur de risque de développer des troubles dépressifs et anxieux, et de comportement suicidaire (7).

L'usage de ce produit est enfin délétère sur le plan psychique. On note une altération de la sphère cognitive : problèmes de mémoire, de concentration, de prise de décision par exemple (6). Ce paramètre peut compliquer l'accès aux soins, par une difficulté à se mobiliser pour un rendez-vous ou encore par une incapacité d'attendre aux urgences.

-1.3) Répercussions sociales :

Touchant un public très marginalisé, ici sans-papiers, on peut aussi décrire des vulnérabilités sociales multiples.

En plus du manque de logement, l'absence de couverture santé, la barrière de la langue, les potentiels problèmes avec la justice, l'impossibilité de travailler représentent aussi des obstacles à l'accès aux soins.

C'est à ce genre de problématique que L'EdR tente d'apporter des réponses. Le but est de proposer un accompagnement global des usagers, de promouvoir la santé et de réduire les obstacles les opposant aux droits communs, tout en prenant en compte les spécificités culturelles de chaque communauté accueillie.

- 2) Présentation de l'Espace de repos et de l'entretien social d'inclusion

-2.1) Historique de création et services proposés

L'Espace de repos a été créé en 2019, dans le cadre du Plan Crack, *“afin de répondre à la situation d'urgence socio-sanitaire (...) dans le nord-est parisien”* (10). La première étape de ce Plan (2019-2023) avait en effet pour objectif de *“construire et mettre en œuvre les dispositifs (...) d'amont, permettant l'amorce d'une prise en charge médico-sociale de consommateurs de drogues éloignés du soin et désocialisés”* (11).

Elle s'inscrit principalement dans une démarche de réduction des risques que l'on définit de manière générale, comme l'ensemble *« des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de drogues [...] par les personnes qui sont incapables ou qui n'ont pas la volonté de cesser de consommer »* selon la définition proposée par l'International Harm Reduction Association (IHRA) (7).

Chaque jour, sept jours sur sept, entre 100 et 200 consommateurs de crack y sont accueillis. L'accès y est inconditionnel, anonyme et gratuit. L'équipe, pluri-professionnelle, se compose de travailleurs sociaux, d'éducateurs spécialisés, d'infirmiers, ou encore de médiateurs. Situé porte de la Chapelle, proche des sites historiques de consommation, l'EdR offre aux usagers de drogue (UD) un espace sécurisé, un endroit de répit, répondant au mieux à leurs besoins. En plus des services de première nécessité (douche, sanitaire, machine à laver, dortoir), d'un accès facilité à des soins infirmiers et à du matériel de réduction des risques, de nombreuses activités y sont proposées (cours de français, atelier juridique, expression artistique, activité sportive ou culturelle). Divers partenaires associatifs ou encore des structures de soin y interviennent sous forme de permanence (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des infections, Comité de lutte anti-tuberculose, Médecins du Monde, FTDA).

A l'infirmerie, on compte environ 325 consultations IDE par mois. Plus de 700 personnes ont été suivies en 2024. Sont réalisés de manière non exhaustive : la gestion des urgences (quarante et un appels aux pompiers ou Samu sur l'année), les orientations médicales et/ou hospitalières, les réfections de pansement, les délivrances des traitements, les vaccinations, les accompagnements médicaux et la coordination avec les structures de soins ou avec les partenaires.

-2.2) Description des personnes accueillies :

L'entrée au sein de la structure s'effectue à la suite d'un premier entretien avec un professionnel où la question des consommations est abordée. Afin d'être admise, la personne se présentant doit être majeure et consommatrice de crack et/ou cocaïne. Les

informations sont collectées sur le logiciel Mano. Chaque jour, chaque passage d'un usager y est comptabilisé.

Sur l'année 2024 on comptabilise **37645 passages et 2728 personnes suivies** (nombre de personnes pour lesquelles il s'est passé quelque chose durant la période sélectionnée : création, modification, commentaire, action, rencontre, passage, lieu fréquenté, consultation, traitement). Le temps de suivi moyen au sein de l'association est de deux ans (ANNEXE 1).

Grâce aux statistiques de ce logiciel, nous pouvons brièvement présenter les caractéristiques des UD fréquentant l'EdR. Sur l'année 2024, on compte 88% d'hommes. Tout sexe confondus, 62 % des usagers ont entre 25 et 44 ans (un peu moins de 10% ont entre 18 et 24 ans et près de 25 % ont entre 45 et 69 ans). La nationalité déclarée est à 67% "Hors Union européenne". En pays d'origine sont retrouvés : la Somalie, l'Algérie, la Guinée, le Maroc, l'Afghanistan. 66% des usagers n'ont pas de logement. Le motif de situation à la rue est, à 62%, le départ du pays d'origine. 52% sont sans couverture médicale.

Ces résultats sont à nuancer en raison d'un nombre important de données manquantes pouvant biaiser notre analyse. Ainsi j'ai exclu des pourcentages les "non renseignés". Par exemple 1069 usagers n'ont pas renseigné leur nationalité, 989 n'ont pas indiqué l'existence d'un logement ou non, et 2024 n'ont pas donné leur situation administrative (ANNEXE 1).

2.3) L'entretien social d'inclusion

Comme évoqué précédemment, ce premier contact est obligatoire avant toute entrée dans la structure. Sur l'année 2024, **936 personnes ont bénéficié de cet entretien social d'inclusion**. Il porte principalement sur la consommation, afin de s'assurer que la personne se présentant soit usager de cocaïne, basée ou non.

Au regard du nombre de nouvelles personnes accueillies et soignées, une connaissance plus approfondie des personnes, tant sur le plan social que sur le plan médical, semble indispensable. La part des informations non recensées correctement montre quelques "dysfonctionnements" imputables à plusieurs facteurs. La méfiance des usagers envers les professionnels de l'EdR est une réalité, souvent majorée par les comportements paranoïaques, dus à la consommation, et la barrière de la langue, très fréquente. On peut aussi relever le manque de "confidentialité" lors de l'entretien, qui est réalisé au niveau du premier accueil "à la vue de tous", et le manque de temps parfois rencontré par les professionnels pour retranscrire les informations de manière exhaustive.

Pourtant, une meilleure prise en charge globale de l'usager passera d'abord par l'identification des besoins spécifiques. Un groupe de travail composé de travailleurs sociaux, d'éducateurs spécialisés et d'infirmier a vu le jour afin de mieux structurer ce

temps d'accueil et de créer un questionnaire plus exhaustif. Il a également pour vocation de constituer un livret d'accueil pour l'UD.

Ce groupe de travail a pu mettre en lumière le fait qu'aucun entretien IDE n'est proposé. L'existence de l'infirmier est très souvent évoquée, au même titre que les autres services, mais aucun bilan santé n'est mis en place.

Or le manque d'information, notamment sur les couvertures médicales, sur les antécédents peut compliquer les prises en soins ou entraîner des retards dans le dépistage de certaines pathologies, ou de psycho-traumatismes... L'idée d'un entretien IDE lors de la première venue est donc apparue en réunion d'équipe. C'est l'occasion de créer du lien rapidement "hors contexte d'urgence" et de favoriser l'alliance thérapeutique. Cette première rencontre ouvre la voie aux soins médico-psychologiques requis et offre la possibilité d'effectuer un premier "bilan somatique" pour des personnes éloignés du soin, en long parcours d'errance, parfois méfiants envers les hôpitaux et les structures de soins.

- 3) Bilan de santé IDE

- 3.1) Historique et principes du "Bilan de santé migrant"

La mise en place de cet entretien peut s'inspirer des travaux réalisés par le Haut Conseil de la Santé Publique (HSP). En 2015, à la suite de la crise syrienne, il été saisi pour émettre des recommandations sur l'organisation et le contenu du bilan de santé à proposer aux primo-arrivants. Le rapport paru en 2018 proposait *"un rendez-vous santé à toute personne migrante primo-arrivante dans un délai optimal de quatre mois suivant son arrivée, dans un lieu unique, de manière indépendante du parcours administratif et de toute fonction de contrôle, dans le respect du secret médical, avec, si besoin, le recours à l'interprétariat en santé. Les objectifs proposés pour ce dernier étaient l'information (...), la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun"*.

Ces propos sont rapportés par la Société française de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), la Société française de pédiatrie (SFP) et la Société française de lutte contre le sida (SFLS), en Juin 2024, dans leur recommandation sur le bilan de santé à réaliser aux personnes migrantes (ANNEXE 2) (12).

Ce dernier, très complet, s'adresse tout de même à un patient se trouvant déjà dans une démarche de consultation et à un personnel en capacité de prescription. Cependant, il peut servir de guide dans la pratique à adapter en fonction des besoins locaux du CAARUD et de sa population. Il permet de recueillir des informations précieuses pouvant faciliter une éventuelle prise en charge hospitalière et structurer les parcours de soins.

-3.2) Mise en place d'une consultation d'accueil IDE

Les raisons de fréquentation de l'EdR sont libres et non obligatoirement centrées sur le soin. La consultation IDE que nous souhaitons mettre en place doit être proposée et réalisée sur la base du volontariat. Cela afin d'être en accord avec les valeurs et le fonctionnement de l'association. Concernant la question de l'interprétariat, il existe un véritable multilinguisme au sein des professionnels (anglais, arabe, peul, dari, portugais, soninke...). Cette richesse permet de pallier les problèmes de barrière de la langue. Enfin la réalisation d'un entretien lorsque la personne est sous l'empire de stupéfiant n'étant pas l'idéal, il conviendra de respecter le rythme du patient. Par exemple, il est tout à fait envisageable de le réaliser sur plusieurs consultations, à différents moments.

Bien qu'il n'existe pas de présence médicale quotidienne, l'intervention de nombreux partenaires comble un grand nombre des points évoqués. La présence d'un CEGIDD une à deux fois par semaine pour dépister hépatites et autres infections sexuellement transmissibles, la présence du CLAT tous les trois mois afin de réaliser une radiographie thoracique, un CSAPA partenaire intervient également tous les trois mois afin de proposer une élastométrie impulsionnelle du foie (autrement appelé FibroScan®).

Si la personne l'accepte, on peut évoquer lors de la première consultation infirmière faite à la suite de l'entretien social d'accueil et d'inclusion :

- Une présentation de l'infirmerie, de l'équipe IDE et des différents partenaires intervenant et la date de leur prochaine venue. On peut aussi imaginer une "inscription prioritaire" sur les prochaines dates de campagne de prévention (CLAT, FibroScan...)

- Des informations complémentaires sur le droit français concernant les protections maladies en fonction du statut rencontré.

- Un recueil des antécédents médicaux, des problèmes de santé rencontrés dans le pays d'origine mais aussi durant le parcours migratoire. La date de la dernière visite médicale semble être une question importante, car à travers mon expérience, j'ai rencontré de nombreux UD ayant séjourné dans des pays européens voisins et qui rapportaient des consultations de primo-arrivée en Allemagne ou en Italie. Quelques-uns étaient par exemple détenteur d'une immunité contre l'hépatite B alors qu'ils n'avaient pas bénéficié de la campagne de vaccination contre le virus de l'hépatite B réalisé deux fois par an.

- Examen physique et clinique : poids / taille, tension artérielle, pouls, saturation et température. Un test de glycémie capillaire, bandelette urinaire et un test rapide d'orientation diagnostique peut être proposé. S'ils le souhaitent, une consultation médicale plus complète pourra être suggérée en fonction de leurs droits : cabinet libéral, dans un centre de santé de la Caisse primaire d'assurance maladie, dans une permanence d'accès aux soins de santé, ou dans des centres associatifs tels que MdM.

-L'utilisation systématique d'échelles de très court diagnostic psychiatrique telles que la PHQ-4 ou la PC-PTSD-5 (ANNEXE 3), me semble difficilement réalisable sur une première rencontre. En revanche, on peut aborder le thème de la santé mentale en questionnant d'une manière plus large, par quelques questions : l'existence ou non d'idées noires ou suicidaires, de difficulté à dormir, de cauchemars récurrents. On peut aussi imaginer que cette consultation servira de base à la relation de soin, permettant alors de revenir sur ce sujet plus tard quand une relation de confiance durable avec l'usager sera établie.

-Ici les problématiques liées aux femmes migrantes telles que les mutilations génitales ne sont pas abordées car ce public ne concerne pas la file active.

Ce bilan apporte une idée sur l'état de santé des personnes migrantes à leur arrivée dans l'association. Il permet de leur apporter des propositions de prise en charge spécifiques à leurs besoins, et d'orienter au mieux les campagnes de prévention, ou les ateliers à proposer. Les items paraissent enfin facilement réévaluables lors d'une nouvelle consultation.

Dans cette première ébauche de consultation d'accueil, les thèmes évoqués sont finalement assez généraux et abordent des enjeux de santé publique majeurs. Il est donc largement transposable aux UD Français ou de toute origine fréquentant ce CAARUD. Cependant, s'il a vocation à être élargi, il faudra l'étoffer sur la question de la santé de la femme (présence de contraception, date du dernier frottis...).

- Conclusion

Au sein des consommateurs de crack, spécifiquement dans le nord-est parisien, on retrouve une forte concentration de des personnes migrantes, particulièrement précaires avec un long parcours d'errance. Cette population cumulant de nombreux facteurs de vulnérabilités (parcours migratoire traumatique, troubles psychiatres sous-jacents, sans-abrisme) possède un terrain propice à la consommation de drogue. Le prix bon marché du crack en fait un produit accessible et ses effets puissants rendent supportables des conditions de vie très difficiles.

Aussi les usagers de crack, et plus spécifiquement les migrants usager constituent un public fortement éloigné du soin cumulant de nombreuses problématiques médicales, psychologiques ou sociales. La complexité de ce public justifie un accompagnement spécifique, tant il répond à des enjeux forts de santé publique et individuelle.

L'Espace de repos, créé dans le cadre du Plan Crack 2019, tente de répondre à un maximum de ces problématiques, en y proposant un accueil inconditionnel et un accompagnement collectif et individuel global répondant au mieux aux besoins des UD. La fréquentation du lieu et l'activité à l'infirmerie sont soutenues. De nombreuses personnes passent la porte de l'association, ce qui confirme la pertinence de ce service.

Afin d'adapter les prises en soin aux spécificités de cette population accueillie, il apparaît indispensable de mieux la connaître. Un premier entretien social d'inclusion, fait par le personnel non soignant, permet de recueillir l'état actuel des consommations de la personne mais également des informations administratives et sociales, débutant ainsi la prise en charge. Par la suite, une consultation d'accueil IDE, inspirée des recommandations des SPILF, SFP et SFLS, peut être proposée.

Grâce à ce travail de collaboration pluri-disciplinaire de collecte de données, des actions de dépistages et de préventions adaptées peuvent être proposées. Des problématiques spécifiques (demande de sevrage, maladies chroniques...) peuvent être décelées à ce moment, et un début de prise en charge peut être amorcé. Cela renforce "l'aller-vers" pour une population difficile à mobiliser.

La connaissance des antécédents ou du parcours de soins des personnes accueillies facilitera aussi le travail des équipes médicales, hospitalières ou sociales d'aval si la personne souhaite et se retrouve en mesure d'entamer un parcours de soin.

- Bibliographie

1 La consommation du "crack" à Paris en 1993: données épidémiologiques et ethnographiques. Rapport de l'Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance , Février 1994

https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=26863

2 <https://www.leparisien.fr/paris-75/paris-la-bulle-a-quitte-la-porte-de-la-chapelle-11-04-2018-7658823.php>

3 L'accès aux soins des personnes migrantes en Ile de France, Enquête de l'Observatoire du Samu social de Paris pour l'ARS, Janvier 2018

<https://www.samusocial.paris/sites/default/files/202209/santemigrantsrapportarsiledefrance.pdf>

4 <https://www.ofdt.fr/cocaine-et-crack-synthese-des-connaissances-1728>

5 Crack, classe et race à Paris, Julie Costa. ASUD journal numéro 64, 2021
<https://hal.science/hal-03618092v1>

6 Crack : état de la situation vers des recommandations et un plan d'action, rapport remis à la région Ile de France, L. Vaivre-Douret et S. Gaucher, Article Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine p626-635, Mai 2023

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407923000882#bibl0005>

7 La réduction des risques et des dommages au sein d'un CAARUD, Recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des

établissements et services sociaux médicaux https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/recommandations_caarud_web.pdf

8 La santé des sans-abris, Article Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, O. CHA, Article Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine p227-292, Février 2013
<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/09/pages-de-277-292.pdf>

9 Répondre aux besoins en santé mentale des demandeurs d'asile : une étude qualitative, France terre d'asile, Les cahiers du social n° 42, Juillet 2023
https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/etude_sante_mentale_web.pdf

10 Rapport d'activité 2023 de l'Espace de repos, Association Aurore et Gaia

11 Crack : bilan des actions et perspectives de l'étape 2 du Plan crack, communiqué de presse de l'ARS, Novembre 2023 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/crack-bilan-des-actions-et-perspectives-de-letape-2-du-plan-crack>

12 Bilan de santé à réaliser chez toutes personnes migrantes primo-arrivante, Recommandation de la SPILF, SFP, SFLS, Juin 2024
<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/migrants/recommandations/recommandation-bilan-de-sante-vfinale-2.pdf>

Lecture :

https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-5842-eisxac2b1.pdf

[https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3866-doc num--explnum_id-26951-.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3866-doc_num--explnum_id-26951-.pdf)

https://actu.fr/ile-de-france/paris_75056/crise-du-crack-a-paris-retour-sur-30-ans-d-errance-et-de-consommation-a-ciel-ouvert_53907955.html

<https://www.infomigrants.net/fr/post/13939/au-nord-de-paris-de-plus-en-plus-de-migrants-tombent-dans-la-toxicomanie>

<https://www.federationaddiction.fr/thematiques/publics-specifiques/migrations-et-drogues-des-recommandations-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-des-personnes/>

<https://guide.comede.org/bilan-de-sante/>

ANNEXE 1 : Logiciel MANO, Capture d’écran des différentes statistiques



Tranche d'âges	Nb	%
3 - 17	2	0.1 %
18 - 24	245	9 %
25 - 44	1699	62.3 %
45 - 59	676	24.8 %
60+	102	3.7 %
Non renseigné	4	0.1 %
Total	2728	100 %

Genre	Nb	%
Homme	2421	88.7 %
Femme	299	11 %
Femme transgenre	4	0.1 %
Non renseigné	1	0 %
Homme transgenre	1	0 %
Non binaire	1	0 %
Aucun	1	0 %
Total	2728	100 %

Nationalité	Nb	%
Hors UE	1122	41.1 %
Non renseigné	1067	39.1 %
Française	452	16.6 %
UE	85	3.1 %
Demandeur d'asile	1	0 %
Titre de séjour	1	0 %
Total	2728	100 %

Couverture(s) médicale(s)	Nb	%
Non renseigné	2024	74.2 %
Aucune	369	13.5 %
Régime Général	149	5.5 %
CSS	98	3.6 %
AME	53	1.9 %
PUMa	19	0.7 %
Autre	18	0.7 %
CMUC	2	0.1 %
Nombre de personnes concernées	2728	
Total des valeurs	2732	

Hébergement	Nb	%
Non	1163	42.6 %
Non renseigné	989	36.3 %
Oui	576	21.1 %
Total	2728	100 %

ANNEXE 2 : Bilan de santé systématique recommandé chez une personne migrante primo-arrivante, tableau de synthèse. Recommandation de la SPILF, de la SFP et de la SFLS, Juin 2024

Tableau de synthèse 1 : Bilan de santé systématique recommandé chez une personne migrante primo-arrivante asymptomatique adulte

	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen Orient	Asie centrale et du Sud-Est	Amérique centrale et du Sud	Caribbes	Europe de l'Est
Interrogatoire détaillé (ATCD, situation sociale, barrière de la langue, symptômes, contact, etc.)				X		
Recherche ATCD de violences, de mutilation génitale féminine (MGF) si pays à risque (Figure 1), et de situations de vulnérabilité sexuelle				X		
Recherche de grossesse (interrogatoire ± β -HCG) et besoins non pourvus en contraception				X (femmes en âge de procréer)		
Dépistage du trouble anxieux et de l'épisode dépressif caractérisé (échelle PHQ-4), du syndrome de stress post-traumatique (échelle PC-PTSD-5) et du trouble de l'usage ou de la dépendance aux substances psychoactives (voir Echelles 1 et 2 ci-dessous).				X		
Examen clinique complet avec prise de tension artérielle, température, poids, taille et examen dentaire, dépistage troubles la vision et de l'audition				X		
Bandlette urinaire				X		
Détesto ou glycémie à jeun				Si ≥ 45 ans (≥ 35 ans si ATCD familiaux, FDR CV et origine du sous-continent Indien, du Moyen-Orient, ou d'Afrique et/ou en supplément)		
Bilan lipidique à jeun				Si homme ≥ 40 ans, femme ≥ 50 ans, en présence de FDR CV, avant prescription d'une contraception hormonale		
VFS, créatinine, ASAT, ALAT				X		
Électrophorèse de l'hémoglobine				$\pm^a$		
Radiographie pulmonaire				Si originaire d'un pays de forte incidence de la tuberculose ($\geq 40/100\,000$) (Figure 2)		
Intradermoréaction à la tuberculine ou ICRA ^a				Uniquement si pays de très forte incidence ($\geq 100/100\,000$) (Figure 2), âgé e de 18-40 ans ET présence d'enfants dans l'entourage et/ou exerçant un métier de la santé ou de la petite enfance et/ou immunodépression.		
Sérologies VIH, VHB (Ag HbS, Ac anti-HbS, Ac anti-HBc) et VHC Ou TRODS VIH, AgHbS et VHC				X		

Sérologie syphilitis Ou TROD Syphilis	Afrique subsaharienne	Afrique du Nord et Moyen Orient	Ale centrale et du Sud-Est	Amérique centrale et du Sud	Caribbes	Europe de l'Est
PCR <i>Chlamydia/igone</i> coque 1 ^{er} jet d'urine (homme) ou auto- prélevement vaginal (femme) ± anal et pharyngé selon pratiques	X					
Sérologie (bibi-réose) schistosomose	X	Égypte				
Sérologie (anginulose) strongyloïdose	X					
Examen parasitologique des selles (EPS) (x3)	±		±	±		
Examen parasitologique des urines (EPU) (x1)	±	± Égypte				
Sérologie filariose et recherche de microfilariémie d'urine	Afrique centrale forestière ⁵					
Sérologie HTLV-1 chez les femmes en âge de procréer	X			X	X	
Sérologie maladie de Chagas chez les femmes en âge de procréer				X ³		
Anticorps antitétaniques et anticorps anti-HBs 4 à 8 semaines après un rappel des vaccins dTPa et HepB si indiqués	X					
Sérologie varicelle en l'absence d'ATCD si <40 ans	X					
Programmes nationaux de dépistage selon recommandations nationales (trouits du col de l'utérus 25-65 ans ou PCR HPV 16-65 ans, mammographie ≥50 ans, sang dans les selles ≥50 ans)	X					

[illegible]

ANNEXE 3 : Echelle d'anxiété et de dépression, et questionnaire explorant les symptômes de trouble de stress post-traumatique. Recommandation de la SPILF, de la SFP et de la SFLS, Juin 2024

Échelle 1 : Échelle PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4)

L'échelle d'anxiété et de dépression (Patient Health Questionnaire – PHQ-4) a été construite pour dépister le trouble anxieux généralisé et le trouble dépressif. Il s'agit d'un outil très court de dépistage psychiatrique.

<i>Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé.e par les problèmes suivant</i>	<i>Jamais</i>	<i>Plusieurs jours</i>	<i>Plus de sept jours</i>	<i>Presque tous les jours</i>	<i>SCORE</i>
<i>Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension</i>	0	1	2	3	Score anxiété= /__ / sur 6
<i>Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes</i>	0	1	2	3	
<i>Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses</i>	0	1	2	3	Score dépression= /__ / sur 6
<i>Sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir</i>	0	1	2	3	
SCORE GLOBAL					/ / / sur 12

L'interprétation des résultats du PHQ-4 est la suivante :

- score global sur une échelle de 0 à 12 (somme des réponses aux 4 questions) comprenant quatre niveaux de détresse psychologique : aucune (0-2), légère (3-5), modérée (6-8), ou grave (9-12)
- une sous-échelle de mesure de l'anxiété de 0 à 6 (somme des deux premières questions) : un score ≥ 3 est considéré comme positif pour le dépistage d'un trouble anxieux.
- une sous-échelle de mesure de la dépression de 0 à 6 (somme des questions trois et quatre) : un score ≥ 3 est considéré comme positif pour le dépistage d'un trouble de l'humeur.

Si le PHQ-4 est positif, le PHQ-9 (trouble de l'humeur) et le GAD-7 (trouble anxieux) sont des outils complémentaires qui pourraient être administrés pour préciser la suspicion diagnostique (voir Annexe 2)

Échelle 2 : Échelle PC-PTSD-5 (The Primary Care PTSD Screen for DSM-5)

Le PC-PTSD-5 est un questionnaire à 5 questions, qui explore les symptômes de trouble de stress post-traumatique et leur impact actuel dans la vie du sujet, uniquement pour les personnes ayant mentionné une exposition à un événement potentiellement traumatique. Après une question inaugurale recherchant l'exposition à un événement traumatique, 5 questions sont posées au patient.

	Oui	Non
<i>Il arrive parfois aux gens des choses inhabituelles ou particulièrement effrayantes, horribles ou traumatisantes. C'est le cas, par exemple d'un accident grave ou un incendie, d'une agression ou un abus physique ou sexuel, d'un tremblement de terre ou une inondation, d'une guerre, voir une personne tuée ou gravement blessée ou encore la mort d'un proche par homicide ou suicide.</i>		
<i>Avez-vous déjà vécu ce type d'événement ?</i>	• ↓	• STOP
<i>Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous.</i>		
<i>Au cours du mois dernier, avez-vous...</i>		
• <i>fait des cauchemars à propos de l'événement (des événements) ou pensé à l'événement (des événements) lorsque vous ne le vouliez pas ?</i>	1	0
• <i>fait des efforts pour ne pas penser à l'événement (aux événements) ou fait des efforts pour éviter des situations qui vous rappellent l'événement (les événements) ?</i>	1	0
• <i>été constamment sur vos gardes, vigilant ou facilement surpris ?</i>	1	0
• <i>vous vous êtes senti insensible ou détaché des gens, des activités ou de votre environnement ?</i>	1	0
• <i>vous vous êtes senti coupable ou incapable d'arrêter de vous en vouloir ou en vouloir les autres pour le(s) événement(s) ou les problèmes que le(s) événement(s) a (ont) pu causer ?</i>	1	0
SCORE :	/	/ sur 5