

**Diplôme Universitaire Santé des Migrants
Université Paris 13**

Année universitaire 2020-2021

Mémoire :

Articulations des dépistages tuberculose et des autres actions de santé et prévention auprès du public étranger primo-arrivant : enquête auprès des CLAT en Auvergne Rhône Alpes.

Avril 2021

Dr Virginie BRULET

Service Prévention Santé Publique – Centre Départemental de Santé de Grenoble

Glossaire

AURA ou ARA : région Auvergne-Rhône-Alpes

ARS : Agence Régionale de Santé

CADA : Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CH : Centre hospitalier

CLAT : Centre de Lutte antituberculeuse

CMP : Centre Médicaux Psychologiques

CPEF : Centres de planification et d'éducation familiale

DA : Demandeur d'Asile

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

ITL : Infection Tuberculeuse Latente

IST : infections sexuellement transmissibles

GUDA : Guichets Uniques pour demandeurs d'asile (réuni les services de la préfecture et de l'OFII)

MNA : Mineur Non Accompagné

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

PASS : Permanences d'Accès aux Soins

PMI : Protection Maternelles et Infantiles

RP : Radiographie pulmonaire

IDR : Intradermoréaction (à la tuberculine dans cet exposé)

SPADA (ou PADA) : Structures de Premier d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

SASPP : Service d'Accueil et de Santé Publique de Proximité

Introduction

Le premier bilan santé et de prévention d'une personne étrangère primo-arrivante en France nécessite, selon le pays d'origine, une compétence spécifique vis-à-vis de certaines problématiques de santé, et ceci d'autant plus pour les personnes sont en situation de précarité^{1 2 3}.

En dehors des problèmes de santé symptomatiques qui engendrent un recours aux soins, un bilan d'accueil et d'orientation en santé serait souhaitable, tel qu'il est préconisé dans de nombreuses publications⁴ et recommandations⁵. En fonction des pays d'origines et du parcours de vie, un bilan type idéal des personnes étrangères primo-arrivantes non symptomatiques pourrait inclure un bilan infectieux (dépistage de la tuberculose maladie⁶ et ITL⁷, dépistage du VIH⁸, des Hépatites, des IST, parasitoses⁹), la mise à jour des vaccinations (incluant la nécessité de bilans sérologiques)¹⁰, une évaluation clinique des affections de santé mentale³ et des affections chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires^{11 12}, un bilan gynécologique (avec dépistage des cancers du col¹³, évaluation clinique des mutilations sexuelles féminines...). A ce bilan médical pourrait être associé la nécessité plus large de promotion de la santé concernant notamment la santé sexuelle^{14 15} ou encore accompagner l'accès au dispositif de soin et de prévention en France. Tout cela devrait être prévu avec un accès à une traduction dans la langue parlée des personnes pour tous les entretiens et avec des dispositifs adaptés et compétents¹⁶.

Le dépistage de pathologies infectieuses et leur prévention telles que la tuberculose le VIH et les hépatites et la mise à jour des vaccinations sont les actions les plus développées par les politiques de santé, notamment par la mise en œuvre de missions spécifiques dont une partie de l'activité est tournée vers les populations étrangères provenant de pays de forte endémie pour ces pathologies¹⁴. Ces missions sont réalisées par les Centre de Lutte antituberculeuses (CLAT), les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) et par les services de vaccinations. La politique de santé œuvrant contre l'exclusion confère aux Permanences d'Accès aux Soins (PASS) et aux Equipe mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) un accès aux soins primaires¹⁷ et de santé mentale particulièrement utiles pour les personnes étrangères, en situation de précarité, arrivées récemment en France. Les missions de la Protection Maternelles et Infantiles (PMI) et des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont encore d'autres services de santé publique contribuant à la prise en charge des personnes primo-arrivantes sur le territoire français et en situation de précarité.

Tous ces dispositifs de santé publique et d'accès gratuit sont déployés et financés dans des logiques de missions thématiques qui leur sont propres. Leurs articulations autour d'une approche populationnelle, notamment pour le public en situation de précarité, s'est construit, dans la pratique, entre les acteurs de terrain. Cependant, les pratiques de terrain n'offrent pas un accès à un parcours homogène et adapté sur tout le territoire¹⁷. Ce n'est que récemment que la question du parcours de santé des personnes étrangères primo-arrivantes en France apparait dans les politiques nationales de santé nationales déclinées et mises en œuvre par les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'instruction de la Direction Générale de la Santé (DGS) du 8 juin 2018¹⁸ relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants « [...] encourage la construction de parcours de santé des migrants adaptés aux territoires par une animation de l'offre locale autour de cet objectif ». Cet

objectif se décline dans les orientations de certaines thématiques, comme dans la *Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030*¹⁹ qui propose d'« Intensifier auprès de cette population clé la prévention en santé sexuelle via des actions ciblées ou en l'intégrant au sein d'une approche globale de prévention et de prise en charge en santé ». La *Feuille de Route stratégie Nationale de santé sexuelle 2018-2020*²⁰ reprend cela dans son action n° 17 : « Mettre en œuvre, à titre expérimental, une proposition systématique d'un bilan de santé global, intégrant la santé sexuelle, pour les migrants primo-arrivants ». Plus concrètement, la dernière réforme des CLAT en décembre 2020²¹ leur confère une nouvelle action : pour les personnes en contact avec le CLAT, celui-ci « propose un bilan préventif aux personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » visant « principalement le rendez-vous santé des migrants primo-arrivants ».

La réforme des CLAT vient mettre au jour des questionnements sur ces articulations et sur les pratiques. Afin d'apporter un éclairage sur les parcours en santé des personnes étrangères primo-arrivantes, j'ai élaboré cette enquête qualitative auprès des CLAT de la région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA). L'objectif est de connaître, par le prisme des pratiques de dépistage des CLAT, la façon dont s'articule, s'élabore, ou non, un parcours de santé des personnes primo-arrivantes éligibles au dépistage de la tuberculose. Qu'en est-il en réalité sur le terrain ? Quelles en sont les dynamiques ou les freins ?

Méthode

Définitions :

« **Personne étrangère** » : personne nationalité étrangère.

« **Primo-arrivant** » : Le terme est employé dans cet exposé dans son acception anglaise « newcomer », « nouvellement arrivé ». Une personne arrivant pour la première fois dans un pays et s'installant durablement dans ce pays, indépendamment de sa situation administrative. J'utilise cette notion sans précision de durée, plutôt pour définir les personnes étrangères n'ayant pas encore acquis les compétences permettant l'intégration dans le pays d'arrivée (langue, compréhension du fonctionnement du pays d'arrivée, notamment du système de santé).

« **En situation de précarité** » : état d'instabilité sociale caractérisé par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. » (J. Wrezinski)²². Concernant les personnes étrangères sur le territoire français, on peut ainsi considérer que, à minima, toute personne n'ayant pas de statut administratif stable, est en situation précaire.

« **Personne étrangère primo-arrivante en situation de précarité** » : regroupe des personnes étrangères sans titre de séjour, des personnes en demande d'asile, ou des personnes étrangères ayant un titre de séjour mais n'ayant pas de sécurité de logement, de travail, ou présentant des facteurs de précarité (absence d'assurance maladie...).

« **Unité clinique fonctionnelle** » : unité de lieu (même locaux) où est pratiquée une activité clinique (consultation médicale ou infirmière) de santé (prévention ou soin). Ces unités peuvent regrouper, une ou plusieurs missions de santé, ou des personnels appartenant à des services

administrativement différents mais exerçant une activité clinique de façon polyvalente dans un même lieu.

Méthode de l'enquête :

L'enquête s'est faite par entretiens téléphoniques au mois d'Avril 2021 auprès des 15 CLAT de la région Auvergne Rhône Alpes, et, le cas échéant, auprès d'autres structures susceptibles d'aider à la compréhension des articulations des dépistages proposés au public étrangers primo-arrivant dans la région. Les répondants ont été sollicités sans ou avec rendez-vous téléphoniques (une ou plusieurs personnes par service).

L'enquête est une description qualitative de l'organisation et des pratiques dans la région AURA.

Structuré autour d'un questionnaire téléphonique (ANNEXE 1), le mode d'entretien semi-directif visait à une expression libre de l'interlocuteur autour des modalités de l'offre de prévention et de soin à disposition du public étranger primo-arrivant, les modalités d'articulations entre différents dispositifs de santé et la spécificité des pratiques locales.

Un travail de documentation préalable a été effectué sur les structures sanitaires hébergeant les CLAT ou les autres missions de santé dans la région.

Résultats

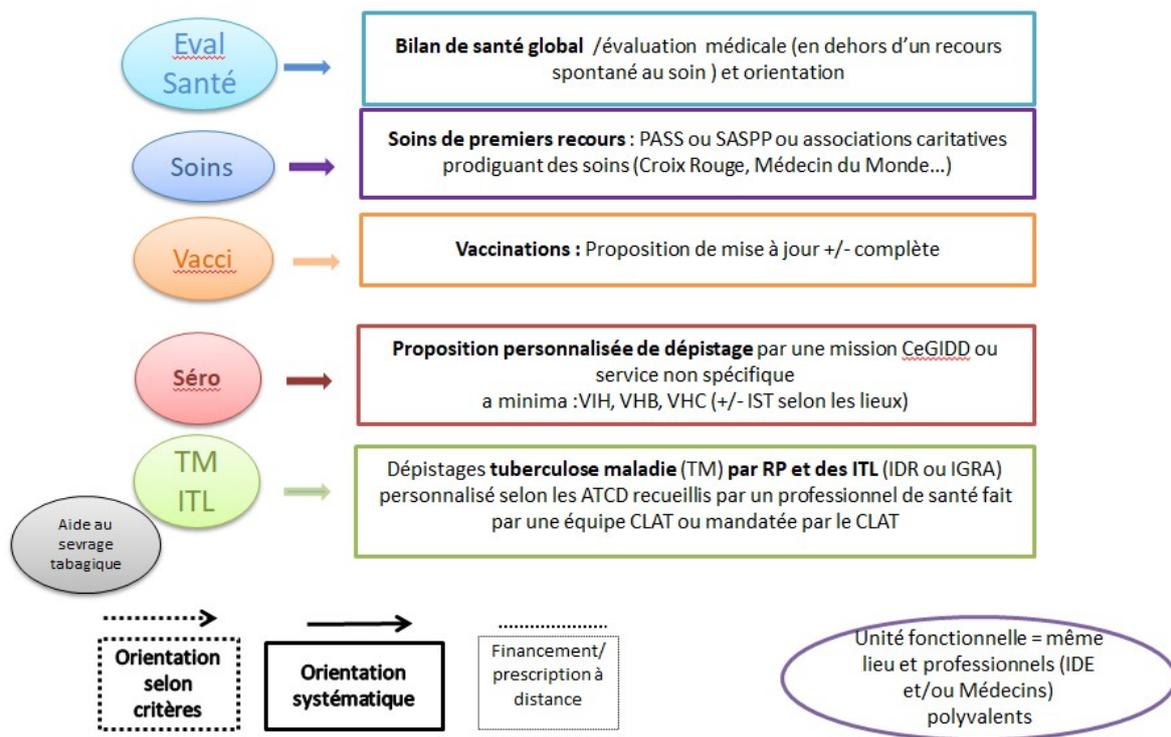
Parmi les 15 CLAT situés dans les 12 départements de la région AURA (Annexe 2), 14 ont été contactés par téléphone et les pratiques du CLAT 38 (Isère) dans lequel je travaille ont été incluses dans cette enquête. S'est ajouté un contact téléphonique avec un CeGIDD et un contact téléphonique avec une médiatrice santé d'une association incluant une activité de santé dans un département où le CLAT n'avait pas d'activité clinique.

Les entretiens téléphoniques ont été menés avec 17 personnes répondantes. Parmi eux : 8 IDE, 4 médecins, 2 cadres de santé, 2 secrétaires, 1 médiatrice santé.

Les réponses sur le parcours de dépistage des personnes étrangères primo-arrivantes ne sont pas exhaustives car la profession des interlocuteurs et le temps dédié à l'entretien étaient variables.

Il y a autant d'organisations de dépistage que de CLAT interrogés avec une majorité (10/15) de propositions de dépistages tuberculose intégrés dans une organisation de prévention polyvalente :

Les différentes pratiques de santé publique d'accès gratuit +/- associées au dépistage tuberculose des personnes étrangères primo-arrivantes

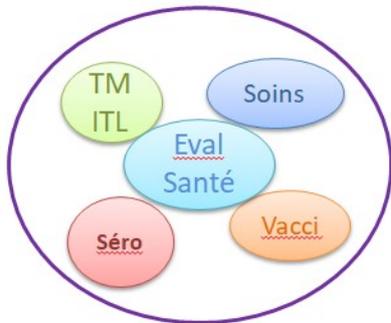


Les schémas ci-après représentent les différentes organisations selon le critère « d'unité clinique fonctionnelle ».

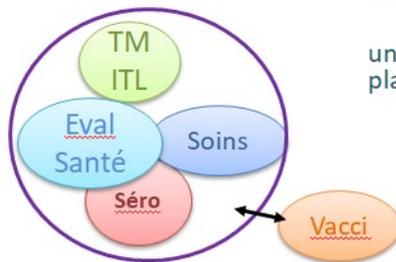
Plusieurs organisations peuvent co-exister pour un même CLAT car leur compétence peut s'exercer sur un territoire plus ou moins grand, dans un ou plusieurs lieux, ou être déléguée à d'autres structures par des partenariats.

Organisations fonctionnelles proposant des pratiques cliniques les plus polyvalentes de prévention et de santé pour le public étranger primo-arrivant

Dans une même unité de fonctionnement + Médecins et/ou IDE pratiquant une activité clinique polyvalente



ou



➤ **3 répondants**

Tous dans des CH hébergeant les missions de PASS- CLAT- CeGIDD et Vaccination

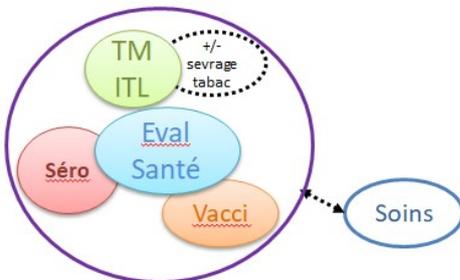
❖ **la PASS est la « plateforme clinique »**

❖ Parmi eux:

Service en CH + une antenne clinique polyvalente dans une structure en ville (CCAS)

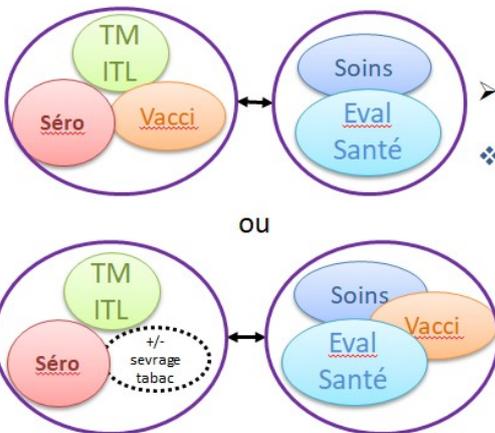
un répondant associe le service pédiatrie comme plateforme pour tous les enfants

Approches polyvalentes de prévention et parcours de santé articulé comprenant une évaluation de l'état de santé : 6 répondants



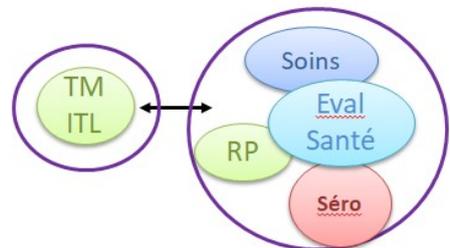
➤ **3 répondants**

❖ Plateforme clinique associant approche de prévention+ bilan santé polyvalente et orientation ciblée pour le soin



➤ **2 répondants**

❖ **SASPP** comme plateforme clinique, articulée

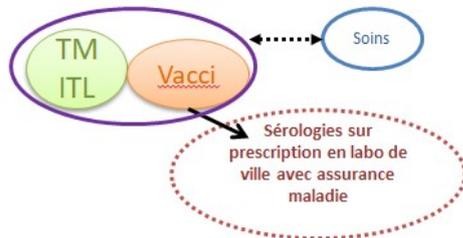


➤ **1 répondant**

❖ PASS comme plateforme clinique articulée avec le CLAT pour le dépistage des ITL mais sans orientation vaccination

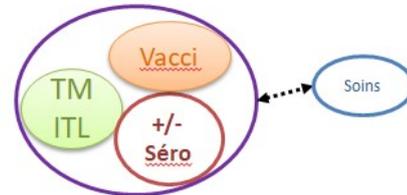
Pratiques polyvalentes articulant au moins 2 missions

- 1 répondant
- ❖ la sérologie nécessite d'avoir l'assurance maladie



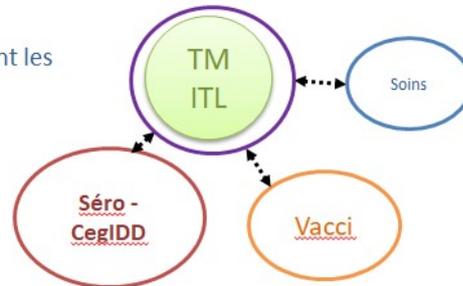
Possibilité d'actions « hors les murs » polyvalentes :

- 4 répondants
- ❖ Ces actions peuvent être coordonnées avec plusieurs structures de santé

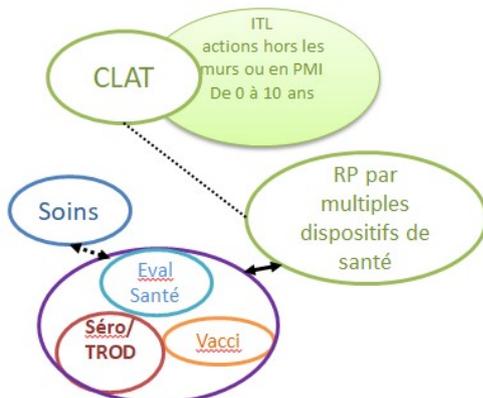


Pas de polyvalence associé au dépistage :

- 3 répondants
- ❖ orientations ciblées vers les services hébergeant les missions de santé publiques



Dispositifs sans rencontre clinique avec un professionnel de santé du CLAT



- 1 dispositif de prévention avec un CLAT sans unité fonctionnelle d'activité clinique (sauf quelques dépistages ITL hors les murs pour les moins de 10 ans)
- ❖ Une structure santé en partie bénévole en collaboration avec le CLAT – le CegiDD, propose des dépistages (TROD VIH VHC, Sérologie VHB), RP et quelques vaccinations (dtpc, VHB principalement) aux étrangers primo-arrivants en situation de précarité



- CLAT sans activité clinique ou partenariats de fonctionnement dans des territoires éloignés des CLAT

Prescription (et prise en charge financière) à distance – usagers orientés par les structures sociales d'hébergement

Des pratiques de dépistage ciblé de tuberculose hétérogènes

Les indications des dépistages ciblés sont appliquées de façon hétérogène.

La liste ci-dessous (non exhaustive) illustre les différents critères qui peuvent être appliqués par les différents CLAT:

- Dépistage des ITL et RP quel que soit l'âge
- RP pour tous et dépistage des ITL des 0 à 18 ans
- Dépistage des ITL seulement de 0 à 10 ans et RP pour tous
- RP seulement à partir de 18 ans et dépistage ITL au moins de 10 ans

Mises à jour des schémas vaccinaux incomplets

Lorsqu'elle est proposée, la mise à jour des vaccinations est à minima dtpc + VHB (+/- ROR, Menigo C). Pour au moins 5 répondants (des services de vaccination avec un budget dédié), une proposition vaccinale complète selon les recommandations¹⁰.

Les propositions incomplètes sont expliquées soit par insuffisance de temps médical, par l'insuffisance de financement dédié à la vaccination, ou par une connaissance incomplète des recommandations (souvent par « manque de temps »).

Autres orientations: faciles en gynécologie/CPEF, inégales en PMI, difficiles en psychiatrie et en médecine générale

Les orientations en service de gynécologie ou en CPEF sont toujours citées comme ne posant pas de difficulté avec des filières d'orientation bien identifiées et accessibles.

Les services de PMI sont aussi bien identifiés pour l'orientation des enfants de moins de 0 à 6 ans mais l'accès et l'offre de prévention à ces dispositifs est variable selon les territoires.

Lorsque les répondants l'évoquent, l'orientation vers la médecine de ville pose difficulté à tous, principalement en raison de la pénurie de médecins traitant. Certains entretiennent un réseau de médecins de ville, notamment lorsqu'ils forment des internes de médecine dans leur service, mais, dans ces cas, tous indiquent que très vite le réseau de médecins acceptant des nouveaux patients est saturé.

L'orientation sur une filière de prise en charge en santé mentale est celle qui pose le plus de difficulté. Sauf dans un département, tous ceux qui ont évoqué cette question décrivent une orientation aux CMP presque impossible et une offre de soin insuffisante ou trop longue dans les EMPP. Pour pallier à ce problème, certains dispositifs ont recruté des psychologues (ou encore, des médecins se sont formés à la prise en charge des psycho-traumatismes).

Public étranger primo-arrivant bénéficiant du dépistage ciblé de la tuberculose : majoritairement en situation de précarité avec un fonctionnement de réseau hétérogène.

Les CLAT dépistent à minima des personnes étrangères primo-arrivantes orientées par les référents sociaux des structures d'hébergements, essentiellement de demandeur d'asile (CADA) ou des structures d'hébergement d'urgence. De façon moins systématique, l'orientation est faite par des structures d'accueil et d'accompagnement de personnes précaires (associations caritatives, accueils de jour) ou par orientations d'autres structures de santé.

Les liens avec les dispositifs et institutions d'accueil (OFII, SAPA, GUDA, associations...) et d'hébergement dépendent de l'histoire locale du réseau où est implanté le CLAT. Plusieurs

répondants relatent la difficulté de travail avec les structures d'hébergement social qui présentent de fréquents changements structurels et de personnel, alors que d'autres disent fonctionner « très bien » avec les mêmes partenaires sociaux qui sont les mêmes depuis longtemps.

Le dépistage des personnes étrangères primo-arrivantes moins précaires comme les étudiants étrangers ou des personnes entrées avec des visas longs séjours semble plus rarement pratiqué.

Pour les MNA pris en charge par les services de protections de l'enfance des départements, le dépistage de la tuberculose n'est pas systématiquement organisé.

Freins et dynamiques d'une offre de prévention et santé publique polyvalente.

L'hébergement dans une même structure administrative de plusieurs missions de santé publique contribue à l'association des pratiques dans une même unité fonctionnelle. C'est le cas dans les premiers schémas présentés, qui associent le plus de missions dans une même unité fonctionnelle.

Cependant, certaines structures peuvent héberger plusieurs missions sans forcément les associer dans un fonctionnement pluridisciplinaire. A contrario, certaines unités fonctionnelles polyvalentes sont formées par l'association de missions appartenant à des structures indépendantes.

Les PASS ou les SASPP semblent être les plateformes les plus à même d'intégrer les différentes missions au sein de leur fonctionnement.

La logique de financements circonscrits à une mission thématique est un frein à la cohérence des parcours. Certaines unités offrant une polyvalence de l'activité clinique le font parfois en débordant sur le budget de leur mission, ce qui menace la pérennité du fonctionnement. Dans plusieurs structures, le découpage financier amène à des pratiques incomplètes ou discontinues, comme par exemple pour la vaccination (par exemple, seulement vaccination VHB et HPV au CegiDD). Autre exemple, pour un même usager, l'utilisation de l'interprétariat téléphonique (ISM) est seulement systématique pour les consultations concernant la tuberculose, mais pas pour les consultations de vaccination ou de PASS, bien que les professionnels soient les mêmes (3 structures mentionnent ce fonctionnement).

Dans certaines structures, la mise en place d'« antennes » financières et de personnel (CLAT/Vaccination/CegiDD) intégrés dans un autre service de santé (PASS ou SASPP), permet un fonctionnement pérenne et la présence de professionnels polyvalents.

Il a plusieurs fois été évoqué que la complexité des parcours administratifs (notamment pour les demandeurs d'asile et les personnes sans titre des séjours comme les MNA non reconnus), les problématiques d'accès aux droits sociaux, et la mobilité des personnes étrangères primo-arrivantes requièrent des compétences et du temps d'accompagnement dont les CLAT disposent insuffisamment.

La majorité des répondants étaient enthousiastes à échanger sur leurs pratiques et curieuses de connaître les autres pratiques dans la région. Les entretiens téléphoniques ont été l'occasion pour certains répondants de demander des informations sur les référentiels de pratiques ou sur les parcours des personnes étrangères primo-arrivantes et les dispositifs administratifs et sociaux afférents.

Discussion

L'enquête essentiellement qualitative ne décrit pas de façon exhaustive l'ensemble des pratiques de dépistage mais ébauche néanmoins le paysage des pratiques régionales. La méthode de l'enquête permettait de faire émerger des problématiques et spécificités locales qui n'auraient pas pu être prises en compte ou comprises dans un questionnaire à questions fermées avec réponses écrites.

Un rapport exhaustif sur les parcours de santé des étrangers primo-arrivants demanderait une enquête complémentaire auprès de tous les CeGIDD, centres de vaccination, PMI, filières de santé mentale ou autres structures de soin rencontrant des personnes étrangères primo-arrivantes et aussi auprès des structures d'accueil et d'hébergement des personnes étrangères primo-arrivantes.

Des questions éthiques et déontologiques ont émergées au cours des entretiens, notamment sur le caractère « obligatoire » ou non des dépistages ou sur leur sens vis-à-vis des demandes réelles de santé des usagers. Cela ne pouvait pas être traité dans ce mémoire mais mérite un approfondissement car le développement des politiques de prévention nécessite la clarification du positionnement des acteurs de santé.

Malgré le mode de financement cloisonné et les objectifs propres à chaque mission de santé publique, une majorité de CLAT proposent, au moins en partie, des dépistages de la tuberculose de façon conjointe à d'autres approches de santé publique auprès du public étranger primo-arrivant, avant même l'existence des récentes préconisations nationales (réforme des CLAT)²¹. Néanmoins, on observe presque autant d'organisations de parcours que de CLAT. Les acteurs de terrains se sont organisés majoritairement de façon artisanale en fonction de l'histoire de leur réseau, de leur compétence, des outils structurels et de leurs moyens financiers.

Il apparaît que, lorsqu'elles sont associées, la synergie des missions PASS ou SASPP – CeGIDD-Vaccination-CLAT offre la proposition de parcours de prévention et bilan de santé la plus cohérente et accessible (gratuitement) aux personnes étrangères primo-arrivantes, notamment en situation de précarité¹⁷. Ce modèle est cependant moins inclusif des personnes étrangères primo-arrivantes dans des situations moins précaires tels que les étudiants étrangers ou les autres personnes étrangères arrivant en situation régulière (qui ne bénéficient pas toutes d'une visite médicale auprès de l'OFII²³), mais nécessitant néanmoins un accueil en santé requérant une compétence en fonction des pays de provenance.

L'écart des pratiques aux référentiels existants (par exemple dans les indications des dépistages des ITL ou la vaccination) ouvre un questionnement sur les dispositifs de formation des acteurs de santé et sur la structuration des services.

En réponse à la difficulté de prise en charge des parcours complexes, le déploiement de médiateurs de santé²⁴ pourrait étayer l'accompagnement des usagers vers la santé et œuvrer à la mise en cohérence des articulations entre les multiples acteurs.

La coordination très hétérogène entre les structures administratives et sociales au contact des personnes étrangères primo-arrivantes et les CLAT met en lumière le besoin de déployer une politique de santé régionale ayant une approche populationnelle en lien avec les politiques de cohésions sociales ou d'accueil des personnes étrangères.

Conclusion

Cette enquête sur les pratiques de dépistages ciblés des étrangers primo-arrivants des 15 CLAT de la région AURA montre qu'une majorité d'entre eux associent plusieurs offres de santé à ce public.

Néanmoins, on observe une grande diversité dans les organisations et les pratiques des CLAT. Depuis des dispositifs n'offrant aucune rencontre clinique avec un professionnel du CLAT jusqu'à la proposition de consultations associant la polyvalence des missions CLAT- CegIDD –Vaccination – évaluation santé et accès aux soins (PASS ou SASPP), dans et « hors les murs », la compétence et l'offre de santé adaptée aux publics étrangers primo-arrivants est très diverse selon les départements. L'articulation des missions de santé publique exerçant auprès du public étranger primo-arrivant en situation de précarité s'est échafaudée essentiellement de façon « artisanale ».

La « *construction de parcours de santé des migrants adaptés aux territoires par une animation de l'offre locale autour de cet objectif* »¹⁸ demanderait le développement d'une politique de santé de territoire plus homogène ayant une approche populationnelle, mieux articulée aux dispositifs d'accueils des étrangers en France ainsi qu'aux dispositifs de cohésion sociale prenant en charge le public en situation de précarité, et œuvrant à l'inclusion des usagers dans de parcours de santé de droit commun.

La récente réforme des CLAT²¹ leur confère un rôle nouveau dans la construction d'un « bilan préventif aux personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins » visant « principalement le rendez-vous santé des migrants primo-arrivants », qui va dans le sens d'une meilleure articulation entre les acteurs de terrain. Mais les freins observés dans cette enquête de terrain, notamment le cloisonnement des pratiques et du financement des missions thématiques (CLAT, CeGIDD, Vaccination, PASS...) nécessitent encore le développement de compétences et d'outils pour rendre l'offre de santé lisible, cohérente et adaptée au public étranger primo-arrivant, qu'il soit précaire ou non.

L'enthousiasme de la majorité des répondant à parler de leur pratique (ressentie comme difficile ou non) et à questionner les pratiques de leur voisins régionaux révèle une volonté d'améliorer les compétences de leur service et de leur offre de santé auprès du public étrangers primo-arrivant à l'appui d'une politique de santé institutionnelle.

Bibliographie

- ¹ La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 19-20. 5 septembre 2017, mis à jour le 5 juillet 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20-la-sante-et-l-acces-aux-soins-desmigrants-un-enjeu-de-sante-publique>
- ² Hourdet A, Rénier M, Van de Steeg F, Rieutord G, de Champs Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(27):531-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html
- ³ GUIDE COMEDE 2015: Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement - édition 2015, <http://www.comede.org/guide-comede/>. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- ⁴ OMS, Rapport sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS: Pas de santé publique sans santé des réfugiés et des migrants; 2018 <https://www.euro.who.int/fr/publications/html/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018/en/index.html>
- ⁵ Migrations et Santé, revue ADSP du Haut Conseil de Santé Publique, n° 111 juin 2020
- ⁶ Rustico J, Weinich L, Veisse A, Lefebvre O, Tambourindéguy M. Tuberculose chez les personnes exilées : une prévalence élevée et un parcours de santé marqué par de nombreuses difficultés. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(10-11):203-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_2.html
- ⁷ Avis du Haut Conseil de santé Publique (HCSP), Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance, 10 Mai 2019.
- ⁸ Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. AIDS 2016;30:645-56.
- ⁹ Vignier N. Profils de santé des migrants en France. Rev Prat. 2019 May;69(5):555-560.
- ¹⁰ Rattrapage vaccinal en situation de statut vaccinal incomplet, inconnu, ou incomplètement connu - En population générale et chez les migrants primo-arrivants, recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 11 décembre 2019
- ¹¹ Agyemang C, van den Born B-J. Non-communicable diseases in migrants: an expert review. J Travel Med [Internet]. 13 nov 2018. <https://academic.oup.com/jtm/advancearticle/doi/10.1093/jtm/tay107/5139836>
- ¹² Desgrées Du Lou A. Santé des immigrés : la transition épidémiologique à l'échelle individuelle, Une santé qui se dégrade après l'arrivée en France ; Larevedu praticien, Mai 2019 Vol. 69 : 550-554
- ¹³ Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris metropolitan area in 2010. PLoS ONE 2014;9:e87046.
- ¹⁴ Desgrées du Loû A et Lert F (eds). Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. La Découverte, 2017.

¹⁵ Gosselin A, et al., When and why? Timing of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan migrants in France, *Sex Transm Infect* 2020;96:227–231.

¹⁶ Seedat, Farah et al., How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review *The Lancet Infectious Diseases*, Volume 18, Issue 9, e259 - e271

¹⁷ Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull EpidemiolHebd.* 2017;(19-20):396-405. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.htm

¹⁸ INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

¹⁹ Ministère des affaires sociales et de la santé, Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, Objectif 1.3

²⁰ Feuille de Route stratégie Nationale de santé sexuelle 2018-2020 du Ministère des Solidarité et de la Santé

²¹ INSTRUCTION N° DGS/SP2/2020/224 du 8 décembre 2020 relative à la mise en place de la réforme des centres de lutte antituberculeuse (CLAT)

²² Warzinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social, *Journal officiel de la République Française*, avis et rapports du Conseil économique et social 1987;1-104.

²³ Rapport d'activité OFII 2019; 3.2.3 La Visite Médicale page 34

²⁴ Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Paris : HAS;2017. 70 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201710/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve.pdf

ANNEXE 1

Questionnaire

A qui ?

Aux CLAT de la région Auvergne-Rhône- Alpes (AURA) (et pour complément d'enquête certains autres services tels que des PASS- service Vaccination – CegiDD – centre de santé associatifs en Rhône Alpes)

Méthode : entretiens téléphoniques qualitatifs (sans chiffres exhaustifs quantitatif), donc perception des interlocuteurs sur les pratiques.

L'entretien suit les lignes directrices suivantes :

Questions sur le dépistage

- Au sein de votre service, comment est organisé le dépistage Tuberculose des personnes étrangères éligibles au dépistage, récemment arrivées en France (dans le service ou hors les murs) ?
- Est-ce que ces dépistages sont développés conjointement avec d'autres missions de santé (dépistage sérologiques, vaccination, bilan de santé, autre..... ?)

Si oui : Au sein d'un même service ? Par une même équipe de personnel ? Comment est structuré le parcours au sein du service ou avec les autres partenaires?

- Quels sont les liens avec les autres partenaires CEGIDD, service de vaccinations, PASS, PMI, CPEF, association, structure d'hébergements.... ?

Questions sur la population prise en charge

- Quelles personnes primo arrivantes/migrantes sont adressées : Demandeurs d'asile ? MNA ? Personnes sans titre de séjour ? avec ou sans couverture sociale ?
- Comment/ par qui sont-elles adressées ?

Questions sur les impressions

Principales difficultés ou points positifs dans votre pratique de prise en charge des populations étrangères primo-arrivantes ?

ANNEXE 2

Les 15 CLAT d'Auvergne-Rhône-Alpes

