

La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique // Migrants health and access to care: A public health challenge

Coordination scientifique // Scientific coordination

Florence Lot & Sylvie Quelet, Santé publique France, Saint-Maurice, France

Et pour le Comité de rédaction du BEH : Sylvie Rey, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris, France, Françoise Hamers & Agnès Verrier, Santé publique France, Saint-Maurice, France

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Éclairages sur l'état de santé
des populations migrantes en France
// Highlights on migrant populations health
in France.....p. 373

François Bourdillon

Directeur général, Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Surveillance des maladies infectieuses
dans les populations migrantes
accueillies à Calais et à Grande-Synthe,
novembre 2015 – octobre 2016
// Infectious disease surveillance of migrant
populations in Calais and Grande-Synthe,
France, November 2015 – October 2016.....p. 374

Pascal Chaud et coll.

Santé publique France, Cellule d'intervention en région (Cire)
Hauts-de-France, Lille, France

ARTICLE // Article

La santé des migrants primo-arrivants :
résultats des bilans infirmiers réalisés
d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres
franciliens hébergeant des migrants
évacués des campements parisiens
// Health of newly arrived migrants: results
of nursing assessments carried out
from October 2015 to March 2016 in facilities
hosting migrants in the Greater Paris area who
were evacuated from the Paris camps.....p. 382

Andrea Guisao et coll.

Observatoire du Samusocial de Paris, France

ARTICLE // Article

Accès aux soins prénatals et santé
maternelle des femmes immigrées
// Access to prenatal care and maternal health
of immigrant women in France.....p. 389

Priscille Sauvegrain et coll.

Inserm UMR1153, Équipe de recherche en épidémiologie
obstétricale, périnatale et pédiatrique (EPOPé) – DHU Risques
et grossesse – Université Paris Descartes, Paris, France

ARTICLE // Article

Étude nationale sur les caractéristiques
des personnes migrantes consultant
dans les Permanences d'accès aux soins
de santé en France en 2016
// Nationwide survey on the characteristics
of migrants attending the Health Service
Access Points in France in 2016.....p. 396

Florence Tapié de Céleyran et coll.

Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)
Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

ARTICLE // Article

Violence, vulnérabilité sociale et troubles
psychiques chez les migrants/exilés
// Violence, social vulnerability and mental
disorders among migrants and exiles.....p. 405

Arnaud Veisse et coll.

Comité pour la santé des exilés (Comede), Hôpital de Bicêtre,
le Kremlin-Bicêtre, France

(Suite page 372)

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://invs.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub
Comité de rédaction : Juliette Bloch, Anses; Cécile Brouard, Santé publique France; Sandrine Danet, HCAAM; Cécile Durand/Damien Mouly, Cire Occitanie; Mounia El Yamani, Santé publique France; Bertrand Gagnière, Cire Ouest; Romain Guignard, Santé publique France; Françoise Hamers, Santé publique France; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Sylvie Rey, Drees; Hélène Therre, Santé publique France; Stéphanie Toutain, Université Paris Descartes; Philippe Tuppin, CnamTS; Agnès Verrier, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

ARTICLE // Article

Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité : une enquête multicentrique dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014

// Health and nutrition risks for migrants living in precarious conditions: A multicenter survey in seven Health and Social Care Centers of Médecins du Monde France, 2014p. 415

Marielle Chappuis et coll.

Médecins du Monde, Direction des opérations France, Paris, France

ARTICLE // Article

Évaluation des fréquences de consommation alimentaire d'une population d'immigrés en situation d'insertion en région parisienne

// Assessment of dietary frequency among an immigrant population being integrated in the Paris area, Francep. 422

Thibaut Miskowicz et coll.

Université Paris 13, Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle (Eren), Centre d'épidémiologie et biostatistiques Sorbonne Paris Cité (CRESS), Inserm U1153, Inra U1125, Cnam, COMUE Sorbonne-Paris-Cité, Bobigny, France

ARTICLE // Article

Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012

// Health profile of migrants in precarious situation in France: a comparative study of migrants attending centers of the NGO Médecins du Monde with patients consulting in community general practice, 2011-2012p. 430

Hadrien Huaume et coll.

Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France

ÉCLAIRAGES SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS MIGRANTES EN FRANCE

// HIGHLIGHTS ON MIGRANT POPULATIONS HEALTH IN FRANCE

François Bourdillon

Directeur général, Santé publique France, Saint-Maurice, France

La situation sanitaire des personnes précaires est un sujet de préoccupation, un enjeu de société. Dans un rapport très récent, publié le 20 juin 2017 sous le titre « *Précarité, pauvreté et santé* »¹, l'Académie de médecine fait un état des lieux et des propositions : les migrants y sont identifiés comme l'une des populations qui, parce qu'elles présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, nécessitent qu'« *elles bénéficient d'une attention particulière du point de vue médical* ».

Ce numéro spécial du BEH, principalement consacré à la santé des migrants les plus précaires, pour la plupart récemment arrivés sur le sol français, vient apporter des éclairages supplémentaires émanant de diverses structures amenées à les prendre en charge. On y trouvera ainsi :

- la situation sanitaire de certaines catégories de personnes en très grandes difficultés : les migrants qui vivaient dans les camps de Calais et de Grande-Synthe, et ceux évacués des camps de fortune sis à Paris et relogés en centre d'hébergement ;
- les caractéristiques des migrants accueillis dans 30 permanences d'accès aux soins de santé (les PASS, structures hospitalières dédiées aux patients en situation de précarité) et celles recueillies dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde ou dans les consultations assurées par le Comité pour la santé des exilés (Comede) ;
- les inégalités sociales en santé maternelle observées chez les femmes immigrées ;
- les fréquences de consommation alimentaire d'une population immigrée en voie d'insertion.

Ces données, certes parcellaires, sont pleines d'intérêt. Elles soulignent l'extrême fragilité sociale de certaines populations migrantes vivant dans les camps et dans la rue, mais aussi l'action exemplaire menée par des structures publiques (les PASS, le Samusocial...) et des associations humanitaires (le Comede, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, la Croix-Rouge...) pour soigner, ouvrir les droits des migrants à la santé et trouver des réponses à des situations sociales dramatiques.

Le retentissement sur la santé de ces situations sociales est très important, tant sur le plan somatique que psychique, marqué par la grande fréquence des problèmes de santé et le renoncement aux soins.

Dans les camps, les pathologies infectieuses sont très présentes, notamment les infections respiratoires aiguës, les syndromes grippaux et la gale ; des épisodes épidémiques ont été détectés qui ont donné lieu, pour les limiter, à des campagnes de vaccination : rougeole, varicelle, grippe. De très nombreuses violences subies sont aussi rapportées. Ces constats sont également ceux établis dans les PASS pour les immigrés sans domicile et sans couverture maladie, en France depuis moins de un an. Enfin, l'enquête sur l'alimentation menée par Médecins du Monde dans sept Caso montre que les trois quart des personnes qui se présentent dans ces centres sont en situation d'insécurité alimentaire.

Le bilan du Comede offre un regard complémentaire, car il visait à mesurer et caractériser les violences subies par les exilés, leurs conditions de vulnérabilité et les troubles psychiques graves. Un bilan sur près de 10 ans sur 16 000 consultants montre que les antécédents de violence concernent 62% d'entre eux, variables selon le pays d'origine et le statut social des personnes. Tortures (14%) et violences de genre (13%) sont très fréquentes. La vulnérabilité de ces personnes est réelle : un quart des consultants présentent au moins cinq critères de vulnérabilité. Il n'est pas étonnant dans ce contexte d'observer des troubles psychiques graves (16%), du type syndrome post-traumatique, ou des tableaux dépressifs (22%).

Enfin, les travaux de l'Inserm sur l'accès aux soins prénatals et la santé maternelle, basés sur quatre études françaises, soulignent des niveaux de suivi prénatal très inadéquats et un risque accru de décès maternels, notamment chez les femmes nées en Afrique subsaharienne ; données très convergentes avec la littérature internationale, qui doivent interroger sur les barrières aux soins des femmes immigrées et sur les moyens de lever les obstacles qui, au-delà de leurs effets sur les mères, ont très probablement aussi des conséquences sur les enfants à naître.

Toutes ces études mettent en exergue la très grande précarité de beaucoup de ces migrants primo-arrivants, qu'ils soient immigrés de fraîche date, réfugiés, demandeurs d'asile et qui présentent de nombreux problèmes de santé, tant somatiques que psychiques, avec des difficultés importantes d'accès aux soins. Les données issues de ces travaux contribueront, je l'espère, au plaidoyer pour favoriser leur accès aux droits à la santé et à l'intégration sociale. Il faut saluer très sincèrement les actions

humanitaires qui tentent de pallier aux situations sanitaires les plus extrêmes, dans l'attente de solutions plus pérennes. ■

Référence

[1] Académie nationale de médecine (Alfred Spira, rapporteur). Précarité, pauvreté et santé. Paris: Académie nationale de médecine; 2017. 24 p. <http://www.academie-medecine.fr/>

wp-content/uploads/2017/06/rapoort-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf

Citer cet article

Bourdillon F. Éditorial. Éclairages sur l'état de santé des populations migrantes en France. Bull Epidemiol Hebd. 2017; (19-20):373-4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_0.html

ARTICLE // Article

SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES POPULATIONS MIGRANTES ACCUEILLIES À CALAIS ET À GRANDE-SYNTHE, NOVEMBRE 2015 – OCTOBRE 2016

// INFECTIOUS DISEASE SURVEILLANCE OF MIGRANT POPULATIONS IN CALAIS AND GRANDE-SYNTHE, FRANCE, NOVEMBER 2015 – OCTOBER 2016

Pascal Chaud¹ (pascal.chaud@santepubliquefrance.fr), Sylvie Haeghebaert¹, Ghislain Leduc¹, Béatrice Merlin², Michel Janssens³, Aurélie Denoual⁴, Marc Pascal⁵, Nicolas Simon⁶, Mohamed El Mouden⁷, Frédéric Battist⁷, Benoit Raekkelboom⁸, Frédéric Souyris⁸, Karine Wyndels¹

¹ Santé publique France, Cellule d'intervention en région (Cire) Hauts-de-France, Lille, France

² Agence régionale de santé Hauts-de-France, Lille, France

³ Médecins Sans Frontières, Paris, France

⁴ Médecins du Monde, Paris, France

⁵ Croix-Rouge française, Paris, France

⁶ Santé publique France, Saint-Maurice, France

⁷ Centre hospitalier de Calais, France

⁸ Centre hospitalier de Dunkerque, France

Soumis le 01.03.2017 // Date of submission: 03.01.2017

Résumé // Abstract

En octobre 2015, conformément aux recommandations de la mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants vivant dans le campement de Calais, un système de surveillance épidémiologique a été mis en place par Santé publique France. Du fait d'un nouvel afflux migratoire, le dispositif a été étendu au camp de Grande-Synthe en décembre 2015.

Les objectifs de la surveillance étaient de détecter précocement toute épidémie et de suivre les tendances de pathologies-cibles afin d'adapter l'offre de soins curatifs et préventifs.

Une revue de la littérature et une concertation entre les départements scientifiques de Santé publique France ont permis de définir les pathologies prioritaires. La surveillance a été basée sur le renforcement du dispositif existant de signalement à l'Agence régionale de santé Hauts-de-France et sur une surveillance syndromique basée sur les données transmises par les structures de soins gérées par les hôpitaux et les organisations non gouvernementales.

Sur la période d'étude, la majorité des recours aux soins a concerné les pathologies infectieuses, notamment les infections respiratoires aiguës basses et hautes, les syndromes grippaux et la gale. Plusieurs épisodes épidémiques ont été détectés dans le campement de Calais : une épidémie de grippe A(H1N1), un foyer épidémique de rougeole et une épidémie de varicelle, qui ont donné lieu à des campagnes de vaccinations.

Cette expérience a démontré la faisabilité et l'utilité d'une surveillance syndromique dans le contexte complexe d'un camp de migrants ouvert, où la population accueillie se renouvelle en permanence et où l'offre de soins, composée d'intervenants multiples, évolue régulièrement.

In October 2015, based on recommendations following an inter-ministerial mission to evaluate the organization of medical care for migrants living in the Calais encampment, an epidemiological surveillance system was set up by Santé publique France. An increasing influx of migrants led to the expansion of surveillance to the Grande-Synthe encampment in December 2015.

Surveillance objectives were to ensure timely detection of outbreaks and to follow trends for certain illnesses in order to adapt the curative and preventive healthcare offer.

The pathologies prioritized for surveillance were chosen through literature review and deliberation between the scientific departments of Santé publique France. Surveillance was based on reinforcing the existing reporting system of the regional health agency and on syndromic surveillance using data sent by the clinics run by hospitals and non-governmental organizations.

Over the study period, the majority of consultations concerned infectious diseases, in particular upper and lower respiratory infections, influenza like illness and scabies. Several outbreaks were detected in the Calais encampment: an influenza A(H1N1) outbreak, a measles outbreak and a varicella outbreak. Each of these events led to vaccination campaigns.

This experience demonstrates the feasibility and usefulness of syndromic surveillance in the complicated context of an unstructured migrants camp where population turnover is constant and where healthcare services, comprising multiple actors, evolve regularly.

Mots-clés : Surveillance, Maladies infectieuses, Migrants, Campement
// Keywords: Surveillance, Infectious diseases, Migrants, Camp

Introduction

Suite à la mise en œuvre de l'accord de Schengen (1995), puis du traité du Touquet (2003), la ville de Calais et ses environs accueillent des migrants désireux de se rendre au Royaume-Uni. Ces vagues migratoires ont connu une forte progression entre 2010 et 2014.

En janvier 2015, la municipalité de Calais et l'État ont installé un centre d'accueil de jour, le centre Jules Ferry, offrant certains services de base, notamment la distribution d'un repas chaud par jour, des points d'eau potable, des sanitaires ainsi que des soins de santé primaire, avec l'ouverture d'un dispensaire infirmier par la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital de Calais. En avril 2015, les migrants ont été regroupés sur un terrain contigu au centre Jules Ferry, mis à disposition par la commune et dénommé campement de la « nouvelle jungle de Calais » ou de la « Lande ». Les difficultés pour passer en Angleterre et l'augmentation des flux migratoires ont entraîné un accroissement rapide des populations migrantes installées dans la Lande. Estimé à environ 2 000 de janvier à mars 2015, leur nombre a atteint près de 6 000 personnes en octobre 2015, majoritairement des jeunes hommes originaires d'Érythrée, d'Éthiopie, du Soudan et d'Afghanistan¹. L'accès à l'eau potable, à l'hygiène, à la nourriture et aux soins s'est alors rapidement dégradé. Les organisations non gouvernementales (ONG) présentes dans le campement alertaient régulièrement sur la détérioration de la situation à Calais et notamment sur les difficultés de recours aux soins. Le 7 août 2015, le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés appelait les autorités françaises à réagir face aux « conditions de vie et d'accueil épouvantables » autour de Calais².

Le 12 octobre 2015, une mission interministérielle d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire était dépêchée à Calais. Des propositions pour améliorer l'accès aux soins curatifs et préventifs ont été formulées et la mise en place d'un suivi épidémiologique a été recommandée³.

Par ailleurs, en fin d'année 2015, près de 2 500 réfugiés, essentiellement des familles originaires du Moyen-Orient (Irak, Syrie), se sont regroupés sur le terrain insalubre et inondable du Basroch,

à Grande-Synthe. Pour faire face à cette situation, Médecins Sans Frontières (MSF) a mis en place un centre d'accueil aux normes internationales, le camp de la Linière, sur un terrain alloué par la mairie de Grande-Synthe. Début mars 2016, près de 1 500 personnes y étaient installées.

Pour chacun des deux camps, l'organisation des soins s'est appuyée sur les PASS et les services d'accueil des urgences (SAU) des centres hospitaliers (CH) de Calais et Dunkerque, de la polyclinique de Grande-Synthe et sur les dispensaires de proximité mis en place par les ONG dans les camps. Entre novembre 2015 et fin octobre 2016, date du démantèlement total du camp de Calais, l'offre de soins de premier recours a régulièrement évolué. À Calais, des consultations médicales ont été mises en place à l'antenne de la PASS, dans le centre d'accueil Jules Ferry, avec l'appui d'équipes de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus)⁽¹⁾ les trois premiers mois. En complément, dans la continuité du centre de soins mis en place au sein du camp par Médecins du Monde (MDM) en juin 2015, MSF a ouvert une clinique médicale, de novembre 2015 à fin février 2016. À Grande-Synthe, les soins de premiers recours ont été assurés jusqu'en août 2016 par MSF, MDM et la Croix-Rouge française dans le campement du Basroch, puis dans le dispensaire du camp de la Linière. Le relais a ensuite été pris par la PASS de l'hôpital de Dunkerque, avec la mise en place de navettes quotidiennes pour acheminer les patients.

En novembre 2015, un système de surveillance épidémiologique a été mis en œuvre, à Calais et à Grande-Synthe, par la Cellule d'intervention en région Hauts-de-France de Santé publique France (Cire), en partenariat avec l'Agence régionale de santé (ARS). Les objectifs étaient (i) de détecter précocement toute situation épidémique nécessitant la mise en œuvre urgente de mesures de contrôle et (ii) de suivre les tendances de certaines pathologies-cibles afin d'adapter l'offre de soins curatifs et préventifs. Les résultats de près d'une année de surveillance (novembre 2015-octobre 2016) sont présentés dans cet article.

⁽¹⁾ Devenu Santé publique France le 1^{er} mai 2016.

Matériel et méthodes

Une revue de la littérature⁴⁻⁷ et une concertation entre les départements scientifiques de Santé publique France ont permis de définir les pathologies prioritaires pour la surveillance, notamment les pathologies infectieuses (contractées sur le territoire ou importées), les traumatismes (accidentels ou liés à une agression) et les troubles psychologiques.

La surveillance a été organisée selon deux modalités. D'une part, le dispositif de signalement à l'ARS des maladies à déclaration obligatoire (MDO) et des cas groupés de pathologies infectieuses a été renforcé. D'autre part, la Cire a mis en place un système de surveillance syndromique permettant d'alerter sur la survenue de syndromes nécessitant une intervention autour des cas, comme les diarrhées sanglantes ou les ictères fébriles, et de suivre les tendances de certaines pathologies comme la grippe, la gale ou les traumatismes (voir encadré).

Un livret de signalement comportant les coordonnées de l'ARS, la liste des maladies à déclarer (MDO et cas groupés) et des fiches de conduite à tenir pour certaines maladies infectieuses (coqueluche, rubéole, infections transmises par les poux de corps) a été mis à disposition des ONG, PASS et SAU.

La surveillance syndromique s'est appuyée sur les données des consultations médicales assurées par les centres hospitaliers (PASS de Calais et de Dunkerque et SAU des hôpitaux de Calais, Dunkerque et Grande-Synthe) et les dispensaires des ONG (MSF, MDM et Croix-Rouge française).

Pour les structures hospitalières (SAU et PASS), les données individuelles des résumés informatisés de passage aux urgences, comportant notamment

des données médicales (motif de consultation, diagnostic), étaient transmises quotidiennement à Santé publique France dans le cadre du dispositif SurSaUD^{®8}. À l'usage, les données des résumés informatisés de passage aux urgences n'ont pas pu être exploitées en continu pour des raisons techniques et humaines, excepté au SAU de Calais. La surveillance syndromique basée sur les consultations des PASS a ainsi été interrompue de février (semaine 12) à début mai 2016 (semaine 21) à Calais et à partir de la fin du mois d'août 2016 à Grande-Synthe (figures 1 et 2).

Les données agrégées provenant des consultations assurées par les ONG (nombre de consultations par regroupement syndromique et par classe d'âge) ont été transmises chaque semaine à la Cire par courriel. À partir de mai 2016, l'importance du volume de recours aux soins a contraint la PASS du CH de Calais à utiliser le même recueil agrégé transmis quotidiennement.

Le logiciel de traitement statistique R a été utilisé pour l'ensemble des étapes allant de la gestion des bases de données à la production des résultats (importation et nettoyage des bases de données, standardisation et analyses des données, production automatisée de statistiques descriptives et du contenu des bulletins).

Aucune donnée démographique n'a été disponible tout au long de la période de surveillance car les campements de Calais et du Basroch étaient ouverts et les effectifs de population en évolution constante. De ce fait, l'analyse a porté sur des proportions de consultations correspondant au nombre de recours par motif/regroupement syndromique rapporté à la totalité des diagnostics posés.

Un bulletin hebdomadaire de surveillance a été diffusé par la Cire aux partenaires de la surveillance (hôpitaux, ONG) et aux partenaires institutionnels

Encadré

Liste des syndromes et diagnostics cibles utilisés pour la surveillance syndromique à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 – octobre 2016

Maladies infectieuses

- Fièvre
- Fièvre et éruption
- Rougeole
- Varicelle
- Syndromes méningés et méningo-encéphalites
- Conjonctivite
- Ictère
- Diarrhées aiguës
- Diarrhées sanglantes
- Syndrome grippal
- Infections respiratoires aiguës basses
- Infections cutanées (sans précision)
- Gale
- Poux de corps
- Infections sexuellement transmissibles (IST)

Traumatismes

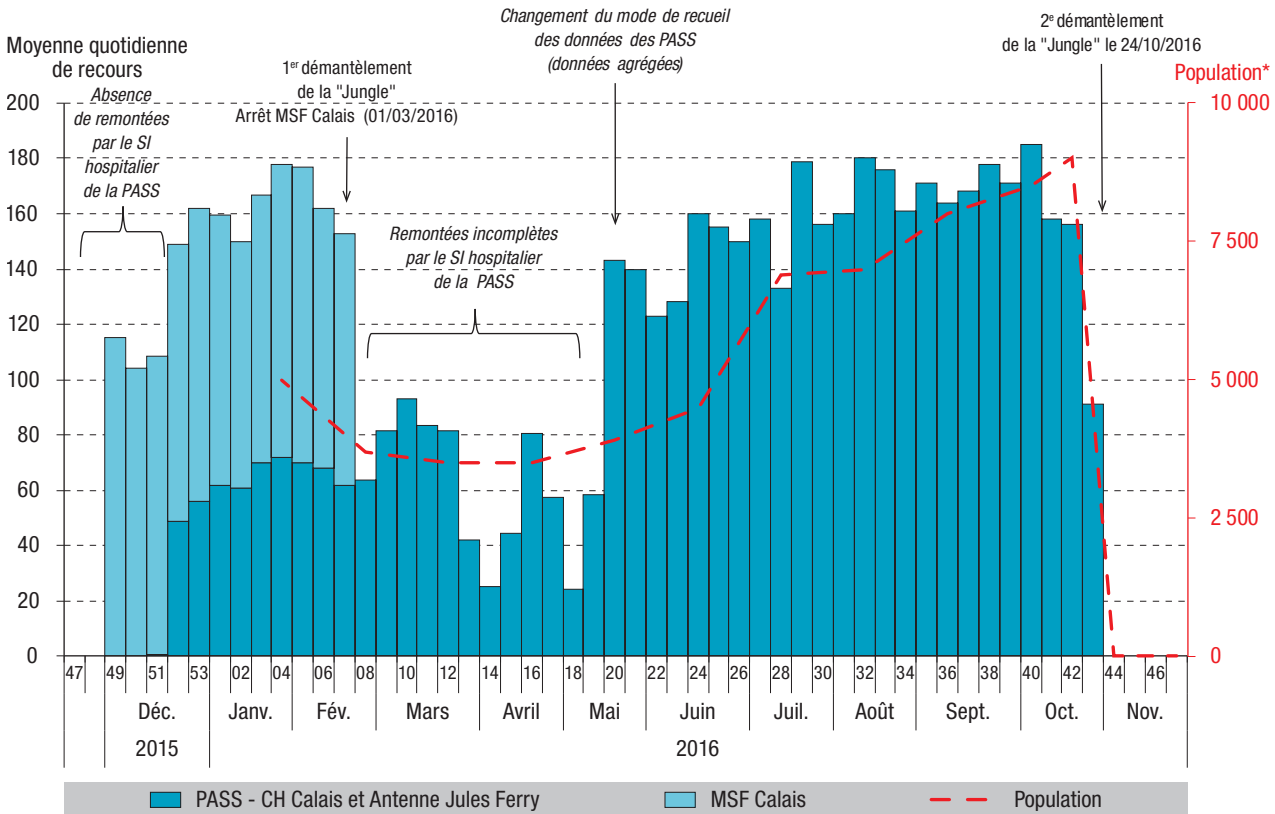
- Agressions (hors agressions sexuelles)
- Agressions sexuelles
- Traumatismes accidentels

Santé mentale sans précision

Intoxications sans précision

Figure 1

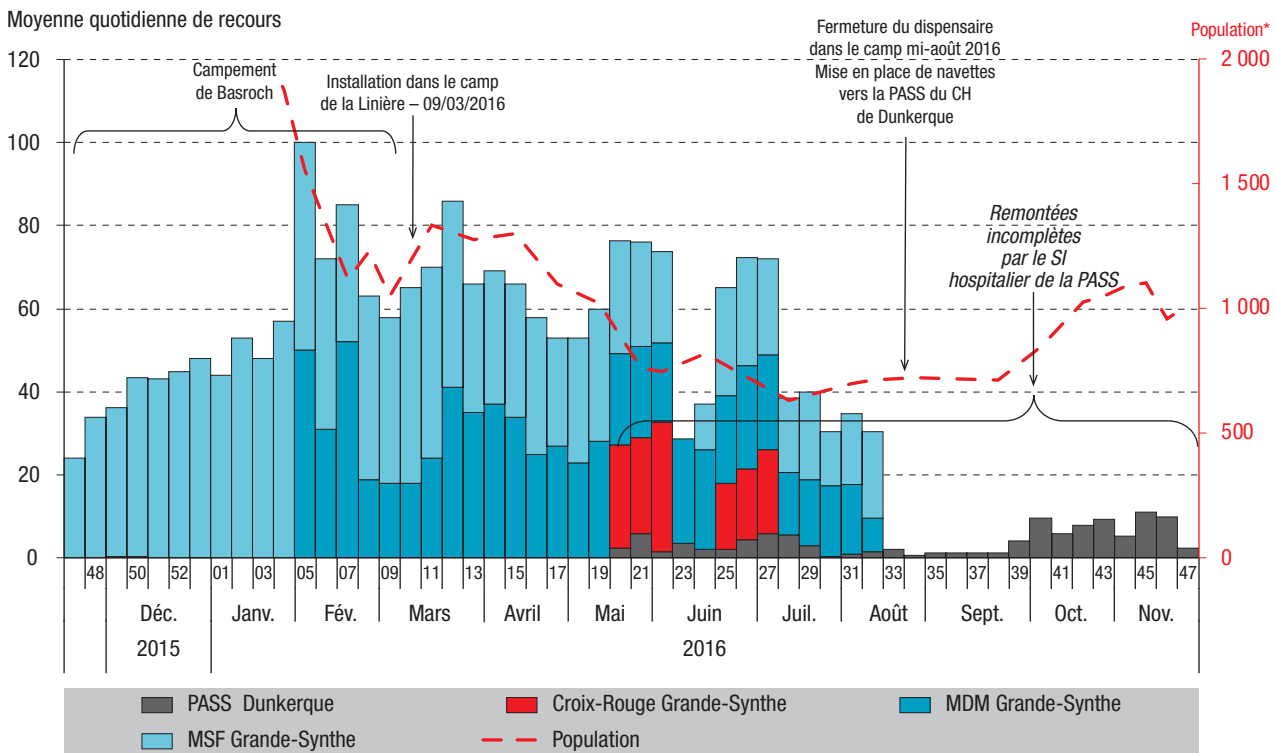
Évolution hebdomadaire de la moyenne quotidienne des recours aux soins de premier recours à Calais (données MSF et PASS de Calais), novembre 2015 – octobre 2016



* Source : Préfecture.
MSF : Médecins Sans Frontières ; PASS : Permanence d'accès aux soins de santé ; CH : centre hospitalier.

Figure 2

Évolution hebdomadaire de la moyenne quotidienne des recours aux soins de premiers recours à Grande-Synthe (données MSF, MDM, Croix-Rouge et PASS de Dunkerque), novembre 2015 – octobre 2016



* Source : Police de l'Air et des Frontières.
MSF : Médecins Sans Frontières ; MDM : Médecins du Monde ; PASS : Permanence d'accès aux soins de santé ; CH : centre hospitalier.

(ARS, Préfectures) et mis en ligne sur le site de Santé publique France⁹. La première page du bulletin résumait les alertes en cours et les points-clés. Les pages suivantes montraient l'évolution du nombre de recours aux soins par structure ainsi que les courbes épidémiologiques des principales pathologies ou syndromes.

Résultats

À Calais, la moyenne hebdomadaire de recours quotidiens est restée élevée pendant toute la période de surveillance. Jusqu'au départ de MSF, fin février 2016, elle était de 162, variant de 149 à 178 selon les semaines (écart-type : 11). À partir de mai 2016, date de reprise de la surveillance avec les seules données de la PASS, elle atteignait 160, augmentant jusqu'à un maximum de 185, suite à une forte augmentation de la population (figure 1). Au SAU de Calais, cette moyenne était stable, entre 5 et 15 recours quotidiens. À Grande-Synthe, la moyenne hebdomadaire de recours quotidiens a diminué progressivement à partir de l'installation dans le camp de la Linière en mars 2016, passant de 86 à 29 (moyenne : 56 ; écart-type : 17,6), parallèlement à la baisse de la population hébergée (figure 2).

Dans les dispensaires, les consultations pour pathologies infectieuses ont représenté plus d'un recours aux soins sur deux (51,5% à Calais et 52,7% à Grande-Synthe) (figure 3).

Les infections respiratoires aiguës (IRA) hautes et ORL, respectivement 17% des recours à Calais et 35% à Grande-Synthe en moyenne, étaient les deux principaux motifs de consultation. Les enfants de moins de 5 ans étaient principalement concernés (42% des recours pour IRA hautes à Calais vs 47% dans le

camp de la Linière). Les IRA basses et les syndromes grippaux (13,3% à Calais et 6,6% à Grande-Synthe) ont également constitué des motifs importants de recours, notamment du fait de la survenue d'épidémies de grippe dans les deux campements.

Entre les mois de novembre 2015 et octobre 2016, un total de 15 cas de tuberculose a été déclaré à l'ARS par les médecins de la PASS de Calais, dès le diagnostic établi. Parmi les cas, 9 présentaient une forme pulmonaire dont 3 étaient bacillifères. Aucune forme multi-résistante n'a été identifiée. Les enquêtes autour des cas n'ont pas permis de dépister d'autres cas de tuberculose maladie ou d'infection tuberculeuse latente, ni d'établir de lien épidémiologique entre les cas. Aucun cas de tuberculose n'a été signalé à Grande-Synthe.

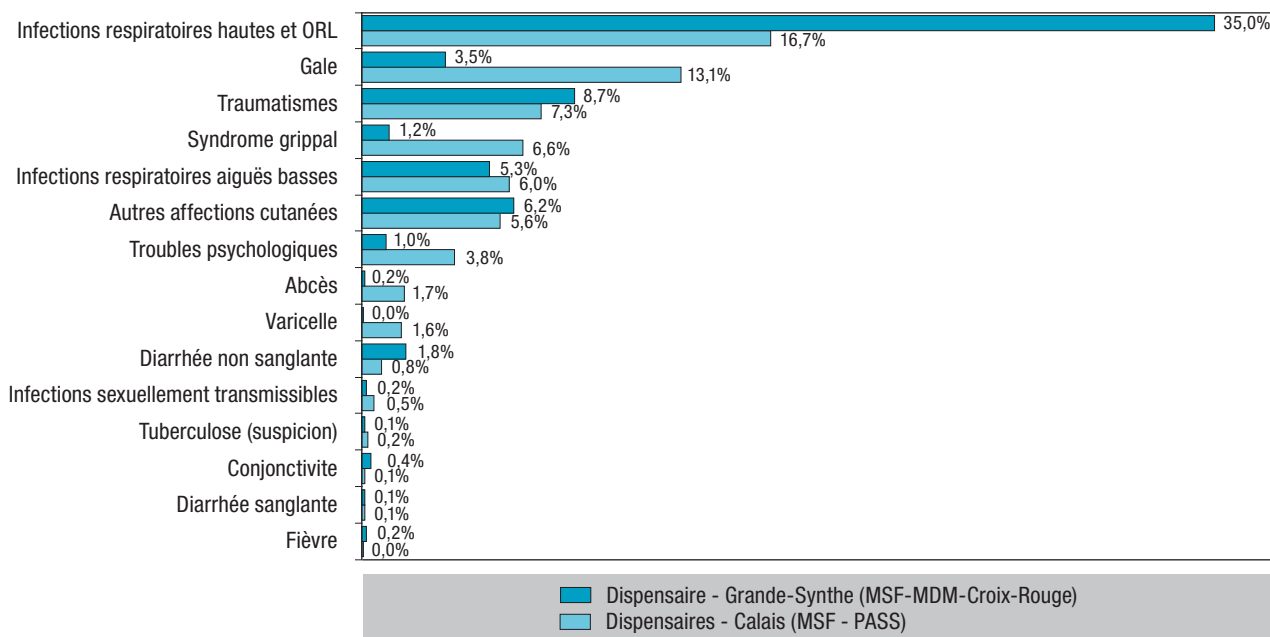
À Calais, la gale a été un motif constant et important de demande de soins (13,6% en moyenne), variant de 20 à 30% des recours jusqu'en mars 2016 à environ 10% à partir de juin 2016. La population du campement de la Linière, plus stable et bénéficiant de meilleures conditions d'hébergement, a été nettement moins touchée (3,3% en moyenne).

Enfin, les consultations pour diarrhée aiguë ont concerné moins de 2% des recours, sans variations importantes. Quelques cas isolés d'hépatite aiguë A ont été signalés par la PASS de Calais, mais n'ont pas généré de phénomène épidémique, probablement en raison du niveau élevé d'immunité de ces populations originaires de pays de forte endémicité.

Le dispositif de signalement et de surveillance mis en place a permis de détecter trois épisodes épidémiques entre novembre 2015 et octobre 2016, et d'en assurer le suivi épidémiologique.

Figure 3

Répartition des pourcentages de consultations de premier recours pour les principaux motifs/regroupements syndromiques (nombre de recours pour un motif rapporté à la totalité des recours) dans les dispensaires de Calais et de Grande-Synthe, décembre 2015 – mai 2016



MSF : Médecins Sans Frontières ; MDM : Médecins du Monde ; PASS : Permanence d'accès aux soins de santé.

Fin novembre 2015, plus d'une centaine de cas de grippe ont été pris en charge par le SAU de Calais, dont 25 ont été confirmés pour un virus grippal A(H1N1). Cette bouffée épidémique a généré des difficultés pour la mise en observation des cas les plus graves. Une campagne de vaccination antigrippale, débutée juste avant le début de l'épidémie par une ONG anglo-pakistanaise, a permis de vacciner environ 3 000 personnes et en a ainsi probablement limité l'impact. Par ailleurs, il n'a pas été signalé de reprise épidémique en février 2016 dans le camp de Calais, contrairement à la situation communautaire dans les Hauts-de-France¹⁰ et dans le camp de la Linière, où une campagne de vaccination contre la grippe avait été organisée plus tardivement (figure 4).

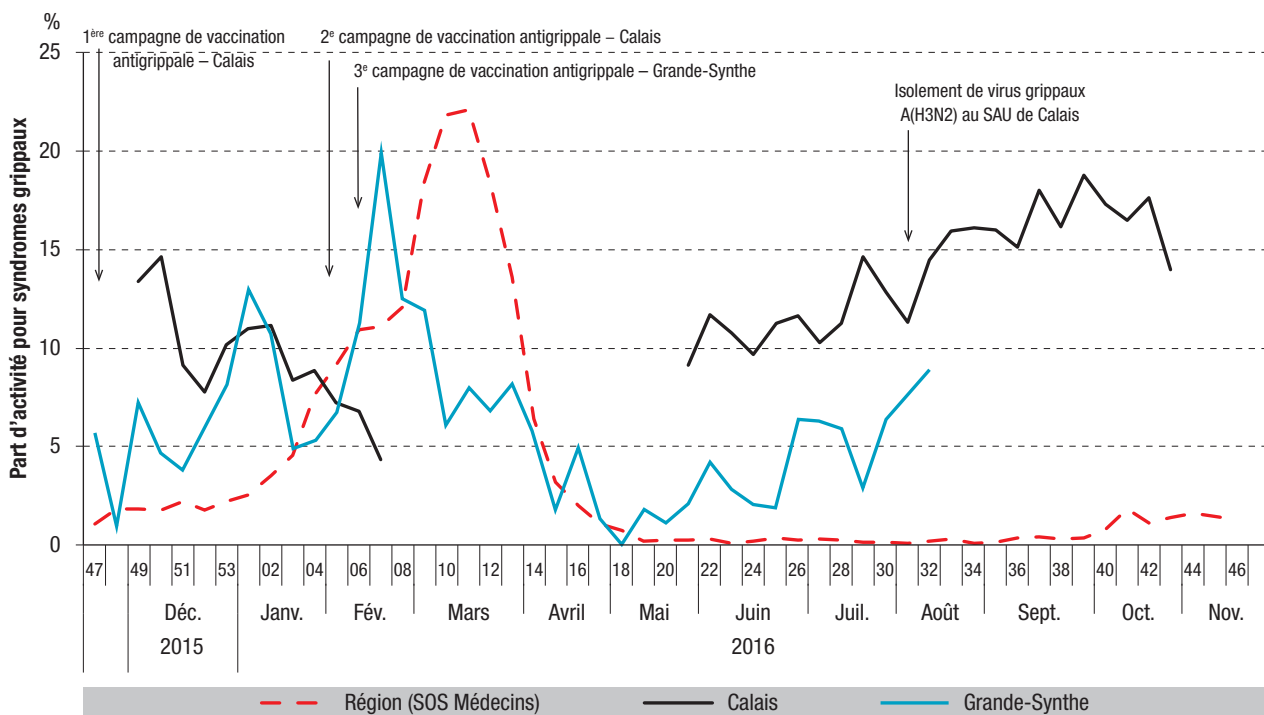
Entre le 5 janvier et le 11 février 2016, 13 cas de rougeole ont été recensés, concernant 9 migrants, 1 bénévole et 3 personnels soignants du SAU de Calais¹¹. Le premier cas est survenu le 5 janvier chez un migrant adulte, arrivé depuis un mois, et le deuxième chez un bénévole d'une ONG caritative, résidant et intervenant dans le campement. Tous les cas ont été confirmés biologiquement et un virus de génotype B3, très rarement isolé en France, mais circulant de manière importante dans d'autres pays d'Europe, dont l'Angleterre ou l'Espagne¹², a été identifié. Ces éléments suggèrent fortement l'hypothèse d'une importation du virus par des bénévoles étrangers, très nombreux à intervenir dans le campement. Dès le 28 janvier, une campagne de vaccination contre la rougeole ciblant les personnes âgées de 1 an à 35 ans a été mise en place par l'Eprus et

MSF. Plus de 2 000 personnes ont été vaccinées à Calais et plus de 450 à Grande-Synthe. Le faible nombre de cas de rougeole recensés et l'arrêt de la circulation du virus sont probablement liés en partie à la vaccination, mais aussi à un niveau d'immunité élevé chez les migrants.

Enfin, durant l'été 2016, une épidémie de varicelle s'est développée dans le campement de Calais. Les premiers cas, sporadiques, concernaient des adultes qui ont consulté au dispensaire de la PASS à partir d'avril 2016. Suite à l'afflux massif de personnes sur le campement, notamment originaires du Soudan où la proportion d'adultes non immunisés est élevée, proche de 40%¹³, le nombre hebdomadaire de patients consultant pour varicelle a brutalement augmenté en juin 2016. Il a évolué en vagues successives et croissantes toutes les deux semaines environ, correspondant à l'incubation moyenne de la maladie (figure 5). À partir de fin août, l'ARS et la PASS ont mis en place une vaccination systématique des contacts des cas âgés de 12 à 39 ans sans antécédents de varicelle, avec l'appui des ONG. Au total, près de 800 vaccinations ont été réalisées. Suite à la mise en place de la vaccination, une diminution très rapide du nombre de cas a été observée. Au total, 351 cas ont été vus en consultation. Plus de 90% d'entre eux étaient âgés de plus de 15 ans. Seuls 2 patients ont présenté une complication pulmonaire, mais n'ont pas été hospitalisés. Une femme enceinte a contracté la varicelle et 16 ont été exposées. Deux d'entre elles, non immunisées, ont bénéficié d'un traitement antiviral par valaciclovir.

Figure 4

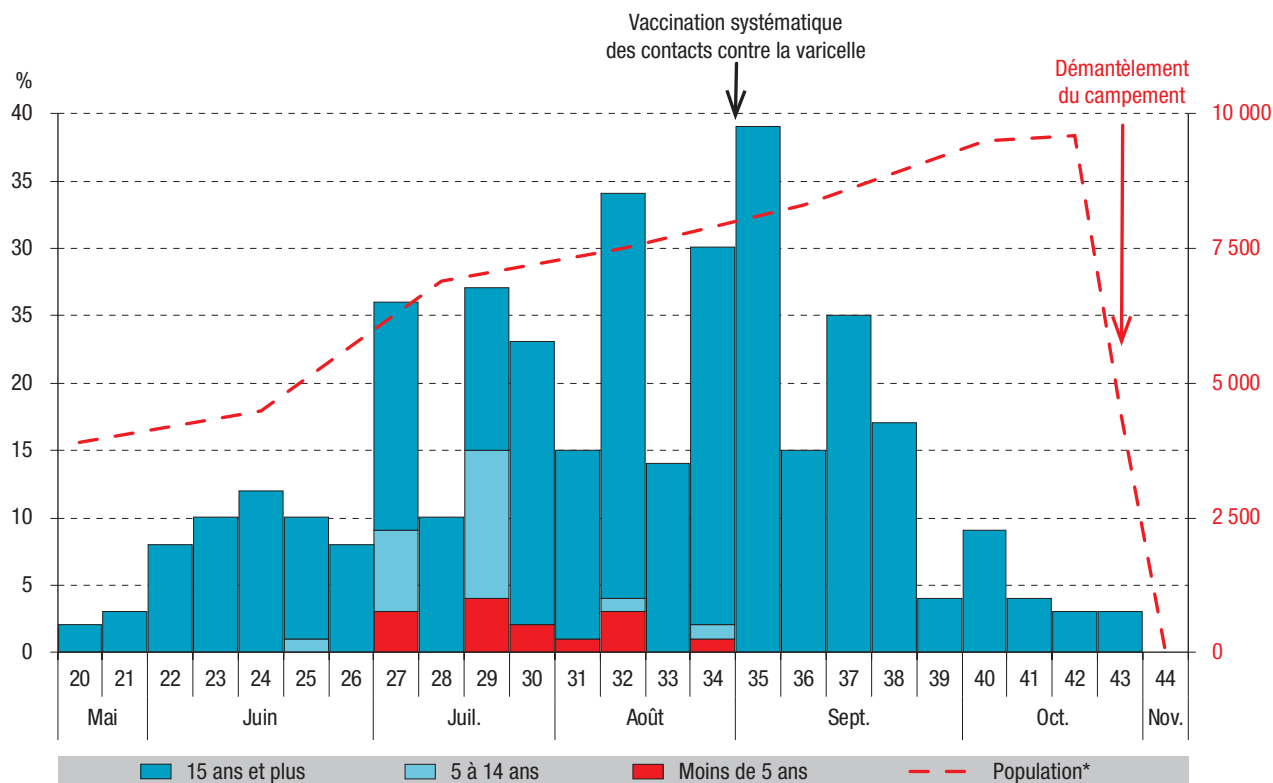
Évolution du pourcentage hebdomadaire de consultations pour syndromes grippaux dans les dispensaires de Calais et de Grande-Synthe. Données SOS Médecins région Hauts-de-France, décembre 2015 – novembre 2016



SAU : Service d'accueil des urgences.

Figure 5

Évolution du nombre hebdomadaire de nouveaux cas de varicelle, données de la PASS de Calais, mai 2016 – octobre 2016



* Source : Préfecture.

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé.

Discussion – conclusion

Le dispositif de signalement et de suivi épidémiologique mis en place dans les structures de soins prenant en charge les populations migrantes des camps de Calais et Grande-Synthe a répondu efficacement aux objectifs de détection et de réponse aux menaces épidémiques.

L'accès aux soins assuré par les structures hospitalières et les ONG, complété par les actions de maraude et de prévention des ONG présentes sur le terrain, et la sensibilisation au signalement des professionnels de santé, ont fortement contribué à la sensibilité et à la réactivité du dispositif de surveillance. Plusieurs épisodes épidémiques ont ainsi pu être détectés et l'impact des mesures de contrôle mises en place lors des alertes être évalué.

Alors que les conditions de vie dans les campements pouvaient le laisser craindre, aucun épisode d'épidémie de maladie infectieuse entérique n'est survenu. Ces résultats sont probablement liés aux efforts importants et constants de MSF et de l'État pour mettre à disposition des accès au réseau d'eau potable, des latrines et des douches en nombre suffisant, et pour assurer l'évacuation régulière des déchets, avec le concours de nombreuses associations comme Acted (www.acted.org/fr) et Utopia 56 (www.utopia56.com).

Il est à noter que durant toute la durée de la surveillance, aucune pathologie d'importation, comme les

infections transmises par les poux de corps, n'a été signalée, contrairement à ce qui a été décrit en Italie et dans d'autres pays européens^{14,15}.

Il faut également souligner un bilan très contrasté entre les camps de Calais et de Grande-Synthe, du fait de caractéristiques des populations et de conditions de vie très différentes. À Grande-Synthe, la population, principalement des familles, était hébergée dans un camp installé selon les normes sanitaires internationales. Originaires de pays du Moyen-Orient, où les politiques sanitaires étaient meilleures, elles étaient en outre probablement correctement vaccinées. De ce fait, la plupart des alertes infectieuses (grippe, rougeole, varicelle, hépatite A, tuberculose, gale...) sont survenues à Calais, où la population était essentiellement constituée d'hommes jeunes, originaires de pays de la Corne de l'Afrique ou d'Afghanistan et vivant dans une grande précarité. De plus, la persistance de conditions de vie instables dans le camp ainsi qu'une grande mobilité des personnes ont compliqué la mise en place des mesures de santé publique, notamment des campagnes de vaccination. Ce constat souligne l'importance d'un signalement très précoce à l'ARS, alors que le patient est encore dans la structure de soins, ainsi que le recours à l'intervention des associations sur le terrain afin de faciliter l'identification des contacts et les sensibiliser aux mesures de contrôle. Il montre également la nécessité de proposer des vaccinations en routine pour prévenir les phénomènes

épidémiques et la survenue de cas graves de pathologies à prévention vaccinale.

Cette expérience a démontré la faisabilité et l'utilité de la mise en place d'un suivi épidémiologique sensible et réactif, en dépit des obstacles importants liés à l'évolution constante de la population migrante présente sur les deux sites, aux changements réguliers de l'organisation des soins et à la multiplicité des intervenants sanitaires ayant chacun leur propre système d'information. Ces différentes contraintes ont nécessité une excellente coordination entre les acteurs hospitaliers, les associations, l'ARS et Santé publique France, initialement assurée par un médiateur de l'Eprus, pour permettre une adaptation rapide et constante du système de surveillance.

Enfin, si le dispositif de surveillance s'est révélé adapté aux menaces épidémiques infectieuses, il n'a pas été en capacité de répondre à d'autres problèmes de santé importants, comme les troubles psychologiques, notamment les états de stress post-traumatique. Ces derniers ont représenté un volume non négligeable du recours aux soins (4% des consultations), mais vraisemblablement sous-estimé. ■

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des intervenants sanitaires auprès des populations migrantes pour leur engagement et leur contribution qui ont permis l'amélioration et le suivi des conditions sanitaires sur les sites de Calais et Grande-Synthe.

Références

[1] Bouhenia M, Ben Farhat J, Cohuet S. Évaluation de l'état sanitaire des réfugiés durant leurs parcours et à Calais, Région Nord-Pas-de-Calais Picardie, France. Paris: Epicentre; 2016. 41 p. <http://epicentre.msf.org/evaluation-de-l-etat-sanitaire-des-refugies-durant-leurs-parcours-et-a-calais-region-nord-pas-de-calais-picardie-france>

[2] Le HCR appelle à une réponse urgente et globale à la situation à Calais. Agence des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Conférence de presse du 7 août 2015, Palais des Nations, Genève, Suisse. <http://www.unhcr.org/fr/news/briefing/2015/8/55c4b351c/hcr-appelle-reponse-urgente-globale-situation-calais.html>

[3] Bourrier P, Bessa Z, Coninx P, Lajugie D, Merlin B, Safran D. Mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais. Rapport définitif. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé – Ministère de l'Intérieur; 2015. 43 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000765.pdf>

[4] European Centre for Disease Prevention and Control. Handbook on implementing syndromic surveillance in migrant reception/detention centres and other refugee settings. Stockholm: ECDC; 2016. 29 p. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/syndromic-surveillance-migrant-centres-handbook.pdf>

[5] European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment. Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe in the winter season – 10 November 2015. Stockholm: ECDC; 2015. 12 p. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/refugee-migrant-health-in-european-winter-rapid-risk-assessment.pdf>

[6] European Centre for Disease Prevention and Control. Infectious diseases of specific relevance to newly arrived migrants in the EU/EEA – 19 November 2015. Stockholm: ECDC; 2015. 6 p. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Infectious-diseases-of-specific-relevance-to-newly-arrived-migrants-in-EU-EEA.pdf>

[7] Napoli C, Riccardo F, Declich F, Grazia Dente M, Pompa MG, Rizzo C, *et al.* An Early warning system based on syndromic surveillance to detect potential health emergencies among migrants: Results of a two-year experience in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(8):8529-41.

[8] Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027825549>

[9] Cellule d'intervention de Santé publique France en région Hauts-de-France. Surveillance sanitaire des populations migrantes à Calais et Grande-Synthe. Point épidémiologique. [http://invs.santepubliquefrance.fr/Regions-et-territoires/Actualites/\(node_id\)/1602/\(query\)/migrant/\(aa_localisation\)/Nord-Pas-de-Calais/\(sort\)/2](http://invs.santepubliquefrance.fr/Regions-et-territoires/Actualites/(node_id)/1602/(query)/migrant/(aa_localisation)/Nord-Pas-de-Calais/(sort)/2)

[10] Surveillance de la grippe et de la bronchiolite dans la région Hauts-de-France. Bilan de la saison 2015-2016. Bulletin de Veille Sanitaire Hauts-de-France, décembre 2016. 8 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Nord/Bulletin-de-veille-sanitaire-Hauts-de-France.-Decembre-20162>

[11] Jones G, Haeghebaert S, Merlin B, Antona D, Simon N, Elmouden M, *et al.* Measles outbreak in a refugee settlement in Calais, France: January to February 2016. *Euro Surveill*. 2016;21(11):pii=30167.

[12] World Health Organization (WHO). Immunization, Vaccines and Biologicals. Measles surveillance data. Distribution of measles genotypes. [Internet]. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/index1.html

[13] Toikkanen SE, Baillot A, Dreesman J, Mertens E. Seroprevalence of antibodies against measles, rubella and varicella among asylum seekers arriving in Lower Saxony, Germany, November 2014-October 2015. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(7):650.

[14] Lucchini A, Lipani F, Costa C, Scarvaglieri M, Balbiano R, Carosella S, *et al.* Louseborne relapsing fever among East African refugees, Italy, 2015. *Emerg Infect Dis*. 2016;22:299-301.

[15] European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment. Louse-borne relapsing fever in the EU – 10 November, Stockholm, 2015. Stockholm: ECDC, 2015. 7 p. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/louse-borne-relapsing-fever-in-eu-rapid-risk-assessment-17-nov-15.pdf>

Citer cet article

Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, *et al.* Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 – octobre 2016. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):374-81. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_1.html

LA SANTÉ DES MIGRANTS PRIMO-ARRIVANTS : RÉSULTATS DES BILANS INFIRMIERS RÉALISÉS D'OCTOBRE 2015 À MARS 2016 DANS DES CENTRES FRANCILIENS HÉBERGEANT DES MIGRANTS ÉVACUÉS DES CAMPEMENTS PARISIENS

// HEALTH OF NEWLY ARRIVED MIGRANTS: RESULTS OF NURSING ASSESSMENTS CARRIED OUT FROM OCTOBER 2015 TO MARCH 2016 IN FACILITIES HOSTING MIGRANTS IN THE GREATER PARIS AREA WHO WERE EVACUATED FROM THE PARIS CAMPS

Andrea Guisao¹ (a.guisao@samusocial-75.fr), Candy Jangal¹, Mathilde Quéré¹, Anne Laporte², Françoise Riou¹

¹ Observatoire du Samusocial de Paris, France

² Agence régionale de santé d'Île-de-France, Paris, France

Soumis le 20.02.2017 // Date of submission: 02.20.2017

Résumé // Abstract

De juin 2015 à mars 2016, 16 évacuations de campements de fortune ont eu lieu dans la capitale, concernant environ 5 000 migrants. Des bilans réalisés par des infirmier(ère)s assisté(e)s d'interprètes, suivis si besoin d'une orientation vers une structure de soins, ont été proposés dans les centres d'hébergement franciliens accueillant ces migrants. Lors de ces bilans, des informations ont été recueillies de façon standardisée : parcours migratoire, état de santé et accès aux soins de ces personnes, et besoins d'orientation sanitaire identifiés par les infirmier(ère)s.

Au total, 736 de ces bilans, réalisés dans 28 centres, ont été analysés. Ils concernent une population essentiellement jeune et masculine, venue principalement du Soudan, d'Afghanistan et d'Érythrée. Les trois quarts déclaraient un problème de santé datant de moins de six mois, 16% faisaient état d'un problème présent depuis plus de six mois et 12% disaient avoir renoncé à des soins dans les 12 derniers mois. Pour 73% des personnes, les infirmier(ère)s ont identifié des besoins d'orientation sanitaire à la fin du bilan.

Malgré les différences de pratiques entre équipes infirmières et d'offres de soins selon le territoire, qui limitent les possibilités d'interprétation des différences observées, ces résultats montrent qu'un grand nombre de migrants ont dû être orientés vers des structures de soins. Cela suggère la nécessité de continuer à renforcer les partenariats entre ces structures et les centres d'hébergement, ainsi que l'accompagnement des migrants dans leurs démarches de soins et d'accès à une couverture sociale maladie.

From June 2015 to March 2016, about 5,000 migrants have been evacuated from Paris camps, representing 16 evacuations. They were allocated in different facilities hosting migrants around Ile-de-France, where health assessments were conducted by registered nurses and assisted by interpreters, and which results might have lead some of the migrants to be referred to health care facilities. Standardized data were collected from these assessments on the migration trajectory, health status, and access to health facilities in France, as well as on the referral needs of the migrants identified by nursing staff. Ultimately, 736 nursing reports from 28 shelters were analyzed. The population mainly consisted of young men, mostly coming from Sudan, Afghanistan and Eritrea. Among them, three out of four reported a health problem, 16% have had it for more than 6 months, and 12% have renounced to medical cares during the last 12 months. Also, 73% of the studied population were identified by the nurses as needing medical referral at the moment of the assessment.

The differences in the practice expertise among the nursing teams and care offers across territories may limit the results' interpretation. However, these findings show that a large number of migrants had to be referred to health care facilities. It suggests the need to continue to strengthen partnerships between the different health care structures and facilities hosting migrants, as well as the importance of the accompaniment of migrants through the French health care system to access social health insurance.

Mots-clés : Migrants, Bilans infirmiers, État de santé, Besoins sanitaires

// **Keywords:** Migrants, Nursing health evaluation, Health status, Specific care needs

Introduction

Depuis juin 2015, de nombreux campements de fortune se sont constitués dans Paris, alimentés par des flux soutenus en provenance de la Méditerranée (et sans doute par des allers-retours entre Paris et Calais), dans un contexte de saturation des structures d'hébergement de tous types (centres accueillant spécifiquement les demandeurs d'asile et les réfugiés ou centres accueillant toute personne

sans-abri, indépendamment de sa situation administrative), y compris les hôtels « sociaux ». De juin 2015 à mars 2016, 16 évacuations de campements ont ainsi eu lieu dans la capitale, concernant environ 5 000 migrants. Les personnes évacuées de ces campements par la Préfecture de région ont été, au moins dans un premier temps, hébergées en Île-de-France. Les centres préexistants n'ont pu être sollicités qu'à la marge et plusieurs dizaines de nouveaux

centres ont été créés spécifiquement, les places qui s'y libéraient étant réservées pour les évacuations ultérieures.

À la demande de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (Arsif), des bilans infirmiers d'orientation auprès des migrants et réfugiés, couplés à un recueil d'informations standardisé, ont été progressivement mis en place à partir de l'automne 2015 dans une partie des centres recevant ces personnes évacuées. Ces bilans comportaient des données sur le parcours de soins, des données biométriques et une glycémie capillaire. Leur réalisation a été confiée au Samusocial de Paris (SSP) pour les personnes accueillies dans les centres situés à Paris, et à la Croix-Rouge française (CRF) pour celles hébergées dans des centres situés ailleurs en Île-de-France. Au total, 28 centres ont pu être visités.

Le profil, l'état de santé et l'accès aux services de soins des migrants récemment arrivés en France restent peu documentés : seules deux études ont été réalisées sur la situation sanitaire des migrants séjournant dans les camps du nord de la France^{1,2}. Des études antérieures ont montré que l'état de santé des migrants récemment arrivés en France était moins bon que celui des Français et que cette population avait un plus faible taux de recours aux soins et un taux de renoncement aux soins pour eux-mêmes plus élevé^{3,4}. L'état de santé des personnes évacuées des camps parisiens pourrait être encore moins bon, en raison des conditions de leur migration (fuites motivées par la guerre civile ou les persécutions, parcours migratoires dangereux) et de plus grandes difficultés d'accès aux soins (barrière linguistique notamment). Ainsi, il semblait important d'évaluer l'état de santé de ces personnes afin de pouvoir les orienter vers des soins adaptés. Le recueil et l'analyse des données avait pour objectif de mieux connaître les situations et les besoins sanitaires afin d'adapter les réponses sociales et sanitaires.

Population et méthodes

L'étude porte sur les données recueillies avec l'appui d'interprètes, lors des bilans réalisés entre octobre 2015 et avril 2016 auprès de personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, hébergées dans une structure d'hébergement francilienne et ayant accepté le recueil de données. Ce bilan facultatif est proposé à toute personne hébergée dans le centre lors de la visite des infirmier(ère)s.

Les informations recueillies de façon systématique concernaient les caractéristiques sociodémographiques, les parcours migratoires, l'accès aux soins, l'état de santé perçu et les problèmes de santé déclarés, des mesures biométriques ainsi que les besoins d'orientation sanitaire identifiés par l'infirmier(ère) au terme du bilan. Certains recueils sont partiels, quelques questions ne figurant pas dans la première version du questionnaire, notamment la couverture sociale maladie et l'état de santé psychologique.

Les problèmes de santé déclarés ont été distingués selon leur durée estimée (plus ou moins de six mois) et classés selon les grands chapitres de la Classification internationale des soins primaires (CISP2). Les normes utilisées pour les mesures biométriques sont celles de l'Organisation mondiale de la santé pour l'indice de masse corporelle (IMC) et de l'Association française de cardiologie pour la pression artérielle. Pour la glycémie capillaire, en l'absence d'information fiable sur la durée du jeûne, le seuil de 1,50 g/l a été retenu⁵.

Les données ont été analysées sous Stata 14[®]. Les analyses sont descriptives : fréquences, distributions et analyses bi-variées pour une première approche des différences observées selon le pays de naissance, le lieu de vie avant l'hébergement et la localisation des centres d'hébergement (test de Chi2 et de Fisher exact, seuil de p-value <0,05 pour tester les différences).

Résultats

Entre octobre 2015 et mars 2016, 736 questionnaires exploitables, répondant aux critères d'inclusion, ont été renseignés dans 28 centres ou hôtels (17 structures dans Paris pour 390 bilans, 11 en périphérie pour 346 bilans). Seules 12% des personnes maîtrisaient suffisamment le français pour une consultation dans cette langue ; de l'interprétariat en arabe, pach-toun, dari et anglais, ainsi qu'un soutien en langues plus rares, ont permis d'entrer en contact avec les autres migrants.

Profil et parcours

La population était essentiellement masculine et jeune (tableau 1). Si près de la moitié des personnes étaient mariées, très peu étaient accompagnées par leur conjoint(e) en France. Elles étaient principalement (84% de la population) originaires de trois pays : le Soudan, l'Afghanistan et l'Érythrée. Les durées des parcours migratoires étaient très variables, allant de quelques mois pour un tiers des personnes à plusieurs années pour 13% d'entre elles. La majorité était en France depuis moins de six mois au moment de leur hébergement, et était hébergée dans le centre depuis moins de trois mois au moment du bilan. La grande majorité (82%) a déclaré avoir séjourné dans au moins un campement avant d'être hébergée.

La distribution par âge et sexe différait d'un pays d'origine à l'autre (tableau 2) : les femmes et les personnes âgées de 50 ans ou plus, bien que toujours très minoritaires, étaient plus nombreuses parmi les personnes nées dans d'autres pays que les trois principaux.

Les durées des parcours migratoires et de séjour en France avant l'hébergement étaient très variables, y compris parmi les personnes originaires d'un même pays. Les personnes nées en Afghanistan avaient des durées de migration en général beaucoup plus courtes et des temps de séjour en France plus longs.

Tableau 1

Caractéristiques de la population étudiée lors des bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et mars 2016 auprès de migrants volontaires dans des centres d'hébergement franciliens dédiés

		n	%
Pays d'origine	Soudan	294	39,9
	Afghanistan	235	31,9
	Érythrée	88	12,0
	Autre	119	16,2
Sexe	Hommes	716	97,4
Âge en années	Médiane [IIQ1-IIQ3]	27 [25-31]	
	18 ans ou moins	60	8,9
Âge au départ en années	19-24 ans	346	51,3
	25-34 ans	213	31,6
	35 ans ou plus	56	8,3
Durée de migration en années	Médiane [IIQ1-IIQ3]	1,1 [0,3-2,2]	
Nombre de pays parcourus	Moyenne	3,3	
Durée du séjour en France avant l'hébergement (années)	Médiane [IIQ1-IIQ3]	0,5 [0,3-0,7]	
Durée de présence dans le centre au moment du bilan	Inférieure ou égale à 3 mois	424	59,1
Statut marital	Marié	289	40,1
Accompagné par un proche en France		20	2,7
Passé par un campement		586	82,2
Hébergé dans un centre situé dans Paris		390	53,0

État de santé perçu et problèmes de santé déclarés (tableau 2)

La moitié des répondants se disait en bonne ou très bonne santé ; 16% déclaraient au moins un problème de santé présent depuis plus de six mois et, parmi eux, 17% cumulaient deux problèmes ou plus. Les systèmes les plus souvent cités étaient l'appareil respiratoire (3%), digestif (2%), puis le système métabolique et endocrinien (2%). Quelques cas de diabète (1,7%) et de tuberculose (<1%) ont été déclarés. Plus des trois quarts des personnes ont déclaré au moins un problème de santé de durée moindre, les plus fréquents étant les atteintes bucco-dentaires (32%), une fatigue générale (31%) et les troubles ostéo-articulaires (20%). Parmi ces derniers, les infirmier(ère)s ont surtout classé des douleurs touchant les membres ou le rachis et ont souvent mentionné des traumatismes.

Mesures biométriques

Six pour cent (6%) des personnes présentaient une insuffisance pondérale. Près d'un quart avait un IMC correspondant à un surpoids et 12% une glycémie capillaire supérieure à la normale. Parmi les 11 personnes ayant signalé être hypertendues, près des trois quarts avaient des mesures supérieures aux normes et, parmi les autres personnes, 9% présentaient une hypertension possible.

Sur le plan psychologique

Le sentiment de solitude était communément répandu : plus des deux tiers disaient se sentir seuls ou très seuls. Plus de la moitié des personnes interrogées sur leur état psychologique (ne souhaitant pas voir un psychologue ou un psychiatre) disait

souffrir de troubles du sommeil (troubles les plus fréquents), d'idées noires, de crises de larmes ou d'irritabilité ; 12% souffraient d'au moins deux de ces troubles. Plus d'une personne sur trois disait en souffrir souvent ou tous les soirs, et ce depuis plus d'un mois pour 95%.

Accès aux soins (tableau 2)

La dernière consultation médicale avait eu lieu dans l'année écoulée pour les deux tiers des personnes, et 12% disaient avoir renoncé à des soins pour eux-mêmes dans les 12 derniers mois. Seuls 6% disaient avoir été l'objet d'un refus de soins depuis leur arrivée en France : la principale raison évoquée était l'absence de couverture sociale maladie ou de permis de séjour, la seconde le manque de ressources financières.

Environ 5% disaient avoir déjà rencontré un professionnel de santé mentale.

La moitié des personnes a été interrogée sur sa couverture sociale maladie à la date du bilan : un quart des répondants a déclaré en avoir une (un sur cinq indiquant que la demande était en cours). Ce taux augmentait, logiquement, avec la durée de séjour sur le territoire français : il était de 31% pour les personnes arrivées en France depuis plus de trois mois et de 43% pour celles présentes en France depuis plus de six mois.

Orientations conseillées à l'issue du bilan

Les trois quarts des personnes se sont vu proposer au moins une orientation sanitaire (dont 6% en urgence), le plus souvent vers un médecin généraliste. Parmi

Tableau 2

Caractéristiques, état de santé et accès aux soins selon le pays de naissance (bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et mars 2016 auprès de migrants volontaires dans des centres d'hébergement franciliens dédiés)

			Soudan (N=294)		Érythrée (N=88)		Afghanistan (N=235)		Autres (N=119)		Total (N=736*)		p value
Nombre de répondants*			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Données sociodémographiques et parcours migratoire													
Âge en années	730	Moins de 24 ans	26	8,9	14	15,9	61	26,4	25	21,2	126	17,3	0,000
		24-29 ans	160	54,6	39	44,3	133	57,6	43	36,4	375	51,4	
		30-39	92	31,4	25	28,4	31	13,4	29	24,6	177	24,2	
		40-49	12	4,1	7	8	3	1,3	11	9,3	33	4,5	
		50 ans et plus	3	1	3	3,4	3	1,3	10	8,5	19	2,6	
Sexe	736	Masculin	293	99,7	83	94,3	235	100	106	89,1	717	97,4	0,000
Durée de migration	683	Médiane [IQ1-IQ3]	1,7 [0,8-2,5]		1,7 [0,7-3,8]		0,3 [0,2-2,2]		0,9 [0,2-1,7]		1,1 [0,3-2,2]		
Nombre de pays traversés	658	1 à 2	259	93	14	18	15	7	40	43	328	49,8	0,000
		3 à 5	21	8	66	83	107	52	45	48	239	36,3	
		6 ou plus	0	0	0	0	82	40	9	10	91	13,8	
Temps passé en France avant l'hébergement	735	Moins d'un mois	143	49	35	42	59	25	43	35	280	39	0,000
		Entre 1 et 3 mois	78	27	20	24	76	32	24	20	198	28	
		Entre 3 et 6 mois	42	14	18	21	48	20	20	16	128	18	
		Plus de 6 mois	30	10	11	13,1	53	22,5	35	28,7	129	18	
Passage par un campement	713	Oui	240	81,6	72	81,8	193	82,1	81	68,1	586	79,6	0,009
Santé déclarée													
État de santé perçu	663	Bon ou très bon	164	59,8	53	63,1	98	49,5	47	43,9	362	54,2	0,004
		Moyen	77	28,1	29	34,5	72	36,4	46	43	224	33,8	
		Mauvais ou très mauvais	33	12	2	2,4	28	14,1	14	13,1	77	11,7	
Problème durable de santé	736	Au moins un problème	36	12,5	8	9,4	35	15,6	38	32,8	117	16,4	0,000
Problèmes de santé de moins de 6 mois	736	Au moins un problème	218	74,1	68	77,3	204	86,8	102	85,7	592	80,4	0,001
		<i>Cutané</i>	47	16,1	11	12,5	82	35,2	23	19,5	163	22,3	
		<i>Bucco-dentaire</i>	85	29,4	32	36,4	68	31,2	50	43,5	235	33,1	
		<i>Ostéo-articulaire</i>	53	18,7	16	18,2	47	21,8	32	28,8	148	21,2	
		<i>Fatigue</i>	86	30,3	21	23,9	80	36,9	46	39,7	233	33	
		<i>Digestif</i>	53	18,6	15	17,2	45	20,7	32	28,6	145	20,7	
Accès aux soins													
Couverture maladie	361	Dispose d'une couverture	20	14	8	19	37	33	24	37	89	25	0,000
Dernier rendez-vous médical	718	N'a jamais rencontré de professionnel	0	0	2	2,3	1	0,4	0	0	3	0,4	0,000
		Moins d'un an	183	62,4	45	51,7	151	67,7	79	68,7	458	63,7	
Orientations – Besoins identifiés par l'équipe													
	736	Au moins un	203	69	65	73,9	184	78,3	100	84	552	75	0,000

* Le nombre de répondants par catégorie est calculé sur le nombre de personnes ayant répondu à la question sur le pays de naissance.

celles souhaitant rencontrer un psychologue (une personne sur 3), 90% ont de fait été orientées dans ce sens.

Variations observées selon le pays d'origine (tableau 2)

Le pays de naissance semble avoir une incidence sur la couverture sociale maladie, indépendamment de la durée de séjour en France : cette couverture était plus souvent présente chez les personnes originaires d'Afghanistan que chez celles nées au Soudan ou en Érythrée, qu'elles soient sur le territoire depuis moins de six mois (42% *versus* 30% et 20%) ou depuis plus longtemps (71% *versus* 57% et 34%). Il semblait aussi influencer la fréquence globale, tous types confondus, des problèmes de santé durant moins de six mois (plus élevée chez les personnes originaires d'Érythrée ou du Soudan) et la fréquence de certaines propositions d'orientation : vers un service d'urgence hospitalier (moindre pour les personnes originaires des trois pays les plus représentés), vers un généraliste (moindre pour les personnes nées au Soudan) et vers un dentiste (moindre pour celles nées au Soudan et en Afghanistan). La prévalence globale des problèmes de santé durant depuis plus de six mois, tous types confondus, différait également selon le pays de naissance, de façon cohérente avec les différences de structure d'âge.

Variations observées selon le lieu de vie en France avant hébergement (tableau 3)

Une personne sur 5 disait avoir vécu dans la rue, mais ne pas avoir séjourné dans un campement avant son hébergement. Elles ont été essentiellement rencontrées dans les centres situés dans Paris, qui hébergeaient parfois d'autres migrants que ceux évacués de campements. Ces personnes étaient plus souvent originaires d'autres pays que le Soudan, l'Afghanistan ou l'Érythrée. Souvent « très jeunes » (moins de 24 ans) et moins fréquemment mariées, elles disaient moins souvent avoir un soutien social et plus souvent « se sentir très seules ». Elles avaient un peu plus souvent une couverture sociale maladie et déclaraient moins souvent avoir dû renoncer à des soins depuis leur arrivée en France. Elles avaient autant de problèmes de santé et leurs besoins d'orientation sanitaire identifiés à l'issue des bilans étaient similaires à ceux des personnes ayant séjourné dans un campement.

Variations observées selon la localisation du centre d'hébergement

Des différences significatives ont été observées entre les personnes hébergées dans ou hors de Paris, à la fois pour les taux de renoncement aux soins (3 fois plus fréquents chez celles hébergées hors de Paris) et pour les conseils d'orientation donnés. Les

Tableau 3

Caractéristiques et accès aux soins selon le lieu de vie en France avant hébergement (bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et mars 2016 auprès de migrants volontaires dans des centres d'hébergement franciliens dédiés)

			Séjour en campement						p value
			Oui (N=571)		Non (N=127)		Total (N=713*)		
Nombre de répondants*			n	%	n	%	n	%	
Données sociodémographiques et parcours migratoire									
Âge	707	Moins de 24 ans	86	14,8	33	26,2	119	16,8	0,011
		24-29 ans	313	53,9	49	38,9	362	51,2	
		30-39	141	24,3	34	27	175	24,8	
		40-49	26	4,5	6	4,8	32	4,5	
		50 ans et plus	15	2,6	4	3,2	19	2,7	
Statut marital	698	Célibataire	318	55,3	77	62,6	395	56,6	0,038
Pays de naissance	713	Soudan	240	41	53	41,7	293	41,1	0,002
		Afghanistan	193	32,9	27	21,3	220	30,9	
		Érythrée	72	12,3	14	11	86	12,1	
		Autre	81	13,8	33	26	114	16	
Santé déclarée									
État de santé perçu	647	Mauvais – Très mauvais	61	11,4	11	9,8	72	11,2	0,002
		Bon – Très bon	306	57,2	51	45,6	357	55,2	
Soutien social	695	Sans soutien	118	20,4	41	35	159	22,9	0,001
Accès aux soins									
Couverture maladie	347	Dispose d'une couverture	61	22,4	25	33,3	86	24,8	0,005

* Le nombre de répondants par catégorie est calculé sur le nombre de personnes ayant répondu à la question sur le lieu de vie en France avant l'entrée dans le centre d'hébergement.

personnes hébergées dans des centres parisiens se sont vu plus souvent proposer une orientation vers un médecin généraliste et vers un dermatologue. Elles n'étaient pourtant pas plus âgées et ne déclaraient pas avoir davantage de problèmes de santé. À l'inverse, celles hébergées hors de Paris ont plus souvent reçu des conseils d'orientation vers un professionnel de santé mentale.

Discussion

L'objectif de ces bilans était de détecter les besoins de santé les plus urgents et d'orienter les migrants vers les soins adaptés. Les problèmes de santé déclarés apparaissent fréquents dans cette population jeune, qui ne dispose pas de couverture maladie pour la plupart. Il existe cependant une demande des institutions pour que la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et les centres d'hébergement collaborent et facilitent les démarches d'accès à une couverture maladie. La demande d'écoute et de soutien psychologique était très importante (le contexte du bilan ne permettait pas de questionnement systématique sur les violences subies, néanmoins un nombre non négligeable de personnes les ont évoquées spontanément). Les personnes rencontrées qui n'étaient pas passées par un campement semblaient avoir autant de besoins de soins que celles qui y avaient séjourné.

Les bilans réalisés à la suite des évacuations de campements en Île-de-France ne sont ni systématiques, ni exhaustifs puisqu'ils étaient facultatifs, que tous les centres hébergeant des migrants évacués n'ont pas été visités et que le nombre même de ces centres ouverts durant la période d'étude n'est pas connu précisément. Par ailleurs, les données recueillies sont en grande partie déclaratives et soumises à d'éventuels biais d'interprétation liés à la présence d'un traducteur. De même, les pathologies déclarées n'ont pas été confirmées médicalement et les mesures biométriques restent assez sommaires. Ainsi, il est impossible d'affirmer que les taux observés sont représentatifs de l'ensemble de la population hébergée. Pour autant, sur la base des données recueillies, il est possible de faire un certain nombre de constats.

La composition de la population montre des caractéristiques sociodémographiques et de parcours migratoires similaires à celles de la population rencontrée à Calais lors de l'enquête réalisée par Epicentre fin 2015¹.

La perception de la santé peut être bonne même avec un état de santé altéré

Les migrants interrogés dans notre étude avaient une perception de leur état de santé général proche de celle des hommes entrés en France avec un titre de séjour pour regroupement familial en 2006. Cette perception était moins bonne (un sur 10 se disait en mauvais état de santé) que pour l'ensemble de la population, dont les immigrés de longue date⁶. Deux tiers des personnes déclaraient au moins un problème de santé.

Une population pas si éloignée de l'accès aux soins

Les études réalisées dans d'autres pays européens^{4,7,8} montrent que la grande majorité des migrants récemment arrivés ont rencontré des difficultés d'accès aux soins et que celui-ci est insuffisant. Un quart des migrants interrogés par Epicentre signalait ne pas avoir pu accéder à des soins au cours de leur migration ou en France. Cependant, la plupart des personnes rencontrées dans les bilans infirmiers (2 sur 3) disaient avoir rencontré un professionnel de santé dans l'année en cours. Les questions posées au cours des bilans infirmiers concernant le nonaccès aux soins étaient plus précises et bornées dans le temps et l'espace : renoncement à des soins pour elles-mêmes dans les 12 derniers mois et refus de soins depuis leur arrivée en France. Ceci peut expliquer des taux de nonaccès aux soins un peu plus faibles.

La proportion de personnes ayant acquis ou étant en cours d'acquisition d'une couverture maladie apparaît faible, vu le temps passé sur le territoire et dans le centre d'hébergement. De fait, l'obtention de l'Aide médicale d'État nécessite de fournir la preuve du temps de séjour sur le territoire, ce qui est souvent impossible. Les différences selon les pays d'origine pourraient être liées à l'existence ou non de réseaux communautaires susceptibles de pallier les difficultés rencontrées par les migrants, ainsi qu'à des différences dans leurs projets migratoires initiaux.

Les besoins de santé

Les prévalences de chaque type de problème de santé ne peuvent être directement comparées en raison de différences de méthode et de contexte. Seules les fréquences relatives seront comparées aux études publiées les plus récentes. Les systèmes de surveillance sanitaire concernent essentiellement les maladies transmissibles et les risques d'épidémies². Les rapports du réseau international de Médecins du Monde et l'enquête d'Epicentre relèvent la fréquence des problèmes respiratoires aigus, des traumatismes et des diarrhées. Les problèmes de santé les plus fréquemment observés dans un campement humanitaire d'urgence créé à Bruxelles en septembre 2015⁹ étaient les troubles respiratoires, puis les traumatismes, les problèmes dentaires et cutanés ; cependant, la population observée était différente (personnes venues consulter un médecin). Dans notre étude, si les problèmes respiratoires, ostéo-articulaires et digestifs aigus sont fréquents, les problèmes bucco-dentaires et cutanés le sont encore davantage. De plus, des problèmes de santé durables sont assez souvent déclarés, notamment le diabète ou l'hypertension.

Les différences d'orientation observées selon les centres semblent davantage liées à l'hétérogénéité des pratiques infirmières et/ou à des inégalités d'offre de soins sur le territoire qu'à des différences de profils des personnes. Les questions relatives aux symptômes psychologiques ont été posées de façon plus systématique par les infirmier(ère)s de la CRF. Par ailleurs, les orientations proposées ne sont

pas toutes suivies d'effets et il existe, sans doute à ce niveau, des différences entre Paris et le reste de l'Île-de-France. Cette hypothèse ne peut néanmoins être confirmée car l'analyse de la concrétisation des orientations proposées lors du bilan n'a pas été possible.

Les modalités d'orientation semblent varier selon le pays de naissance. Une analyse plus fine s'appuyant sur des modèles multivariés sera nécessaire pour distinguer l'influence d'autres facteurs tels que l'âge, la langue, les symptômes ou la couverture sociale.

Conclusion

La plupart des auteurs expliquent les différences d'état de santé et de recours aux soins observées en défaveur des migrants récemment arrivés en France par leur précarité financière, la perte de repères et de lien social ou encore les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que par la complexité des démarches administratives à effectuer et la méconnaissance des droits de cette population par les intéressés mais aussi par les professionnels de santé^{10,11}. L'ensemble de ces facteurs se cumulent^{7,8,10-12} pour limiter l'accès aux soins des migrants accueillis dans les centres d'hébergement d'Île-de-France dédiés principalement aux évacuations de campements. La mise en place des bilans infirmiers et les retours d'information relatifs à l'accès aux droits en matière de couverture sociale ont permis de réduire ces obstacles. Les constats faits à cette occasion ont aidé à concevoir, dans le centre de premier accueil qui s'est ouvert à Paris en novembre 2016, l'organisation d'un pôle santé coordonné par le Samusocial de Paris, associant bilans infirmiers et consultations de médecine générale et de santé mentale assurés par des bénévoles de Médecins du Monde et par le réseau réseau Psychiatrie et précarité, ainsi que leurs liens avec les structures de soins de proximité.

L'intervention d'un travailleur social, accompagné au besoin d'un interprète, et ce le plus précocement possible, semble également indispensable pour le soutien aux démarches administratives. ■

Remerciements

Ce travail a été financé par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France. Nos sincères remerciements à tous les infirmier(ère)s et interprètes de la Croix-Rouge française et du Samusocial de Paris qui ont effectué le recueil de données.

Références

- [1] Bouhenia M, Ben Farhat J, Cohuet S. Évaluation de l'état sanitaire des réfugiés durant leurs parcours et à Calais, Région Nord-Pas-de-Calais –Picardie, France. Paris: Epicentre; 2016. 42 p. <http://epicentre.msf.org/evaluation-de-l%E2%80%99C3%A9tat-sanitaire-des-r%C3%A9fugi%C3%A9s-durant-leurs-parcours-et-%C3%A0-calais-r%C3%A9gion-nord-pas-de-cal>
- [2] Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Caron A, Merlin B, Simon N, *et al.* Surveillance sanitaire des populations

migrantes récemment arrivées en France. L'expérience des campements de Calais et Grande-Synthe. Communication orale aux Rencontres de Santé publique France, 7 et 8 juin 2016, Paris. <http://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2016/06/2-CHAUD.pdf>

[3] Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bull Epidémiol Hebd.* 2012;(2-3-4):17-21. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7829

[4] Chauvin P, Vuillermoz C, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Macherey AL, *et al.* L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. Obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe. Paris: Réseau international de Médecins du Monde; 2015. 48 p. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01316094/>

[5] Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris, France, 2006. *Eur J Public Health.* 2010;20(5):601-3.

[6] Coirier E. L'état de santé des nouveaux migrants. *Infos migrations.* 2014;(70):1-4.

[7] Simonnot N, Rodriguez A, Nuernberg N, Fille F, Aranda-Fernandez P, Chauvin P. L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 31 villes de 12 pays. Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2015 dans 11 pays européens et la Turquie. Paris: Réseau international de Médecins du Monde; 2016. 54 p. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01493902/document>

[8] Baltus A. Barbed wire fences and other border measures are a threat to health and humanity. Invisible emergencies? How legal entitlements to health and practice diverge for migrants in transit in Belgium. Bruxelles: Médecins du Monde Belgium; 2017. 62 p. https://doktersvandewereld-wieni.netdna-ssl.com/sites/www.doktersvandewereld.be/files/publicatie/attachments/medecins_du_monde_-_report_undocumented_migrants.pdf?width=950px&height=90%25&inline=true

[9] van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S, de Béthune X, Buyl R, Debacker M, *et al.* A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open.* 2016;6(11):e013963. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013963.

[10] Hamel C, Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. *Documents de travail (Ined).* 2013;(190):1-60. <https://www.ined.fr/fr/publications/document-travail/immigres-descendants-sante/>

[11] Hamel C, Moisy M. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. *Bull Epidémiol Hebd.* 2012;(2-3-4):21-4. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7831

[12] Hoyez AC. Mobilités et accès aux soins des migrants en France. Lyon: Géoconfluences. [Internet]. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient4.htm>

Citer cet article

Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(19-20):382-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_2.html

ACCÈS AUX SOINS PRÉNATALS ET SANTÉ MATERNELLE DES FEMMES IMMIGRÉES

// ACCESS TO PRENATAL CARE AND MATERNAL HEALTH OF IMMIGRANT WOMEN IN FRANCE

Priscille Sauvegrain^{1,2}, Zeldia Stewart^{1,3}, Clémentine Gonthier^{1,4}, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles¹, Monica Saucedo¹, Catherine Deneux-Tharaux¹, Élie Azria^{1,5} (eazria@hpsj.fr)

¹ Inserm UMR1153, Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (EPOPé) – DHU Risques et grossesse – Université Paris Descartes, Paris, France

² Maternité de la Pitié-Salpêtrière, Assistance publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France

³ Maternité de Jossigny, Centre hospitalier de Marne-la-Vallée, France

⁴ Maternité du groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard, Assistance publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France

⁵ Maternité du groupe hospitalier Paris Saint Joseph – DHU Risques et grossesse, Paris, France

Soumis le 01.03.2017 // Date of submission: 03.01.2017

Résumé // Abstract

Introduction – En France en 2015, 22% des naissances vivantes concernaient des femmes nées à l'étranger. En adéquation avec la littérature européenne, de récentes recherches font état d'un risque accru de mort maternelle ou de morbidité maternelle sévère (MMS) pour ces femmes. Notre objectif est d'analyser, en lien avec le statut migratoire, les inégalités sociales d'accès aux soins prénatals et de santé maternelle à partir de données françaises.

Matériel et méthodes – Les données sont issues de quatre études françaises : l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2007-2012, l'étude Epimoms de la morbidité maternelle sévère menée dans six régions en 2012-2013, la cohorte prospective PreCARE des femmes ayant accouché en 2010-2011 au sein de quatre maternités du GHU Paris-Nord et une étude qualitative menée en 2016 auprès de femmes enceintes hypertendues.

Résultats – Les femmes immigrées présentent un risque accru de décès maternel, en particulier celles nées en Afrique subsaharienne (RR: 3,4 [IC95%: 2,3-5,1]). Ces dernières présentent également un risque significativement plus important de MMS (OR ajusté : 1,8 [1,4-2,4]) portant majoritairement sur les complications hypertensives et les sepsis. Ces travaux mettent de plus en évidence un taux de suivi prénatal inadéquat très élevé ainsi que certains soins différenciés pour les femmes nées en Afrique subsaharienne.

Conclusion – Les données françaises, qui montrent l'existence d'inégalités sociales de santé maternelle entre femmes immigrées et femmes nées en France, sont convergentes avec les données de la littérature internationale. L'hypothèse explicative de soins prénatals quantitativement et qualitativement moindres est de plus étayée par ces résultats. Ceux-ci soulignent la nécessité de poursuivre les recherches concernant les barrières à l'accès au système de soins et aux soins de qualité des femmes immigrées enceintes, et en particulier les implications que peuvent avoir les représentations et les discriminations dans la genèse des inégalités de santé maternelle et périnatale.

Introduction – In France in 2015, 22% of live births occurred in immigrant women. In accordance with European literature, recent research reveals an increased risk of maternal death or severe maternal morbidity (SMM) in this population. Our objective was to analyze social inequalities related to the migration status in terms of access to antenatal and maternal health care based on French data.

Materials and methods – The data are based on four French studies: the National Confidential Survey on Maternal Deaths (ENCMM, 2007-2012), the EPIMOMS study on severe maternal morbidity conducted in six regions in 2012-2013, the PreCARE prospective cohort of women who gave birth in 2010-2011 in four hospitals in the North of Paris, and a qualitative study conducted in 2016 among women with hypertensive disorders.

Results – Immigrant women are exposed to an increased risk of maternal death, particularly those born in sub-Saharan Africa (SSA) (RR: 3.4 [95%CI: 2.3-5.1]). This subgroup also presents a significantly increased risk of SMM (adjusted OR: 1.8 [95%CI:1.4-2.4]), mostly related to hypertensive complications and sepsis. These studies also show a very high rate of inadequate prenatal care and differential care in the event of hypertension or pre-eclampsia among these women.

Conclusion – French data are congruent with data from the European and international literature in showing social inequalities for maternal health outcomes between immigrant and native women. The explanatory hypothesis of suboptimal prenatal care, both quantitatively and qualitatively is supported by these results. They stress the need for further research on barriers to access to care and quality of care for immigrant pregnant women, including the implication of representations and discrimination on maternal and child health inequalities.

Mots-clés : Femmes immigrées, Santé maternelle, Suivi prénatal, Accès aux soins, Soins différenciés
// **Keywords**: Women, Migration, Maternal health, Prenatal health care, Access to care, Differential care

Introduction

Au sein des pays de l'Union européenne, entre 3 et 60% des naissances surviennent chez des femmes immigrées, c'est-à-dire nées dans un autre pays que celui où elles accouchent¹. Cette proportion a régulièrement augmenté ces dernières années. En France en 2015, 22% des naissances vivantes concernaient des femmes nées à l'étranger : 8% en Afrique du Nord (Algérie, Maroc ou Tunisie), 6% en Afrique subsaharienne, 4% en Europe, 2% en Asie, 1% en Amérique et 1% en Turquie⁽¹⁾.

Les travaux portant sur la santé périnatale des enfants de femmes immigrées ont montré qu'ils avaient un risque accru de complications. En revanche, bien qu'allant en nombre croissant, peu de recherches se sont penchées sur la santé maternelle de ces femmes. Celles qui existent font état d'un risque accru de mort maternelle ou de morbidité maternelle sévère pour cette population.

Les barrières à l'accès primaire aux soins et des soins sous-optimaux figurent parmi les raisons avancées pour expliquer cette mortalité et cette morbidité accrues par rapport à la population native. Elles reflètent peut-être l'incapacité des systèmes de santé à fournir des soins prénatals et lors de l'accouchement identiques aux femmes non-migrantes, mais aussi peut-être à les adapter spécifiquement aux besoins de certaines populations immigrées.

Nous nous proposons, au moyen de travaux réalisés à partir de bases de données françaises et d'une enquête qualitative, de documenter ces inégalités de santé maternelle et de montrer la pertinence de l'hypothèse selon laquelle l'accès aux soins et leur qualité constituent des facteurs intermédiaires à l'origine de ces inégalités de santé.

Inégalités de santé maternelle selon le pays de naissance : une réalité partagée

Dans une perspective globale de prévention des événements graves, la santé maternelle est caractérisée et étudiée, pendant la grossesse et dans les 42 jours suivant l'accouchement, par ses formes les plus pathologiques, à savoir la mortalité et la morbidité maternelle sévère (MMS), dont il n'existe actuellement pas de définition consensuelle. Le décès maternel, devenu rare dans les pays riches, concerne environ 1 femme pour 10 000 naissances : en France, par exemple, il est de 8,4 pour 100 000 naissances vivantes sur la période 2003-2007 [IC95% 7,6-9,4]² et il est possible que le profil de mortalité maternelle ne reflète pas celui des événements morbides d'amont, c'est-à-dire que les caractéristiques associées à ces événements ne soient pas strictement superposables. C'est pourquoi les études les plus récentes sont centrées sur la MMS survenant chez environ 1% des femmes.

⁽¹⁾ Source : Insee 2015. Nés vivants selon le pays de naissance détaillé des parents et leur situation matrimoniale. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2106544?sommaire=2106619>

Contexte général

Des études conduites dans plusieurs pays européens ont rapporté de façon concordante un risque augmenté de mortalité maternelle parmi les femmes immigrées par rapport aux femmes natives, pouvant aller jusqu'à son doublement³. Les sous-groupes à risque varient d'un pays à l'autre, mais les femmes nées en Afrique subsaharienne apparaissent très souvent comme un groupe à haut risque.

Encore peu d'analyses ont été conduites sur le risque de MMS parmi les femmes immigrées mais, là aussi, une analyse récente regroupant des données australiennes, danoises et canadiennes a montré un sur-risque de MMS parmi les femmes nées en Afrique subsaharienne (risque relatif (RR) ajusté sur l'âge et la parité 1,7 [1,4;1,9])⁴ par rapport aux femmes natives, risque non retrouvé parmi les autres sous-groupes de migrantes. Un résultat similaire avait été décrit au Royaume-Uni⁵ et aux Pays-Bas⁶. Cependant, dans ces analyses, peu de variables d'ajustement ont été considérées et les mécanismes explicatifs ont été très peu examinés.

Contexte français

En France, le constat concernant la mortalité maternelle est similaire à celui des autres pays européens, avec un risque de décès maternel accru chez les femmes immigrées, en particulier celles nées en Afrique subsaharienne et celles nées dans d'« autres pays » (hors Afrique et Europe) (tableau 1). Ce profil était déjà présent dans les périodes antérieures. Une analyse spécifique avait montré que ce sur-risque portait essentiellement sur les décès par complications hypertensives et infections⁷. De plus, la proportion de soins sous-optimaux (cf. encadré pour la définition des soins sous-optimaux) était plus grande parmi les femmes étrangères (78%) que parmi les Françaises (57%), différence encore plus marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne (95%).

L'étude Epimoms (EPIdémologie de la MORbidité Maternelle Sévère) a été menée dans six régions françaises en 2012-2013, représentant une population source de 182 300 parturientes dont les caractéristiques générales sociodémographiques étaient similaires au profil national. Elle a permis une identification prospective de toutes les femmes ayant présenté un événement aigu de MMS (N=2 540, soit 1,4% des accouchements), comparées à un échantillon représentatif de 3 651 femmes ayant accouché sans MMS (1/50^e des femmes accouchées sur la même période tirées au sort), et d'analyser le risque de MMS selon le pays de naissance des femmes.

La proportion de femmes immigrées était significativement plus importante parmi les femmes avec MMS que parmi les témoins (31,2% vs 24,5%), et cette différence portait principalement sur le groupe des femmes nées en Afrique subsaharienne (11,2% des femmes avec MMS vs 8,1% des femmes témoins).

Pour ces dernières, le risque de MMS globale était significativement plus élevé que chez les natives (odds-ratio (OR) brut=2,2 [1,8-2,7]) (tableau 2).

Tableau 1

Mortalité maternelle selon le pays de naissance des femmes. Données de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, France, 2007-2012

	2007-2009			2010-2012		
	Ratio de mortalité maternelle (/10 ⁵ NV)	Risque relatif	IC95%	Ratio de mortalité maternelle (/10 ⁵ NV)	Risque relatif	IC95%
France	8,6	1		7,9	1	
Autres pays d'Europe	12,3	1,4	0,6-2,9	5,8	0,7	0,2-1,9
Afrique du Nord	16,9	2,0	1,3-2,9	6,3	0,8	0,4-1,5
Afrique subsaharienne	26,9	3,1	2,0-4,8	26,9	3,4	2,2-5,1
Autres pays	11,5	1,3	0,7-2,3	24,5	3,1	2,0-4,6

Source : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), Inserm UMR1153 EPOPé (Rapport sur les données 2010-2012 de l'Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle – à paraître).

NV : naissances vivantes ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Encadré

Définition des soins sous-optimaux et du suivi prénatal inadéquat

Soins sous-optimaux – Les soins sous-optimaux sont définis ici comme un écart à ce qui est considéré comme une bonne pratique ou un standard de suivi, jugé par rapport aux recommandations des sociétés savantes, groupes professionnels et agences (pour la santé maternelle, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la Haute Autorité de santé ...) ou par rapport aux bonnes pratiques usuelles.

Suivi prénatal inadéquat – Le suivi prénatal a été défini à partir d'un indice inspiré des indices américains les plus utilisés et les plus étudiés dans la littérature : l'indice de Kessner, l'APNCU (*Adequacy of Prenatal Care Utilization*) et celui de Kotelchuck, mais adaptés aux recommandations françaises de suivi prénatal énoncées par la Haute Autorité de santé. Nous définissons ici le suivi inadéquat comme un suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée et/ou comprenant moins de 50% des consultations recommandées par rapport à l'âge gestationnel d'accouchement et/ou dans lequel une échographie du 1^{er} trimestre et au moins une autre parmi celles des 2^e et 3^e trimestres n'ont pas été réalisées.

Nous différencions ici les soins sous-optimaux, qui ne rendent compte que des pratiques et reflètent donc une inégalité d'accès secondaire aux soins, du suivi prénatal inadéquat, qui peut être la résultante de prescriptions sous-optimales mais aussi de non-recours de la part des femmes.

Tableau 2

Risque de morbidité maternelle sévère selon le pays de naissance des femmes. Données de l'étude Epimoms, France, 2007-2012

Catégories de morbidité maternelle sévère	Cas (N)	Témoins (N)	Femmes nées en Afrique du Nord [#]		Femmes nées en Afrique subsaharienne [#]	
			OR [IC95%]	ORa [IC95%]	OR [IC95%]	ORa [IC95%]
Toutes catégories confondues	2 540	2 802	1,1 [0,9-1,3]	1,0* [0,8-1,3]	2,2 [1,8-2,7]	1,8* [1,4-2,4]
Complications hypertensives sévères	449	2 802	1,0 [0,7-1,4]	0,9* [0,6-1,4]	2,8 [2,1-3,8]	1,8* [1,1-2,9]
Sepsis sévère	35	2 802	0,6 [0,1-2,4]	0,5* [0,1-2,3]	3,6 [1,5-8,4]	1,8* [0,3-9,6]
Hémorragies obstétricales sévères						
Après césarienne avant travail	382	306	0,9 [0,6-1,4]	0,6* [0,3-1,1]	1,9 [1,2-3,0]	1,5* [0,8-2,8]
Après accouchement par voie basse ou césarienne en cours de travail	1 010	2 496	1,0 [0,8-1,3]	1,1** [0,8-1,5]	1,8 [1,4-2,4]	1,8** [1,2-2,6]

[#] Référence : Femmes nées en France.

* Ajustement pour l'âge, l'indice de masse corporelle, les antécédents médicaux, la parité et les césariennes antérieures, les complications de la grossesse en cours (diabète gestationnel, pré-éclampsie, autre complication notable), l'anémie au 3^e trimestre et l'adéquation du suivi anténatal.

** Ajustement sur les mêmes variables + les caractéristiques du travail (déclenchement du travail, durée du travail, utilisation d'ocytocine) et de l'accouchement (spontané ou instrumental, voie basse ou césarienne, déchirure périnéale ou épisiotomie, prévention de l'hémorragie par ocytocine et macrosomie fœtale).

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; OR : odds-ratio ; ORa : odds-ratio ajusté.

Ce sur-risque persistait de manière significative après ajustement sur les caractéristiques des femmes préexistantes à la grossesse (âge, indice de masse corporelle, antécédents médicaux, parité et césariennes antérieures), celles de leur grossesse (complications de la grossesse en cours : diabète gestationnel, pré-éclampsie, autre complication notable ; anémie au troisième trimestre) et un suivi anténatal inadéquat, avec un OR ajusté (ORa) de 1,8 [1,4-2,4]. Les facteurs socioéconomiques n'ont pas été pris en compte dans la stratégie d'ajustement. La volonté était en effet d'évaluer le lien global entre le statut migratoire, avec ce qu'il peut comporter de problématiques socio-économiques pour certains groupes, et la MMS, après prise en compte des facteurs démographiques et médicaux.

Le tableau 2 présente les analyses par pathologie à l'origine de la MMS. Le sur-risque de complications hypertensives sévères chez les femmes nées en Afrique subsaharienne était diminué après ajustement sur les mêmes facteurs, mais persistait avec un ORa à 1,8 [1,1-2,9] ; le risque de sepsis sévère était également augmenté par rapport à celui des femmes nées en France (OR brut=3,6 [1,5-8,4]), mais cette association ne persistait pas après ajustement sur les autres caractéristiques, notamment sur le suivi prénatal. Le risque d'hémorragies obstétricales sévères ne différait, pour les femmes d'Afrique subsaharienne, que pour les hémorragies survenant après travail (que l'accouchement se fasse par voie basse ou par césarienne) (OR brut=1,8 [1,4-2,4]) et ce sur-risque persistait après ajustement sur les mêmes variables que celles exposées précédemment, auxquelles s'ajoutaient les caractéristiques du travail (déclenchement du travail, durée du travail, utilisation d'ocytocine) et de l'accouchement (spontané ou instrumental, voie basse ou césarienne, déchirure périnéale ou épisiotomie, prévention de l'hémorragie par ocytocine et macrosomie fœtale) (ORa=1,8 [1,2-2,6]).

Les analyses brutes et multivariées n'ont pas mis en évidence de différence significative de risque de MMS entre les femmes nées en Afrique du Nord, autre groupe de femmes immigrées important quantitativement, et les femmes nées en France.

Ces résultats confirment ceux observés sur la mortalité maternelle en montrant l'existence, en France, d'un risque différentiel de MMS selon le pays de naissance des femmes, avec un sur-risque concentré sur le sous-groupe des femmes nées en Afrique subsaharienne (multiplié par 2). Ils permettent également d'avancer dans la compréhension des mécanismes explicatifs de ces inégalités. Ainsi, l'hypothèse du rôle du suivi prénatal inadéquat se trouve confortée par la réduction vers la non-significativité du sur-risque de sepsis sévère des femmes d'Afrique subsaharienne après sa prise en compte dans la stratégie d'ajustement. Par ailleurs, la persistance d'un sur-risque de complications hypertensives et hémorragiques sévères chez ces femmes pourrait s'expliquer par des facteurs génétiques ; mais elle nous permet également de formuler une nouvelle

hypothèse, celle de soins sous-optimaux chez ces femmes, à l'origine d'un diagnostic plus tardif ou d'une évolution plus fréquente des complications vers la sévérité.

Accès aux soins prénatals des femmes immigrées et soins différenciés

Suivi prénatal inadéquat des femmes immigrées

L'étude de l'association entre le statut migratoire et le risque de suivi inadéquat a été l'objet d'une analyse réalisée sur les données de la cohorte prospective PreCARE⁸. La plupart des organisations médicales recommandent un suivi prénatal régulier et définissent son contenu. L'association entre un suivi réduit et le risque périnatal et maternel s'observe principalement chez les femmes les plus vulnérables socialement⁹. Les femmes immigrées font partie de ces populations vulnérables et un suivi prénatal plus souvent inadéquat pourrait être de nature à augmenter le risque maternel dans ce groupe. L'hypothèse d'un suivi prénatal inadéquat (cf. encadré pour la définition du suivi inadéquat) chez les femmes immigrées a été explorée sur les données de la cohorte PreCARE, constituée de 10 149 femmes inscrites pour accoucher ou ayant accouché entre septembre 2010 et novembre 2011 dans quatre centres hospitaliers du Groupement hospitalier Paris Nord (Bichat-Claude-Bernard, Beaujon, Louis-Mourier et Robert Debré). Ces centres avaient été choisis du fait de leur localisation au sein d'un bassin de population fortement marqué par la migration et la précarité sociale. La présente analyse a porté sur les 9 770 femmes avec grossesse mono-fœtale ayant accouché après 22 semaines d'aménorrhée.

Nous avons observé des taux de suivi prénatal inadéquat très différents suivant le lieu de naissance des femmes, celles nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ayant un taux de suivi inadéquat très élevé, atteignant 34,7% contre 17,3% pour celles nées en France et 26,9% pour celles nées en Afrique du Nord.

Les facteurs de risque de suivi inadéquat ont été explorés par régression logistique multivariée dans trois groupes de femmes définis par le lieu de naissance (France, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne) (tableau 3).

Dans les deux derniers groupes, nous observons que le risque de suivi inadéquat est associé à l'immigration récente (moins d'un an en début de grossesse) et que cette association persiste après prise en compte de facteurs sociaux comme l'absence de revenus, de couverture sociale au début de la grossesse, d'habitation stable, l'isolement ou une situation irrégulière, ainsi que des autres facteurs considérés dans l'analyse.

Nous avons construit un indice de précarité à partir de quatre variables socioéconomiques, ce qui nous a permis de montrer que le cumul de facteurs sociaux défavorables agissait au sein de des groupes pour majorer le risque de suivi prénatal inadéquat (figure).

Tableau 3

Facteurs associés au suivi prénatal inadéquat en fonction du lieu de naissance des femmes. Données de la cohorte PreCARE, France, 2010-2011

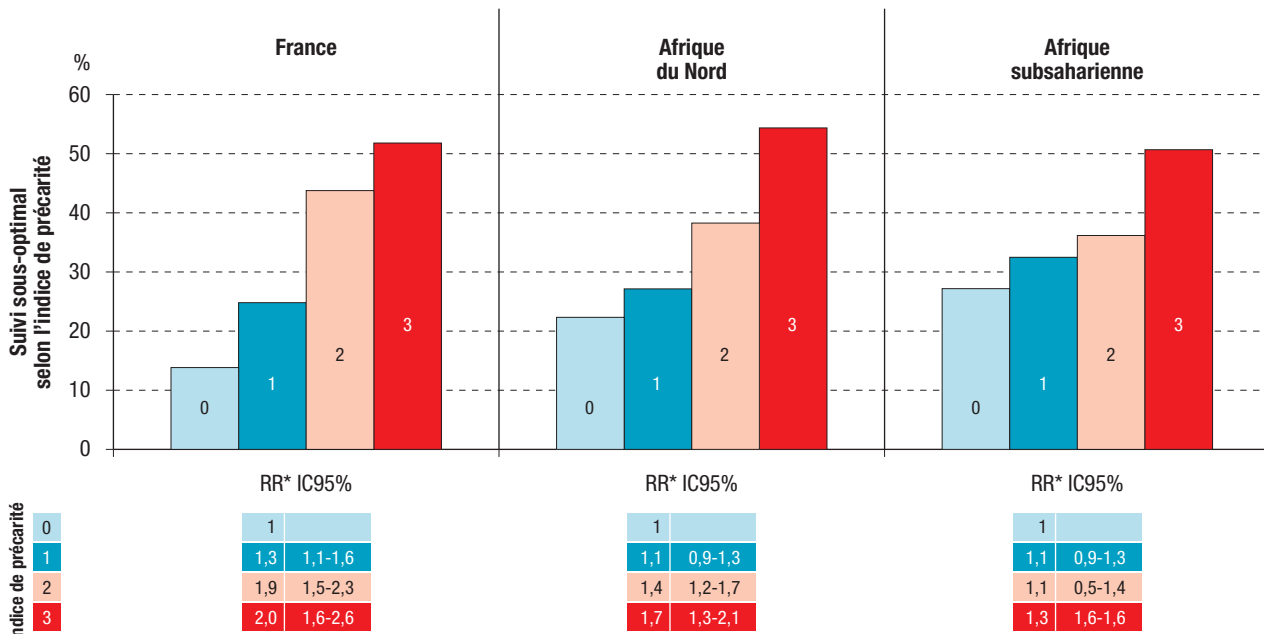
Suivi prénatal inadéquat	France		Afrique du Nord		Afrique subsaharienne	
	17,3%		26,9%		34,7%	
	RR*	IC95%	RR*	IC95%	RR*	IC95%
Immigration récente	–	–	1,6	1,3-1,9	1,7	1,4-1,9
Absence de revenus	1,3	1,1-3,5	1,3	1,1-1,5	1,2	1,2-1,5
Absence de Sécurité sociale	1,3	1,1-1,6	1,3	1,1-1,5	0,4	0,8-1,1
Hébergement instable	1,3	1,1-1,5	1,0	0,8-1,2	1,2	0,9-1,4
Isolement	1,0	0,7-7,2	1,0	0,7-1,3	1,0	0,8-1,2
Situation irrégulière	–	–	1,1	0,8-1,3	1,2	1,0-1,4

* Risques relatifs ajustés sur le niveau d'éducation, la barrière linguistique, l'âge maternel, l'âge du père, la parité, l'assistance médicale à la procréation, la grossesse inattendue/non désirée ainsi que sur les variables présentées dans le tableau.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Figure

Suivi prénatal inadéquat en fonction de l'indice de précarité et du lieu de naissance maternel, données de la cohorte PreCARE, France, 2010-2011



Indice de précarité construit à partir de la somme de 4 facteurs : l'isolement, l'instabilité de logement, l'absence de couverture sociale et l'absence de revenu du travail. Score en 4 classes de 0 à 3.

* Risques relatifs ajustés sur le niveau d'éducation, la barrière linguistique, l'âge maternel, l'âge du père, la parité, l'assistance médicale à la procréation, la grossesse inattendue/non désirée.

IC95% : intervalle de confiance de 95%.

Soins différenciés entre femmes immigrées d'Afrique subsaharienne et femmes non immigrées en cas d'hypertension artérielle pendant la grossesse

Les résultats de l'étude Epimoms, qui montrent des inégalités de santé maternelle entre femmes immigrées et non-immigrées, et ceux de l'étude PreCARE, qui mettent en évidence des inégalités en termes de suivi prénatal, peuvent être mis en perspective avec les résultats d'une recherche récente portant sur les aspects qualitatifs du suivi prénatal¹⁰. Son

objectif était de déterminer si les femmes immigrées en France bénéficient, une fois le suivi initié, de la même qualité de soins prénatals que les natives ou si, au contraire, il existe des soins différenciés, qui correspondent soit à un abaissement soit à une hausse des normes de prise en charge¹¹.

Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-directifs approfondis dans trois maternités publiques franciliennes, auprès de femmes qui avaient présenté des complications hypertensives de la grossesse. Une sociologue s'est rendue dans chaque maternité deux

fois par semaine pendant quatre à six semaines et a été présentée par les équipes de soins à toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion. Le séjour post-natal étant d'une durée moyenne de trois à six jours, le rythme de la recherche a permis de rencontrer la quasi-totalité des femmes éligibles sur la période de l'étude. Une seule femme ayant décliné la proposition d'entretien, 33 ont pu être menés, dont 16 auprès de femmes nées en Afrique subsaharienne et 17 auprès de femmes nées en France de parents français. Les entretiens se sont tous déroulés en français, même si ceci n'était pas un critère d'inclusion (des interprètes étaient disponibles), car les femmes nées en Afrique subsaharienne étaient toutes francophones. Après consentement, des données concernant leur surveillance prénatale ont également été relevées dans leurs dossiers obstétricaux. Les entretiens interrogeaient leurs conditions de vie, leur trajectoire migratoire pour les migrantes, leur trajectoire de soins prénatals et leur accouchement, puis leur séjour en suites de couches ; ils ont été codés et classés thématiquement sous le logiciel N'Vivo 10, puis l'analyse a été menée selon le concept straussien de trajectoire de soins¹².

Les résultats ont montré que, au cours de la surveillance prénatale, le contrôle systématique de la pression artérielle par « dynamap » (toutes les cinq minutes pendant une demi-heure) en cas de première valeur pathologique était moins fréquent et plus retardé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne en comparaison de celles nées en France, donnée confirmée par l'analyse de leurs dossiers médicaux. Des contrôles itératifs de la protéinurie par bandelette urinaire, avant un contrôle sur échantillon ou sur 24 h, ont été retrouvés plus souvent chez les femmes nées en Afrique subsaharienne, ainsi que des protéinuries de 0,3 à 1 g/L plus souvent négligées (chez 7 femmes nées en Afrique subsaharienne *versus* 2 nées en France), voire à plusieurs consultations consécutives (chez 5 femmes nées en Afrique subsaharienne, aucune parmi celles nées en France). De plus, le rythme des consultations de surveillance prénatale semblait moins rapproché pour les femmes nées en Afrique subsaharienne. Dans les situations de formes sévères de pré-éclampsie, la présence de soins différenciés n'a pas été observée. De leur côté, les femmes nées en Afrique subsaharienne interrogées disaient avoir bénéficié de moins d'aide de leur entourage pour repérer la pathologie, et elles recouraient moins opportunément au système de soins, certaines se rendant en pharmacie plutôt qu'aux urgences.

Cette approche qualitative étaye l'hypothèse de soins prénatals différenciés pour les femmes nées en Afrique subsaharienne en cas d'hypertension ou de pré-éclampsie, sauf pour les tableaux les plus sévères qui conduisent à des prises en charge plus standardisées.

Discussion

Les données présentées dans cet article montrent qu'en France, les femmes nées en Afrique subsaharienne sont, à l'heure actuelle, un des groupes parmi

les plus à risque en termes de santé maternelle (mortalité et MMS). Ceci concorde avec l'observation de risques plus élevés pour elles de césariennes et de pathologies de la grossesse hors MMS, comme déjà montré dans l'enquête nationale périnatale de 2010¹³, et est en cohérence avec le sur-risque que présentent ces femmes de déclarer un mauvais état de santé, mis en évidence dans l'enquête Trajectoires et Origines¹⁴. Ces données sont également convergentes avec celles de la littérature européenne, tant pour les risques de mortalité maternelle plus élevés des femmes d'origine étrangère, comparées aux natives, que pour les risques particuliers auxquels sont exposées les femmes nées en Afrique subsaharienne.

Les hypothèses explicatives approfondies dans cet article sont également concordantes avec la littérature. De nombreuses études, principalement nord-américaines, canadiennes notamment, ont montré que, parmi les nombreux facteurs de suivi prénatal inadéquat, les facteurs liés à l'immigration font partie des plus souvent rapportés. De plus, une revue systématique récente montre un risque accru de suivi prénatal sous-optimal pour les femmes migrantes par rapport aux femmes natives, variable selon les pays de naissance des femmes et notamment lié à d'autres facteurs comme le jeune âge, le manque de maîtrise de la langue du pays d'accueil, un niveau d'éducation bas, une grossesse non planifiée et le fait de ne pas avoir de couverture sociale¹⁵. Concernant l'approche qualitative des soins différenciés aux femmes étrangères dans le champ de la périnatalité, les études portant sur ce sujet sont encore peu nombreuses^{16,17}, mais cohérentes avec de récentes études françaises qui soulignent le rôle du système de soins dans la perpétuation des inégalités sociales de santé^{18,19}.

Les études présentées ici ne correspondent pas toutes à des échantillons représentatifs de la population française, mais elles sont fortement cohérentes entre elles. Elles ont pour défaut de réunir dans les mêmes groupes des femmes nées dans différents pays, avec des trajectoires sociales et familiales très variées, mais n'en permettent pas moins de décrire des inégalités sociales de santé liées à l'origine géographique. En revanche, certaines populations, parce qu'elles sont très minoritaires et représentées par des effectifs très limités, n'ont pas pu être prises en compte dans ces analyses. C'est notamment le cas, dans l'ENCMM, des femmes roms ou de celles nées hors Afrique et Europe.

La focale placée ici sur le système de soins est une approche encore peu répandue en France. La documentation et l'étude des soins différenciés nous semblent importantes à poursuivre, y compris en termes de biais implicites des soignants (stéréotypes négatifs à l'égard de certains groupes de population) et de leurs impacts dans la relation de soins²⁰. En effet, sans occulter les impacts des conditions de vie des femmes sur la dégradation de leur état de santé, il faut bien admettre que ce sont les inégalités produites ou perpétuées par le système de soins qui sont celles sur lesquelles les leviers de l'action

publique pourront avoir le plus d'effets. Une attention insuffisante est accordée aux inégalités structurelles, à la compétence linguistique, aux antécédents migratoires ou à la discrimination ; des circonstances matérielles contraignantes limitent l'accès aux services de santé. Les difficultés de communication, liées à la langue mais peut-être plus encore à la distance sociale entre médecins et patientes, pourraient représenter un élément important parmi les freins à l'accès aux soins. Il semble que le système de soins ne soit pas assez souple pour répondre aux besoins divers de la population et produise en lui-même des obstacles qui réduisent l'accès aux soins prénatals ou diminuent leur efficacité. Des analyses de données quantitatives et des observations qualitatives devraient s'attacher à mieux comprendre les raisons d'un accès insuffisant aux soins prénatals de certains groupes de patientes afin d'aider les professionnels dans leurs missions.

Les enjeux des disparités sociales de santé maternelle ne sont pas neutres en termes de santé de l'enfant, et si l'on considère qu'en 2015 un enfant sur 5 est né en France de mère née à l'étranger, alors les inégalités de santé maternelle liées à l'immigration sont une réelle priorité de santé publique. ■

Références

- [1] EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013. 252 p. http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf
- [2] Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle MH ; Le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. Mortalité maternelle en France, 2007-2009. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013;42(7):613-27.
- [3] Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen AM, Rich-Edwards J. Maternal mortality among migrants in Western Europe: A meta-analysis. *Matern Child Health J*. 2014; 18(7):1628-38.
- [4] Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen AM, Small R, Davey MA, *et al*. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):620-5.
- [5] Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Inequalities in maternal health: National cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities. *BMJ*. 2009;338:b542.
- [6] Zwart JJ, Richters JM, Öry F, De Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: A nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. *BJOG*. 2008; 115(7):842-50.
- [7] Philibert M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle MH. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG*. 2008;115(11):1411-8.

[8] Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Blondel B, Alfaïate T, Schmitz T, *et al*. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: The PreCARE cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):126.

[9] Partridge S, Balayla J, Holcroft CA, Abenheim HA. Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: A retrospective analysis of 28,729,765 U.S. deliveries over 8 years. *Am J Perinatol*. 2012;29(10):787-93.

[10] Sauvegrain P, Azria E, Chiesa-Dubruille C, Deneux-Tharaux C. Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study. *BJOG*. 2017. doi: 10.1111/1471-0528.14658.

[11] Dozon JP, Fassin D. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. In: *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris: Balland; 2001. p. 181-208.

[12] Strauss AL, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. The work of hospitalized patients. *Soc Sci Med*. 1982;16(9):977-86.

[13] Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle MH. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012;(2-3-4):30-4. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7916

[14] Cognet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Rev Eur Migr Int*. 2012;28(2):11-34. <https://remi.revues.org/5863>

[15] Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C, *et al*. Migrant women's utilization of prenatal care: A systematic review. *Matern Child Health J*. 2013;17(5):816-36.

[16] Sauvegrain P. La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. *Rev Eur Migr Int*. 2012;28(2):81-100. <https://remi.revues.org/5902>

[17] Jonkers M, Richters A, Zwart J, Öry F, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: Patients' perspectives. *Reprod Health Matters*. 2011;19(37):144-53.

[18] Gelly M, Giraud B, Pitti L. Quand la santé décuple les inégalités. Marseille: Éditions Agone; 2016. 208 p.

[19] Rico Berrocal R, Le Mener E. La grossesse et ses malentendus. Rapport de recherche, étude RéMI (Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis). Paris: Observatoire du Samusocial de Paris; 2015. 118 p. https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport_remi.pdf

[20] Haider AH, Sexton J, Sriram N, Cooper LA, Efron DT, Swoboda S, *et al*. Association of unconscious race and social class bias with vignette-based clinical assessments by medical students. *JAMA*. 2011;306(9):942-51.

Citer cet article

Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Deneux-Tharaux C, *et al*. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):389-95. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_3.html

ÉTUDE NATIONALE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES MIGRANTES CONSULTANT DANS LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ EN FRANCE EN 2016

// NATIONWIDE SURVEY ON THE CHARACTERISTICS OF MIGRANTS ATTENDING THE HEALTH SERVICE ACCESS POINTS IN FRANCE IN 2016

Florence Tapié de Céleyran¹, Harold Astre², Nazmiye Aras¹, Dominique Grassineau³, Thierry Saint-Val⁴, Nicolas Vignier⁵, Margaret Toolan⁶, Rémi Flicoteaux⁷, Caroline Aparicio⁸, Claire Georges-Tarragano¹ (claire.georges@aphp.fr)

¹ Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

² Direction de la recherche et de l'innovation, CHU de Poitiers, Poitiers, France

³ PASS AP-HM ; UMR 7268 Anthropologie, droit, éthique et santé, Université Aix-Marseille, Marseille, France

⁴ PASS, Pôle Réanimation médecine d'urgences, CH de la Côte Basque, Bayonne, France

⁵ Groupe hospitalier Sud Île-de-France, Melun ; Sorbonne Universités, UPMC Université Paris 06, Inserm, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de santé publique (IPLESP UMRS 1136), Paris, France

⁶ CHU Dupuytren, Limoges, France

⁷ Service de Biostatistique et information médicale, Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

⁸ PASS Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris, France

Soumis le 06.03.2017 // Date of submission: 03.06.2017

Résumé // Abstract

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des structures majoritairement hospitalières qui assurent un accueil médico-social des patients en situation de précarité, dont une partie importante est constituée d'immigrés récemment arrivés en France. À partir d'une étude descriptive nationale réalisée en 2016 auprès de 848 immigrants ayant consulté dans 30 PASS de France métropolitaine et de Guyane, cet article décrit leurs caractéristiques sociales, médicales et administratives, en fonction de l'ancienneté d'arrivée en France.

Les personnes immigrées consultant dans les PASS étaient principalement des hommes jeunes avec un niveau d'éducation secondaire, demandeurs d'asile ou sans droit au séjour, en situation de précarité et d'isolement social. L'Afrique subsaharienne est la première région d'origine. Les motifs de consultations étaient souvent multiples, dominés par les troubles digestifs, les maladies infectieuses et les troubles musculo-squelettiques. Les violences subies étaient fréquemment rapportées. Les migrants sans domicile, sans couverture maladie et en insécurité alimentaire, ainsi que les femmes étaient davantage représentés parmi les consultants arrivés en France depuis moins d'un an. Ces derniers étant majoritaires parmi les consultants, ceci conforte la place privilégiée des PASS pour répondre aux enjeux de l'accès aux soins des primo-arrivants, en particulier la prise en charge des pathologies chroniques, et pour assurer une transition vers le système de droit commun.

Health Service Access Points (Permanences d'Accès aux Soins de Santé – PASS) are mainly hospital-based structures offering medical and social care to uninsured and socially vulnerable people, of whom a large proportion are migrants who recently arrived in France.

This article describes the social, medical and administrative characteristics of these patients in relation to their length of stay in France, the subject of a nationwide observational study undertaken in 2016, of 848 migrants attending 30 PASS situated in Metropolitan France and French Guiana.

The study found that those consulting the PASS were predominantly young males with secondary level education, who are asylum seekers or undocumented migrants, socially isolated and living in harsh conditions. Sub-Saharan Africa is the commonest place of origin. Reasons for seeking medical attention at the PASS were often multiple, with gastrointestinal problems, infectious diseases and musculoskeletal problems being the most common. Experience of violence was frequently reported. Homelessness, lack of medical insurance, insufficient nutrition and female sex are factors more strongly represented in the category of patients living in France for less than a year. This group constitutes the majority of attendees. The PASS are therefore concerned with identifying and meeting the health needs, particularly in relation to chronic disease, of those newly arrived in France and ensuring the transition of these patients into the standard health care system.

Mots-clés : Migrants, Vulnérabilité, Accès aux soins, Approche globale, PASS

// **Keywords:** Migrants, Vulnerability, Healthcare access, Whole-person approach, Healthcare Service Access Point

Introduction

Bien que l'immigration vers la France demeure majoritairement une immigration estudiantine, familiale et/ou liée au travail, elle est aussi liée aux conflits, aux persécutions et à la misère dans les pays d'origine. Les migrants font souvent face, à leur arrivée, à des situations de précarité sociale et sanitaire complexes et multidimensionnelles. Les barrières à l'accès aux soins font partie des difficultés rencontrées par ces primo-arrivants. Elles sont souvent aggravées par les barrières linguistiques, administratives et l'absence de couverture maladie, favorisant ainsi le renoncement aux soins.

La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a été à l'origine de la création des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), dispositifs dédiés à l'accompagnement et à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité^{1,2}. Il en existe plus de 400 en France aujourd'hui, avec des modes d'organisation très divers³. Principalement implantées au sein des hôpitaux publics, nombre de ces structures associent des soignants (médecins et infirmiers) et des travailleurs sociaux, permettant ainsi d'appréhender des situations médico-psycho-sociales complexes avec une approche de santé globale⁴. Il existe peu de travaux multicentriques sur le profil des usagers fréquentant les PASS⁵⁻⁸.

À partir d'un travail conduit au sein d'un collectif national regroupant des professionnels travaillant en PASS, cet article a pour objectif principal de décrire les caractéristiques socio-administratives, les motifs de consultation et l'état de santé des migrants qui consultent dans les PASS en France et pour objectif secondaire de rechercher des spécificités éventuelles selon leur ancienneté d'arrivée en France.

Méthode

Cette étude, conduite par le Collectif national des PASS, est une enquête transversale observationnelle réalisée dans 30 PASS médicalisées en France métropolitaine et en Guyane. Le collectif national des PASS est une association régie par la loi de 1901 créée en 2011, et dont les objectifs sont de rassembler les professionnels et sympathisants des PASS, de partager des compétences, de conduire des travaux de recherche et de promouvoir le dispositif PASS. Il s'appuie pour cela sur des réunions collégiales et un colloque national annuel.

Tous les immigrés, définis dans ce travail comme des personnes nées étrangères à l'étranger selon la définition du Haut Conseil à l'intégration et de l'Insee, âgés de 18 ans et plus et s'étant présentés pour une consultation médicale dans une des PASS participantes sur la période de l'enquête étaient éligibles. L'enquête a été réalisée sur une semaine donnée, du 26 au 30 septembre 2016, soit pendant 1 à 5 jours consécutifs de consultations selon l'organisation de chaque service cette semaine-là. La participation des PASS et des praticiens au sein de chacune a reposé sur la base du volontariat. Le recueil des données a

été effectué au moyen d'un questionnaire anonyme standardisé, rempli par le médecin consulté, avec ou sans le travailleur social. L'inclusion était conditionnée à un consentement oral du patient, après information orale et remise d'un formulaire d'information traduit dans 10 langues (anglais, arabe, chinois, roumain, bulgare, pendjabi, pashtoun, ourdou, hindi, bengali). Il s'agissait d'une recherche non interventionnelle : sa mise en œuvre n'a rien modifié de la prise en charge médicale des patients et n'a donc pas nécessité la soumission pour autorisation à un Comité de protection des personnes.

Le traitement des données a été réalisé dans le cadre de la Méthodologie de référence MR-003 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), conformément à l'engagement pris le 30 septembre 2016 par le CHU de Poitiers, responsable des données.

Un codage selon la classification internationale des maladies 10^e révision (CIM-10) a été réalisé afin de standardiser le recueil des antécédents médicaux et des motifs de consultations. La nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS, Insee, révision 2003) a été retenue afin de caractériser et classer le dernier emploi occupé.

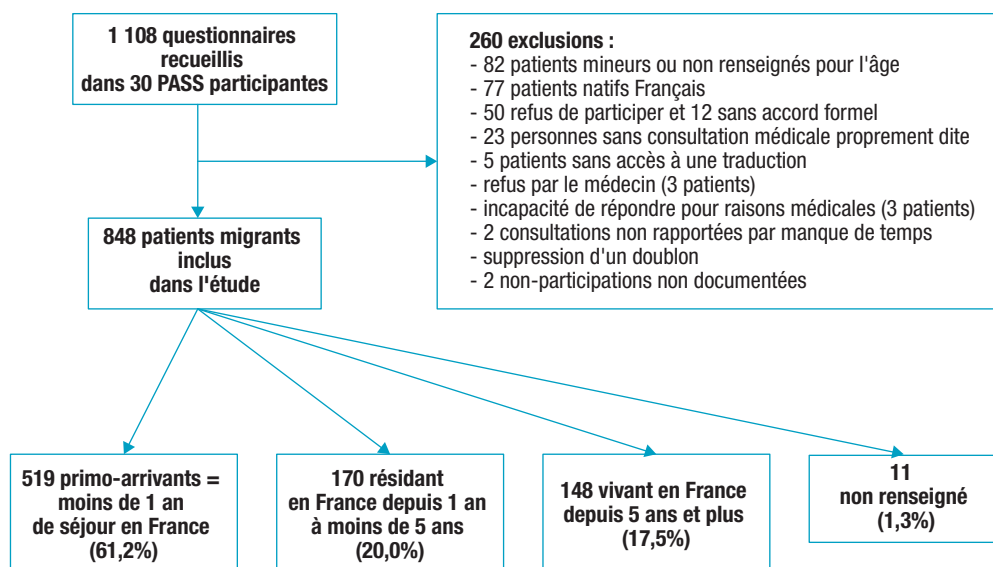
Les données ont été exploitées avec le logiciel Stata®. L'analyse comparative par sous-groupes en fonction de la durée du séjour en France a été réalisée par le logiciel R version 3.2.0. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test du Chi2 ou par analyse de variance (ANOVA). Le seuil de significativité des tests retenu est de 5%.

Résultats

Parmi les 1 108 questionnaires reçus, 260 ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'éligibilité ou réglementaires (figure). Il n'a pas été possible de déterminer le nombre total d'immigrés ayant consulté dans les PASS participantes au cours de la période de l'enquête et donc d'estimer précisément le taux de participation. Au final, 848 questionnaires, recueillis auprès d'immigrés dans les 30 PASS participantes, ont été inclus dans l'analyse.

Les PASS participantes ont inclus 26 patients immigrés en médiane, avec une étendue de 0 à 151 patients (3 PASS n'ont en effet eu aucun patient inclus après exclusions des questionnaires non valides). Les PASS franciliennes rassemblaient à elles seules 48% des inclusions. La répartition selon les PASS participantes est la suivante : Agen : 5, Bayonne : 3, Bordeaux : 31, Caen : 22, Cahors : 5, Carcassonne : 0, Cayenne : 40, Châlon-sur-Saône : 0, Chambéry : 32, Créteil, Centre hospitalier intercommunal : 21, CHU Henri Mondor : 30, Elbeuf : 5, Grenoble : 22, Limoges : 23, Louviers : 3, Lyon : 43, Marseille : 35, Melun : 32, Nancy : 27, Orléans : 22, Paris, Corentin Celton : 28, Hôtel-Dieu : 59, Lariboisière : 151, Pass Psy Sainte-Anne : 0, Pitié-Salpêtrière : 4, Saint-Louis : 52, Saint-Antoine : 32, Pau : 24, Poitiers : 54 et Toulouse : 43.

Diagramme de flux de la population d'étude, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016



Trajectoires migratoires

Dans la population étudiée, 80 nationalités étaient représentées (n=829). La répartition géographique était la suivante : Afrique subsaharienne 44,6% (29 pays), Europe 18,5% (22 pays), Maghreb 15,7% (5 pays), Asie 15,4% (15 pays) et Amériques/Caribbes 5,8% (9 pays). Les pays d'origine les plus fréquemment rencontrés étaient la Guinée-Conakry (7,7%), l'Algérie (7,4%), la Côte d'Ivoire (6,5%), la République Démocratique du Congo (5,9%), l'Albanie (5,1%), Haïti (4,7%), le Maroc (4,9%), l'Afghanistan (4,3%), le Cameroun (3,5%), le Soudan (3,5%) et le Nigeria (3,3%). Parmi les participants, 13 avaient été naturalisés Français (1,6%).

La population étudiée se composait de 61,2% d'immigrés arrivés en France depuis moins de 1 an, de 20,0% résidant en France depuis au moins 1 an et moins de 5 ans et de 17,5% vivant en France depuis au moins 5 ans (figure). La durée médiane de séjour en France était de 166 jours (intervalle interquartile IIQ : 74 jours – 2,8 ans).

La durée du parcours migratoire était de 304 jours en moyenne, avec une distribution très asymétrique : 64,4% des patients avaient une durée du parcours migratoire inférieure ou égale à 1 mois. Le nombre de pays traversés était le plus souvent de 1 (37,2%), de zéro en cas de vol direct (28,2%) ou de 2 (16,9%). L'âge médian d'arrivée en France était 33,1 ans (IIQ=25,9-46,6 ; étendue=9 mois-76,3 ans).

Caractéristiques sociodémographiques

Les hommes représentaient 61,0% des consultants (tableau 1). Les participants étaient âgés, en médiane, de 35 ans.

Près des deux tiers des consultants avaient un niveau d'étude secondaire ou supérieur (tableau 1). Un peu plus d'un participant sur 3 ne disposait d'aucun droit au séjour en France. Les personnes ayant déposé

une demande d'asile représentaient la deuxième situation rencontrée en fréquence. Quel que soit leur statut, 96% des personnes ayant répondu à la question (n=771) ont déclaré avoir l'intention de résider en France. Parmi ceux ne disposant pas d'un droit au séjour, ce pourcentage était également de 96%, alors qu'il était de 72% parmi ceux disposant d'un visa en cours de validité.

Seulement 16,7% de l'échantillon était en emploi (tableau 1) ; près d'un participant sur 2 (64/134) exerçait un emploi non déclaré.

Près de la moitié des patients (47,3% ; n=765) n'avait aucun revenu. Pour les autres, les plus fréquentes sources de revenu étaient un salaire (12,9%), une allocation de demandeur d'asile (10,4%), des économies personnelles ou une aide de la famille (2,9%), un Revenu de solidarité active (2,2%), une retraite (2,0%), une aide financière d'associations (0,8%), une Allocation adulte handicapé (0,7%), une indemnité chômage (0,5%) ou d'autres allocations (2,3%) ; 18,0% d'entre eux avaient des ressources d'origine non connue (travail non déclaré, mendicité, prêt...).

Il est à noter que 48,0% des répondants (n=763) avaient réduit leur alimentation en raison de problèmes financiers sur les 12 derniers mois. Parmi eux, la moitié (57,4%) avait subi cette situation pendant plus de 6 mois sur la dernière année et 63,0% ont eu besoin de recourir à l'aide alimentaire.

Langue parlée

La majorité des patients étaient francophones (59,1%) et 9,8% anglophones. Au total, on dénombre 39 autres langues parlées, parmi lesquelles l'arabe (7,4%), l'albanais (4,1%), le créole (2,1%), l'arménien (2,1%) et le russe (1,9%). Une traduction a été nécessaire pour 29,8% des consultants (830 répondants). La traduction a été réalisée par un membre de la famille (7,3%), un interprète professionnel (6,0%), un ami (2,5%), un membre du personnel de l'hôpital (2,3%) et plus rarement (<1% des cas pour chaque item) un travailleur

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016

	n (%) ou médiane (IIQ ¹)
Âge	N=848²
Âge médian (ans)	35,0 (27,7-48,5)
Sexe	N=843
Sexe ratio (Homme/Femme)	1,56
Niveau d'études	N=713
Jamais scolarisé	115 (16,1%)
Primaire	142 (19,9%)
Secondaire	296 (41,5%)
Supérieur	160 (22,4%)
Droit au séjour	N=785
Sans droit au séjour	296 (37,7%)
Visa en cours de validité	41 (5,2%)
Récépissé de demande d'asile	268 (34,1%)
Autorisation provisoire de séjour	43 (5,5%)
Récépissé autre	23 (2,9%)
Carte de résident	37 (4,7%)
Travailleur détaché / Nationalité européenne	67 (8,5%)
Nationalité française	13 (1,3%)
Entourage	N=739
Sans proche ni famille en France	321 (43,4%)
Sans enfant	301 (40,8%)
Situation d'emploi	N=801
En emploi	137 (16,7%)
Sans emploi	627 (78,3%)
Retraité	22 (2,7%)
Étudiant	18 (2,3%)

	n (%) ou médiane (IIQ ¹)
Conditions de logement	N=831
Hébergement chez un proche	338 (40,7%)
Sans domicile fixe	133 (16,0%)
Logement personnel	119 (14,3%)
Centre d'hébergement	89 (10,7%)
Foyer	65 (7,8%)
Hôtel social	26 (3,2%)
Logement partagé à plusieurs	22 (2,7%)
Squat	21 (2,5%)
Hôtel payé	11 (1,3%)
Habitat mobile	6 (0,7%)
Appartement thérapeutique	1 (0,1%)
Catégorie socioprofessionnelle³	N=834
Agriculteurs	27 (3,2%)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	6 (0,7%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 (3,7%)
Professions intermédiaires	114 (13,7%)
Employés	128 (15,4%)
Ouvriers	154 (18,5%)
Sans activité professionnelle	140 (16,8%)
Autres inactifs	234 (28,1%)

¹ Intervalle interquartile ; ² Nombre de questionnaires renseignés ; ³ La retraite n'est pas représentée car les personnes étaient interrogées sur leur dernier emploi.

socio-éducatif, un accompagnant, un bénévole, une connaissance, un logiciel ou un site internet.

Couverture maladie et accès aux soins

Deux consultants sur 3 ne disposaient d'aucune couverture maladie (tableau 2). Une demande était en cours d'instruction pour une partie d'entre eux.

Un tiers des répondants déclarait avoir renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois et 9,2% s'être vu refuser des soins (tableau 2).

État de santé

Les motifs de consultation déclarés et/ou les diagnostics relevés lors de la consultation étaient variés et, dans près de la moitié des cas, multiples : un seul pour 51,8% des patients, deux pour 27,9% et trois ou plus pour 20,3%. Ils sont présentés dans le tableau 3.

Violences subies

Près d'un tiers des patients (30,0% ; n=848) ont rapporté avoir été confrontés à des événements

traumatisants tels que des guerres et des violences dans leurs pays d'origine, ainsi que sur leur parcours migratoire. La moitié (55,3%) étaient des tortures, 12,2% des violences liées au genre ou à l'orientation sexuelle, 7,4% des menaces, 3,1% des violences sans précision, 2,7% des violences familiales, 2,3% des violences sexuelles, 1,6% un mariage forcé et 1,2% avait vécu la guerre. Ces violences avaient été perpétrées très majoritairement dans le pays d'origine (84,8% ; n=177), puis au cours du parcours migratoire (14,1%) ou en France (1,1%).

La prise en charge médico-sociale en PASS

Réseaux d'amont des PASS

Sur 819 patients, 62,3% avaient déjà été reçus à la PASS. Parmi les 382 patients pour lesquels le mode d'adressage à la PASS était renseigné, il s'agissait d'associations non gouvernementales (37,2%), de bouche à oreille (28,0%), d'un service d'urgences (7,8%), d'un service social extérieur à l'hôpital type Centre communal d'action sociale (CCAS), Centre

Tableau 2

Couverture maladie et accès aux soins dans la population d'étude, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016

	n (%)
Couverture maladie de base	N=832¹
Aucune	346 (41,6%)
Demande en cours	216 (26,0%)
Assurance maladie (PUMA) ²	192 (23,1%)
Aide médicale d'État ³	78 (9,4%)
Couverture maladie complémentaire	N=734
Aucune	519 (70,7%)
Mutuelles ou complémentaire privées	37 (5,0%)
CMU complémentaire	100 (13,6%)
Aide médicale d'État ³	78 (10,6%)
Renoncement aux soins	N=761
	244 (32,1%)
Refus de soins	N=697
	64 (9,2%)

¹ Nombre de questionnaires renseignés ; ² Suite à la réforme de la Protection universelle maladie (PUMA), la CMU de base a été intégrée à l'Assurance maladie ; ³ L'Aide médicale d'État est une aide sociale pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière stable depuis plus de 3 mois, elle n'est donc pas à proprement parler une couverture maladie. Elle permet la prise en charge des soins (soit un équivalent d'une couverture de base + complémentaire).

d'accueil des demandeurs d'asile (Cada) ou Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (6,5%), une administration type Office français de l'immigration et de l'intégration ou préfecture (3,7%), une autre consultation externe du même hôpital (5,2%), un médecin de ville (3,1%) ; les autres structures (autre PASS, caisse primaire d'assurance-maladie, autre hôpital public, centre de santé, Samusocial) représentaient moins de 2% chacune.

En aval, une forte proportion de patients (82,7% ; n=815) n'avait eu aucun suivi en dehors de la PASS. Seuls 13,9% (n=805) avaient un médecin traitant.

Prise en charge sociale en PASS

La contribution du travailleur social a été rapportée pour 57,6% des 848 patients ; elle correspondait dans 85,4% des cas à une aide à l'obtention d'une couverture maladie, tandis que 12,5% des participants ont bénéficié d'une aide alimentaire, 6,5% de conseils juridiques, 6,3% d'une aide pour un hébergement, 6,3% d'une aide pour un vestiaire et 4,7% d'une aide financière.

La prise en charge médicale en PASS

Les patients ont fait l'objet d'une prescription médicamenteuse dans 76,0% des cas (n=811) ; 75,2% ont eu leurs médicaments délivrés à la PASS et 24,8% en ville (n=616).

Un certificat médical a été remis au patient dans 9,3% des cas (n=783), notamment dans le cadre d'une demande de titre de séjour pour raison de santé (n=15) ou d'une attestation pour un bénéfice matériel (n=8).

En matière de prévention, le frottis cervico-utérin et la mammographie étaient à jour pour la moitié

des femmes concernées, respectivement 46,5% (parmi 114 femmes de 25 à 65 ans) et 48,0% (parmi 29 femmes de 50 à 74 ans). Pour 10% d'entre elles, le dépistage avait été proposé ou prescrit à la PASS ; le statut demeure inconnu pour les autres. Le dépistage du cancer colorectal était à jour dans 8,3% des cas (parmi 32 sujets de 50 à 74 ans) et prescrit par la PASS pour 2,8% (l'accès à ce dépistage est conditionné à une couverture maladie de base à jour). Le dépistage des infections sexuellement transmissibles a été réalisé à la PASS pour près de la moitié des patients (47,1% chez 741 répondants), prescrit par la PASS (6,9%), réalisé au CeGIDD (10,0%) et non fait dans 36,0% des cas. La tuberculose a fait l'objet d'un dépistage à la PASS pour 32,1% des patients, dépistage réalisé par radiographie pulmonaire dans 72% des cas, intradermoréaction à la tuberculine ou mesure de la sécrétion de l'interféron gamma dans 13% des cas et non renseigné pour les autres (15%).

Au décours de la consultation, 79,6% des patients (N=818) ont bénéficié d'au moins une orientation. Le détail des orientations est le suivant : 53,4% se sont vus proposer un rendez-vous de suivi à la PASS, 27,0% ont été orientés vers un (des) spécialiste(s) parmi lesquels les consultations gynécologiques, gastroentérologiques et cardiologiques étaient les plus fréquentes ; 9,1% ont été orientés vers un médecin généraliste, 3,4% adressés vers un centre ou une PASS dentaires, 2,7% adressés à une équipe psychiatrie précarité, 1,6% envoyés aux urgences et 1,3% hospitalisés.

Analyse comparative selon la durée du séjour en France

Trois groupes de patients ont été déterminés selon leur durée de séjour en France : ceux présents sur

Tableau 3

Motifs de consultation déclarés et/ou diagnostics, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016

	Proportion par spécialités n (%) N=1 421 motifs déclarés*	Proportion par motif/pathologie** n (%) N=803 patients
Pathologies digestives	188 (13,2%)	Douleur abdominale : 77 (9,6%) Pathologie intestinale : 17 (2,1%) Pathologie gastroduodénale : 12 (1,5%)
Maladies infectieuses	185 (13,0%)	Hépatite B chronique : 26 (3,2%) Hépatite C chronique : 11 (1,4%) VIH : 7 (0,8%) Examen de dépistage d'IST : 37 (4,6%)
Pathologies musculo-squelettiques	171 (12,0%)	Douleurs articulaires : 101 (12,6%) Arthrose : 18 (2,2%)
Autres symptômes et pathologies	103 (7,2%)	Anomalie des examens sanguins : 9 (1,1%)
Pathologies psychiatriques	99 (7,0%)	Dépression et/ou anxiété : 46 (5,7%)
Pathologies néphrologiques et urologiques	83 (5,8%)	Hypertrophie prostatique : 16 (2,0%)
Pathologies endocriniennes	78 (5,5%)	Diabète (tous types confondus) : 48 (6,0%) Obésité : 10 (1,2%) Dyslipidémie : 3 (0,4%)
Pathologies vasculaires	76 (5,3%)	Hypertension essentielle : 58 (7,2%) Phlébite : 1 (0,1%)
Pathologies neurologiques	69 (4,9%)	Épilepsie : 8 (1%)
Pathologies pulmonaires	65 (4,6%)	Asthme : 1 (0,1%) Maladie chronique pulmonaire : 1 (0,1%)
Pathologies dermatologiques	61 (4,3%)	
Traumatologie	54 (3,8%)	Traumatologie et plaies*** : 57 (7,1%)
Grossesse	53 (3,7%)	Examen et test de grossesse : 10 (1,2%) Interruption volontaire de grossesse : 3 (0,4%)
Pathologies cardiaques	34 (2,4%)	Douleur thoracique : 29 (3,6%) Coronaropathie : 8 (1%) Anomalie du rythme cardiaque : 6 (0,7%)
Pathologies ophtalmologiques	29 (2,0%)	
Pathologies dentaires	26 (1,8%)	
Pathologies ORL	20 (1,4%)	
Pathologies tumorales	14 (1,0%)	
Pathologies hématologiques	12 (0,8%)	Anémie : 2 (0,2%) Drépanocytose : 1 (0,1%)
Autres		Renouvellement d'ordonnance : 67 (8,3%) Vaccination antigrippale : 4 (0,5%) Autre vaccination : 1 (0,1%)

* Plusieurs motifs possibles pour un même patient. La somme des pourcentages n'est donc pas nécessairement égale à 100.

** Liste non exhaustive de motifs/pathologies pertinentes vues en PASS.

*** Y compris des séquelles de traumatisme ancien.

le territoire depuis moins de 1 an, ceux résidant en France depuis au moins 1 an et moins de 5 ans et ceux établis depuis au moins 5 ans (tableau 4).

Les immigrés sans domicile ou hébergés, sans emploi, sans couverture maladie, en insécurité alimentaire, les plus jeunes et les femmes étaient les plus représentés parmi les consultants arrivés en France depuis moins de 1 an. La majorité des consultants

bénéficiaient d'une prise en charge médico-sociale, de prescriptions et d'orientations indépendamment de leur ancienneté d'arrivée en France.

Discussion

Cette étude menée par le Collectif national des PASS apporte, pour la première fois, une description à

Tableau 4

Analyse descriptive avec comparaison univariée des caractéristiques des patients selon leur durée de séjour en France, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), France, 2016

Caractéristiques des patients	Durée de séjour en France*			p
	<1 an	De 1 à moins de 5 ans	≥ 5ans	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Âge	N=519	N=170	N=148	
Âge médian (IIQ)	32,8 (26,5-44,3)	34,2 (27,4-46)	47,8 (38,7-57,2)	<0,001
Sexe	N=517	N=170	N=146	
Sexe ratio (Homme/Femme)	1,45	1,62	2,04	0,22
Logement	N=512	N=164	N=144	
Sans domicile fixe	101 (19,7%)	18 (11,0%)	14 (9,7%)	
Chez un proche	223 (43,6%)	71 (43,3%)	39 (27,1%)	
Centre d'hébergement	63 (12,3%)	13 (7,9%)	10 (6,9%)	
Foyer	42 (8,2%)	17 (10,4%)	6 (4,2%)	
Logement personnel	35 (6,8%)	21 (12,8%)	60 (41,7%)	
Autres modes d'hébergement	48 (9,4%)	24 (14,6%)	15 (10,4%)	<0,001
Emploi	N=207	N=106	N=128	
En emploi	23 (11,1%)	41 (38,7%)	72 (56,2%)	<0,001
Couverture maladie de base	N=509	N=165	N=147	
Pas de couverture	269 (52,9%)	49 (29,1%)	26 (17,7%)	
Demande en cours	156 (30,7%)	39 (23,6%)	18 (12,2%)	
Aide médicale d'État	15 (3,0%)	34 (20,6%)	28 (19,1%)	
Assurance maladie (PUMA)	69 (13,6%)	44 (26,7%)	75 (51,0%)	<0,001
Couverture maladie complémentaire	N=456	N=139	N=130	
Aucune	393 (86,2%)	75 (54,0%)	47 (36,2%)	
CMU complémentaire	47 (10,3%)	26 (18,7%)	24 (18,5%)	
Mutuelles ou complémentaire privées	1 (0,2%)	4 (2,9%)	31 (23,8%)	
Aide médicale d'État	15 (3,3%)	34 (24,4%)	28 (21,5%)	<0,001
Alimentation	N=462	N=155	N=138	
Restriction alimentaire pour raisons financières	258 (55,8%)	69 (44,5%)	35 (25,4%)	<0,001
Prise en charge sociale à la PASS	N=328	N=104	N=55	
Aide sociale délivrée à la PASS	326 (99,4%)	101 (97,1%)	54 (98,2%)	0,17
Prise en charge médicale antérieure	N=498	N=164	N=147	
Patient déjà suivi à la PASS	280 (56,2%)	122 (74,4%)	100 (68,0%)	<0,001
	N=501	N=162	N=143	
Suivi médical hors PASS	39 (7,8%)	38 (23,5%)	62 (43,4%)	<0,001
	N=496	N=158	N=142	
Existence d'un médecin traitant	15 (3,0%)	31 (19,6%)	64 (45,1%)	<0,001
Prise en charge médicale à la PASS	N=494	N=165	N=142	
Prescription médicale lors de la consultation	373 (75,5%)	130 (78,8%)	105 (73,9%)	0,58
	N=476	N=157	N=139	
Délivrance d'un certificat	39 (8,2%)	16 (10,2%)	18 (12,9%)	0,23
	N=519	N=170	N=148	
Orientation(s) suite à la consultation dont** :	396 (76,3%)	131 (77,1%)	115 (77,7%)	0,96
Rendez-vous de suivi à la PASS	275 (53,0%)	81 (47,6%)	74 (50,0%)	



Tableau 4 (suite)

Caractéristiques des patients	Durée de séjour en France*			p
	<1 an	De 1 à moins de 5 ans	≥ 5ans	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Orientation vers un spécialiste	133 (25,6%)	53 (31,2%)	33 (22,3%)	
Orientation vers un généraliste	35 (6,7%)	19 (11,2%)	20 (13,5%)	
Orientation vers l'équipe psychiatrie précarité	18 (3,5%)	3 (1,8%)	1 (0,7%)	
Hospitalisation	7 (1,3%)	3 (1,8%)	1 (0,7%)	
Orientation vers une prise en charge dentaire	19 (3,7%)	8 (4,7%)	0 (0%)	

* Onze patients ont été exclus de l'analyse car leur durée de séjour n'est pas connue. ** Plusieurs orientations possibles. La somme des pourcentages n'est donc pas nécessairement égale à 100.

l'échelle nationale des caractéristiques démographiques et médico-sociales des immigrés recourant aux soins dans les PASS et permet de porter un regard sur cette population insuffisamment documentée.

Dans la population étudiée, la majorité des consultants étaient des hommes jeunes, avec un niveau d'éducation secondaire, arrivés en France depuis moins d'une année, demandeurs d'asile ou sans droit au séjour. Ils vivaient souvent dans des conditions de grande précarité, dépendants, quand ils n'étaient pas à la rue, d'un tiers ou d'une structure sociale pour l'hébergement. Beaucoup étaient en situation d'isolement social. La barrière de la langue était fréquente. Parmi ceux arrivés depuis moins d'un an, les PASS constituaient souvent un des premiers lieux de recours (82% des patients n'ayant pas d'autre suivi). La venue en France n'étant pas une « étape » dans le parcours migratoire des patients (93% souhaitent y demeurer), des solutions durables dans la prise en charge médicale et sociale étaient nécessaires.

Les conditions d'hébergement reflètent la grande précarité des patients migrants, avec 40% d'entre eux n'ayant pas d'hébergement stable et/ou salubre, et elles étaient limitantes pour certains traitements (insulinothérapie, chimiothérapie, immunosuppresseurs...), conduisant à une nécessaire adaptation de la prise en charge médicale en fonction de caractéristiques sociales (prise en charge ambulatoire, accompagnement, adaptation du traitement...).

Par ailleurs, une certaine polyvalence est requise pour le médecin de la PASS, puisqu'environ la moitié des patients présentaient plus d'un motif de consultation, 20% au moins 3 motifs de consultation et près de 25% une pathologie chronique (toutes spécialités confondues). Les usagers des PASS décrivaient un temps de parcours migratoire long (305 jours en moyenne) et éprouvant, surtout pour les patients porteurs de maladies chroniques (infectieuses, métaboliques ou cardio-vasculaires) susceptibles de s'aggraver lors de la migration. Les pathologies rencontrées chez les migrants consultant en PASS sont comparables aux autres études⁵. Le faible taux d'adressage aux urgences et en hospitalisation permet également d'identifier les PASS comme

un filtre à des recours évitables aux urgences et en hospitalisation en proposant une alternative plus adaptée et moins coûteuse.

Le quatrième motif de consultation le plus fréquent (après les pathologies gastro-intestinales, infectieuses et musculo-squelettiques) concernait les pathologies psychiatriques, à hauteur de 7% de la population de l'étude. Cette sous-représentation des troubles psychiatriques par rapport aux autres corpus de données venant de Médecins du Monde ou du Comede est peut-être liée à la formulation de l'item : motif de consultation et/ou principal symptôme traité, dans une consultation PASS qui est avant tout une prise en charge somatique.

Bien que documentée chez un nombre de patients limité (n=255), la présence de psychotraumatismes pendant le parcours migratoire apparaît très fréquente. Une des limites possible de l'étude est que l'entretien ait été écourté par le temps pris pour le questionnaire, limitant l'opportunité d'approfondir ces sujets avec les patients. Le fait que la question soit relativement peu posée peut aussi être lié à la méconnaissance de cette réalité par les équipes. L'étude confirme donc l'importance d'aborder ce sujet avec les patients et incite à mettre en place d'autres travaux dans les PASS ciblés sur la question des violences et du parcours traumatique de ces populations.

Cette enquête confirme aussi que les PASS remplissent leur mission d'accueil du patient avec accompagnement médical et social. La quasi-totalité des personnes incluses dans l'étude (98%) ont vu un médecin et un travailleur social, avec recours à l'interprétariat professionnel dans la mesure du possible. Les actions menées majoritairement sont le soin et la délivrance des médicaments par l'hôpital, l'accès au plateau technique et l'aide à l'ouverture de droits. L'adressage à la PASS provient souvent de partenaires associatifs ou sociaux, d'où l'importance pour les PASS d'être bien identifiées dans les réseaux de prise en charge afin que les compétences de chacun se potentialisent au profit des patients.

Les PASS proposent notamment une réponse à des enjeux d'accès aux soins des primo-arrivants⁹. Cette étude montre que la population immigrée depuis moins d'un an est en situation de très grande

précarité, même si les conditions de vie s'améliorent avec la durée de présence en France. Dans le contexte actuel où les soins aux migrants primo-arrivants en Europe sont souvent effectués par des bénévoles et des organisations non gouvernementales, en priorisant le traitement des maladies infectieuses afin d'éviter des transmissions dans le pays hôte, sans intégration dans le système de droit commun^{10,11}, les PASS ont un rôle à jouer important dans la prise en charge des maladies chroniques, la prévention tertiaire des violences subies et pour assurer une transition vers le système de droit commun.

Les PASS constituent également un dispositif offrant l'opportunité d'exercer des missions de prévention, comme la vaccination, et également de dépistages : dépistage d'infections (VIH, IST, hépatites, tuberculose), frottis cervico-utérin ou dépistage du cancer colorectal. Ces dépistages ont concerné environ la moitié du public étudié, ce qui demeure insuffisant.

Limites

Cette étude présente des limites, en particulier d'échantillonnage des PASS incluses :

- (i) l'échantillon est supposé être exhaustif, mais la proportion de la population des consultants ayant effectivement participé parmi l'ensemble des consultants de la période n'a pas pu être mesurée, ce qui rend impossible la comparaison entre la population des consultants et l'échantillon étudié selon l'âge et le sexe, comme initialement prévu ;
- (ii) cette étude a été réalisée auprès de PASS hospitalières volontaires équipées d'une offre médicale dédiée. Cette sélection peut constituer un biais d'échantillonnage dans la mesure où certaines PASS ont décliné la participation par manque de personnel ou par absence de consultation médicale dans la période de l'étude. Ainsi, des PASS comme celles de Nantes, Saint-Etienne ou Besançon n'ont pas pu inclure de patients malgré le souhait de participer des responsables médicaux.

Malgré ses limites structurelles liées à la contrainte de temps, l'absence de financement et de ressources dédiées, cette étude fournit des informations pertinentes dans la description des patients immigrés consultant dans les PASS des grandes villes, bien représentées, sachant que les PASS de territoires ruraux reçoivent moins de patients immigrés.

Conclusion

Dans un communiqué publié à l'occasion de la Journée internationale des migrants en 2016, l'Organisation mondiale de la santé recommande de « *veiller à ce que tous les réfugiés et les migrants de la région européenne jouissent d'une bonne santé. Les récents événements en Afrique et au Moyen-Orient sont à l'origine d'une augmentation spectaculaire du mouvement migratoire en direction de la Région européenne de l'OMS* », situation face à laquelle elle incite à « *appuyer les efforts*

visant à renforcer l'état de préparation du secteur de la santé ainsi que la capacité de la santé publique à répondre aux besoins des réfugiés et des migrants »¹².

Les dispositifs PASS et les organismes non gouvernementaux constituent les principaux acteurs de l'aide médico-sociale pour les migrants précaires à leur arrivée en France.

Les PASS ont pour mission l'accompagnement et l'accès aux soins des patients précaires, français ou non. L'hétérogénéité de ces structures et de leur situation locale ainsi que leur manque de visibilité concourent à une mauvaise connaissance de leur organisation et de leur patientèle, que nous avons tenté de décrire dans cette étude. Constituées d'équipes pluri-professionnelles, les PASS peuvent être considérées comme des « unités de pratiques intégrées » de soins primaires susceptibles d'éviter la décompensation de pathologies souvent intriquées et d'améliorer des parcours de soins complexes^{9,13}.

Faisant face à la multiplicité des motifs de recours associée au cumul de vulnérabilités objectives, et proposant une approche globale visant à simplifier les parcours de patients particulièrement fragiles en évitant de fragmenter leur prise en charge, les PASS apparaissent comme un type d'organisation susceptible de répondre aux enjeux de santé publique actuels, dans un contexte d'augmentation des flux migratoires¹⁴. ■

Remerciements

Nous tenons à remercier les responsables et les professionnels des PASS ayant participé à l'étude : A. Andrey (Nancy), P. Aubry (Poitiers), C. Boceno (Cayenne), M. Blanc (Grenoble), L. Carrié (Melun), O. Cha (Saint-Antoine), H. De Champs Leger (Hôtel Dieu), C. De Gennes (Pitié-Salpêtrière), B. De Goer (Chambéry), H. De Saint-Aubin (Elbeuf-Louviers), S. Emery (Carentin Celton), V. Jeannerod (Melun), M. Oberlin (Cahors), K. Pariente (Toulouse), I. Pouyanne (Pau), F. PrévotEAU du Clary (Toulouse), A. Reix (Bordeaux), I. Roustang (Henri Mondor), F. Rousseau (Orléans), S. Rousseau (CHI Créteil), M.A. Salaün (Caen), E. Salles (Châlon sur Saône), I. Schlienger (Lyon).

Merci à I. Pironneau pour sa contribution précieuse à la saisie des données, à D. Frasca pour les statistiques, A. Tabouri, directeur d'ISM Interprétariat pour la traduction des lettres d'information et à V. Lengline pour la bibliographie.

Références

- [1] Georges-Tarragano C, Astre H, Gaillard J, Grassineau D. Soigner les migrants dans les PASS. Une pratique spécifique, miroir d'une approche universelle. Laennec : Santé, Médecine, Éthique. 2017;(1):25-37.
- [2] Lebas J. Accompagnement de la mise en place des PASS. Rapport de mission. Paris: DHOS, 2000.
- [3] Médecins du Monde. État des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23 villes où MDM est présent. Paris: Médecins du Monde (Direction des Missions France), 2010. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/03/18/etat-des-lieux-des-permanences-daccés-aux-soins-de-santé-dans-23-villes-ou-mdm-est-présent>
- [4] Tapié de Celeyran F, Girardeau Y, Khan S, Morinet F, Georges-Tarragano C. Health-care access for migrants in France. Lancet. 2013;382(9906):1704.
- [5] Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire: une recherche auprès de consultants de

centres de soins gratuits en région parisienne. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2003;51(6):577-88.

[6] Parizot I, Chauvin P, Paugam S. The moral career of poor patients in free clinics. *Soc Sci Med*. 2005;61(6):1369-80.

[7] Trinh-Duc A, de la Blanchardiere A, Porcher R, Agard C, Rouillard B, Schlienger I, *et al*. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). *Rev Med Interne*. 2005;26(1):13-9.

[8] Kaoutar B, Gatin B, de Champs-Leger H, Vasseur V, Aparicio C, de Gennes C, *et al*. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. *Rev Med Interne*. 2014;35(11):709-14.

[9] Georges-Tarragano C, Astre H, Guetarni F. Les PASS. Outils de coordination médico-sociale des parcours complexes. *Revue Hospitalière de France*. 2016;(571):54-9.

[10] Syed Q, Mobayed T. Who is responsible for the health care of refugees? *Lancet*. 2017;389(10081):1793.

[11] DeLargy P, Humanitarian Practice Network. Refugees and vulnerable migrants in Europe. *Humanitarian Exchange Magazine* (London). 2016;(September):5-7.

[12] Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. Journée internationale des migrants : veiller à ce que tous les réfugiés et les migrants de la Région européenne jouissent d'une bonne santé. Communiqué, 16 décembre 2016. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2016/12/international-migrants-day-working-to-achieve-equitable-quality-health-care-for-all-migrants-in-the-european-region>

[13] Grassineau D, Saint-Val T, Mechali D, Astre H, Georges-Tarragano C. Les PASS médico-sociales : véritables laboratoires d'une médecine plus intégrative. *Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Paris: Presses de l'EHESP; 2015.

[14] Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med*. 2011;8(5):e1001034.

Citer cet article

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 Epidemiol Hebd*. 2017;(19-20):396-405. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_4.html

ARTICLE // Article

VIOLENCE, VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES MIGRANTS/EXILÉS

// VIOLENCE, SOCIAL VULNERABILITY AND MENTAL DISORDERS AMONG MIGRANTS AND EXILES

Arnaud Veisse (arnaud.veisse@comede.org), Laure Wolmark, Pascal Revault, Maud Giacomelli, Muriel Bamberger, Zornitza Zlatanova

Comité pour la santé des exilés (Comede), Hôpital de Bicêtre, le Kremlin-Bicêtre, France

Soumis le 28.02.2017 // Date of submission: 02.28.2017

Résumé // Abstract

Objectifs – Mesurer et caractériser trois phénomènes associés dans l'observation du Comité pour la santé des exilés (Comede) : les violences subies par les exilés, leurs conditions de vulnérabilité sociale et les troubles psychiques graves dont ils sont atteints, ainsi que les liens entre ces trois phénomènes.

Méthodes – Les taux de prévalence des troubles psychiques graves ont été calculés parmi les 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede entre 2007 et 2016. Les résultats portant sur les autres indicateurs (violence, vulnérabilité sociale, symptômes et syndromes) sont issus d'une analyse des consultations médicales et psychologiques de 5 204 patients reçus entre 2012 et 2016.

Résultats – Entre 2012 et 2016, 62% des personnes accueillies ont déclaré des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle. Les violences extrêmes – plus fréquentes parmi les femmes et les demandeurs d'asile – sont très liées à la nationalité et au statut social dans le pays d'origine. Toutes les formes de violences sont liées à une probabilité significativement plus élevée d'être suivi en psychothérapie – trois fois plus souvent en cas de violences extrêmes – et fortement associées à des formes graves de troubles psychiques.

Par ailleurs, ces personnes exilées cumulent les facteurs de vulnérabilité sociale : faibles ressources financières, absence de logement et d'hébergement, précarité du séjour, défaut de protection maladie, obstacles linguistiques, difficultés d'accès à l'alimentation, isolement et situation de détresse sociale (24% cumulent au moins 5 critères de vulnérabilité). Ces indicateurs de vulnérabilité sociale sont très liés aux antécédents de violence subie, en particulier pour les personnes en situation de détresse sociale. Les antécédents de torture et de violence liée au genre sont fortement associés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et plus encore à l'isolement relationnel.

La prévalence globale des troubles psychiques graves s'élève à 16,6% dans cette population, plus importante chez les femmes (23,5% versus 13,8% chez les hommes). Ces troubles sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (60%) et de traumatismes complexes (8%), formes cliniques plus fréquentes parmi les demandeurs d'asile et les victimes de violence intentionnelle, particulièrement pour certaines nationalités. Les tableaux dépressifs (22%) sont plus fréquents chez les exilés en situation de détresse sociale et les personnes déboutées de leur demande d'asile. Le retentissement de ces troubles est conséquent, tant aux plans de la concentration, de l'attention et de la mémoire que du risque suicidaire.

Conclusion – Ces résultats nous conduisent à recommander une meilleure prise en compte des questions de santé mentale des exilés et de leur accompagnement social dans les actions de prévention et de soins. Il est nécessaire d'intégrer les besoins spécifiques de ces personnes tout au long du parcours de soins, depuis le bilan de santé librement consenti jusqu'à la prise en charge pluridisciplinaire. Et ce, sur l'ensemble du territoire, en favorisant notamment le recours à l'interprétariat professionnel et les autres mesures facilitant l'accès aux soins.

Objectives – *The objective of this article is to measure and characterize three elements associated with the Committee for Exiles Health (COMEDE) observations: violence endured by exiles, their conditions of social vulnerability and mental disorders they are afflicted with, and also the link between this three elements.*

Methods – *Prevalence rates of mental disorders were calculated among 16,095 persons who underwent a health check between 2007 and 2016. Results from other indicators (violence, social vulnerability, symptoms and syndromes) come from the analysis of the medical and psychological consultations of 5,204 patients between 2012 and 2016.*

Results – *Between 2012 and 2016, 62% of the persons visited in our center reported a history of violence, 14% history of torture, and 13% history of gender-based and sexual orientation violence. Extreme violence – more frequent among women and asylum seekers – is mainly linked to nationality and social status in the country of origin. All forms of violence are linked to a higher significant probability to have a psychological follow-up – three times more in case of extreme violence – and strongly associated with severe mental disorder.*

Furthermore, exiles accumulate factors of social vulnerability: limited financial resources, lack of housing or accommodation, precarious residence status, lack of health protection, language barriers, lack of access to food, isolation and situation of social distress (24% accumulate at least 5 criteria of vulnerability). These indicators of social vulnerability are linked to their history of violence, especially for persons who are in a situation of social distress. The history of gender-based torture and violence are closely linked to the daily precariousness, social isolation, and more closely to relationship isolation.

The global prevalence of severe mental disorders is 16.6% in this population, higher among women (23.5% versus 13.8% among men). These disorders are composed of two-thirds of psychotrauma syndrome (60%) and complex trauma (8%) : these two diagnoses are more frequent among asylum seekers and victims of intended violence, especially for certain nationalities. Depression diagnoses (22%) are more frequent among asylum seekers who are in a situation of social distress and those who were denied the status of asylum seeker. The impact of these troubles is consequent in terms of concentration, attention, and memory disorders, as well as the risk of suicide.

Conclusion – *These results lead us to recommend a better management of the mental health issues of exiles patients, and social support for the prevention and care. The specific needs of this population need to be included all along the health care pathway: from the health check-up freely accepted to pluridisciplinary health-care management. It concerns all parts of the territory, by facilitating the use of professional interpreters, and applying further measures of access to healthcare.*

Mots-clés : Santé mentale, Migrants, Exilés, Violences, Vulnérabilité sociale, Psycho-traumatismes
// Keywords: Mental health, Migrants, Exiles, Violence, Social vulnerability, Psychotrauma

Introduction

La santé mentale des migrants/exilés constitue un enjeu important de santé publique, en raison de la fréquence des troubles psychiques dans ces populations mais aussi des interactions de cette population avec les acteurs du secteur médico-social, très sollicités sur ces questions et, au-delà, avec l'ensemble de la société. Un article précédent du Comede (Comité médical pour les exilés) sur la question des psychotraumatismes chez les migrants/exilés concluait à la nécessité de développer la recherche sur cette thématique en intégrant les données relatives au contexte politique et social et en faisant évoluer les catégories diagnostiques utilisées¹.

Les personnes en situation de migration contrainte ont été largement exposées à des phénomènes de violence et confrontées à des événements traumatisants. Chez les exilés récemment arrivés en France, les psychotraumatismes résultent en premier lieu des causes ayant provoqué leur départ (guerres, violences, tortures, emprisonnement, mutilations sexuelles, mariages forcés...), ainsi que des conséquences immédiates de l'exil (perte des proches, des repères, du statut social...)². Mais, dans l'expérience du Comede et des soignants impliqués, les troubles psychiques graves, incluant les psychotraumatismes, sont également très liés aux conditions sociales et administratives que ces personnes rencontrent lors des premiers mois ou années en terre d'exil³.

Dans son centre de santé, hébergé par l'hôpital de Bicêtre (AP-HP), le Comede accueille 3 000 personnes par an pour des actions de prévention et de dépistage, des soins médico-psychologiques et un accompagnement social et juridique. Depuis 1984, un bilan de santé initial est proposé par les médecins à l'ensemble des nouveaux patients reçus en consultation de médecine. Depuis 2012, ce bilan intègre des données relatives aux antécédents de violence et à la situation sociale ainsi qu'au repérage/dépistage des pathologies et des principaux risques médico-psychologiques. L'existence de troubles psychiques graves conduit le plus souvent à la mise en place d'un suivi conjoint par les médecins et les psychologues.

L'objectif de cette étude est de mesurer et de caractériser trois phénomènes associés dans l'observation du Comede : les violences subies par les exilés, leurs conditions de vulnérabilité sociale et les troubles psychiques graves dont ils sont atteints, ainsi que les liens entre ces trois phénomènes.

Matériel et méthodes

Les résultats suivants sont issus d'une analyse descriptive et rétrospective des indicateurs renseignés dans le dispositif d'observation du Centre de santé du Comede, au moyen d'une base de données informatisée. Ces indicateurs regroupent les caractéristiques sociodémographiques des consultants, la situation

de vulnérabilité sociale, les éléments d'anamnèse, les résultats du bilan de santé et les obstacles à l'accès aux soins et aux droits. Les degrés de significativité des associations observées sont calculés par test du Chi2 à l'aide du logiciel *Epi Info*.

Le bilan de santé est pratiqué dans 96% des cas (entre 2012 et 2016 : non proposé dans 3% des cas, principalement en raison d'obstacles linguistiques, et refus du patient dans moins de 1% des cas). Les taux de prévalence des troubles psychiques graves sont calculés sur la base du nombre de personnes ayant fait l'objet d'un tel diagnostic lors de la première consultation, par rapport au nombre de patients ayant consulté au moins une fois en médecine, soit 16 095 personnes pour la période 2007-2016.

Le bilan de santé intègre la recherche systématique d'antécédents de violence (Cf. encadré 1), dont les caractéristiques sont précisées lors des consultations ultérieures ainsi qu'en psychothérapie pour les personnes concernées. Est également renseignée la situation de vulnérabilité sociale (pour 95% des consultants depuis 2012), au travers de huit critères : obstacle linguistique, précarité de l'hébergement, des ressources financières et du statut administratif, isolement relationnel, isolement social, absence de protection maladie et difficulté d'accès à l'alimentation. Les personnes qui remplissent au moins cinq

Encadré 1

Définitions des violences

Tous les antécédents de violence sont entendus dans le pays d'origine, lors du voyage et en France jusqu'à la première consultation au Comede.

- **Violence** (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2002) – Le terme *violence* désigne l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence.
- **Torture** (Organisation des nations unies (ONU), 1984) – Le terme *torture* désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite.
- **Violences liées au genre et à l'orientation sexuelle** – Elles associent :
 - les violences à l'égard des femmes (ONU, 1993) : désignent les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ;
 - les violences sexuelles (OMS, 2002) : tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ;
 - les violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre peuvent être des persécutions, violences physiques et psychologiques, menaces de violences, discriminations à l'égard des personnes homosexuel.le.s, bisexuel.le.s, transsexuel.le.s, transgenre, du fait de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre.

de ces huit critères sont considérées en situation de détresse sociale et bénéficient d'un accueil prioritaire au Centre de santé du Comede. Les données recueillies entre 2012 et 2016 sur les antécédents de violence et les situations de vulnérabilité sociale portent sur les 5 204 patients ayant consulté en médecine.

En termes de catégorisation des principaux tableaux cliniques observés au Comede, les troubles psychiques graves sont caractérisés comme des syndromes/maladies ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne, correspondant notamment à la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM-10). Utilisée par les psychologues et les médecins, cette catégorisation regroupe (Cf. encadré 2) : *syndrome psychotraumatique, trauma complexe, troubles anxieux, dépression, autre et indéterminé*. L'utilisation de la catégorie *syndrome psychotraumatique* permet de tenir compte de la diversité des manifestations psychiques post-traumatiques. Cette catégorisation large des syndromes psychotraumatiques avait été adoptée, pour les mêmes raisons, dans une étude de 2008⁴, sous la dénomination d'état de stress post-traumatique (ESPT). En revanche, les critères pour établir un diagnostic d'ESPT selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*⁵ apparaissent trop restrictifs au regard de la variété des tableaux cliniques présentés par les patients reçus au Comede et n'ont pas été retenus ici.

La confrontation à un événement potentiellement traumatisant, ainsi qu'un ou plusieurs symptômes, doivent être retrouvés lors des consultations pour diagnostiquer un *syndrome psychotraumatique*. Le recours à la catégorie de *trauma complexe*⁶ permet de caractériser des formes de psychotraumatismes sévères liés à des violences extrêmes, marqués par des épisodes dissociatifs ainsi que par une modification durable de la personnalité et du rapport aux autres⁷. Depuis sa mise en place en 2013 au Comede et jusqu'à fin 2016, cette nouvelle catégorisation a été utilisée dans 64% des cas par les médecins et psychologues : 633 situations parmi les 988 troubles psychiques graves signalés, dont 53 diagnostics « indéterminés », non précisés par la suite. Les données présentées ci-après portent sur les 580 situations (633-53) caractérisées avec la nouvelle catégorisation.

Enfin, et outre cette catégorisation en syndromes/maladies, certains symptômes et risques psychiques

ont par ailleurs fait l'objet d'une étude complémentaire sur les dossiers « papier » médico-psychologiques en raison de leur retentissement sur la vie des personnes concernées. Il s'agit, d'une part, des troubles de l'attention, de la concentration et/ou de la mémoire et, d'autre part, des idées suicidaires au cours du suivi psychothérapeutique et des antécédents de tentative de suicide. Les situations d'urgence psychiatrique ont également été recensées. Les résultats suivants portent sur l'analyse des dossiers de 650 personnes ayant consulté au moins une fois en psychothérapie entre 2012 à 2015.

Résultats

Violence et vulnérabilité sociale

Entre 2012 et 2016, les 5 204 personnes reçues en consultation médicale au Comede étaient plus souvent des hommes (65%), jeunes (âge médian 32 ans, âge moyen 34 ans) et récemment arrivées en France (en moyenne depuis 2 ans et en médiane un an). De 98 nationalités, elles étaient principalement originaires d'Afrique de l'Ouest (total 29%, Guinée Conakry 12%, Mali 6%, Côte d'Ivoire 4%), d'Asie du Sud (total 28%, Bangladesh 16%, Sri Lanka 9%), d'Afrique centrale (total 28%, République démocratique du Congo 21%), d'Europe de l'Est (3%) et d'Afrique de l'Est (3%).

Lors des premières consultations, 62% de ces personnes ont déclaré des antécédents de violence, 14% des antécédents de torture et 13% des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle (tableau 1). Les demandeurs d'asile étaient 79% à déclarer des antécédents de violence, 20% de torture et 17% de violence liée au genre. Les antécédents de torture étaient plus fréquents parmi les hommes (17% *versus* 9% des femmes) et ceux de violence liée au genre plus fréquents chez les femmes (29% *versus* 4% des hommes).

La présence de troubles psychiques graves nécessitant également une psychothérapie a concerné 686 patients. Pour ces derniers, également suivis en psychothérapie au Comede sur la période (en moyenne pendant 16 mois), les taux d'antécédents de violence, de torture et de violences liées au genre et à l'orientation sexuelle s'élevaient respectivement à 94%, 42% et 39% (tableau 1). La présence de troubles psychiques graves nécessitant une psychothérapie apparaît ainsi liée aux antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil. La probabilité d'être suivi en psychothérapie était

Encadré 2

Correspondances des catégories diagnostiques utilisées au Comede avec la Classification internationale des maladies (CIM-10)

• Traumatismes psychiques :

- Syndrome psychotraumatique : CIM F43-1 État de stress post-traumatique (ESPT). Névrose traumatique en psychanalyse. Troubles co-morbides fréquents : CIM F41, F32, F33, F45.
- Trauma complexe ou DESNOS (*Disorder of stress not otherwise specified*). Pas de correspondance CIM, proche de F62-0 Modification durable de la personnalité.

• Troubles anxieux : CIM F41-1, F41-0.

• Dépression : CIM F32, F33.

Tableau 1

Antécédents de violences, de torture et de violence liée au genre et à l'orientation sexuelle parmi les consultants du Centre de santé du Comede, 2012-2016

1a : Par groupe vulnérable

File active	N	Antécédents de violences	Antécédents de torture	Antécédents de violence de genre
Médecine	5 204	62%	14%	13%
Femmes	1 834	60%	9%	29%
Hommes	3 370	64%	17%	4%
Demandeurs d'asile	3 303	79%	20%	17%
Psychothérapie	686	94%	42%	39%
Femmes	271	95%	28%	74%
Hommes	415	93%	52%	16%
Sans psychothérapie	4 518	57%	10%	9%
Femmes	1 563	54%	6%	21%
Hommes	2 955	60%	12%	2%

1b : Selon le statut social dans le pays d'origine

File active médecine	N	Antécédents de violences	Antécédents de torture	Antécédents de violence de genre
Ensemble	5 204	62%	14%	13%
Formation				
Aucune	387	60%	13%	12%
Primaire	1 204	63%	13%	11%
Secondaire	1 780	66%	15%	14%
Professionnelle	271	70%	18%	20%
Universitaire	893	74%	20%	14%
Profession				
Commerçant	867	81%	16%	13%
Employé	670	75%	20%	14%
Ouvrier	247	64%	18%	7%
Profession intermédiaire	323	66%	16%	16%
Profession intellectuelle	246	67%	20%	12%
Sans	1 473	57%	11%	17%

1c : Selon la situation de vulnérabilité sociale

File active médecine	N	Antécédents de violence	Antécédents de torture	Antécédents de violence de genre
Situations	5 204	62%	14%	13%
Détresse sociale	1 248	69%	16%	18%
Isolement relationnel	994	76%	22%	23%
Isolement social	858	69%	18%	19%
Difficultés d'accès à l'alimentation	1 203	74%	19%	19%
Hébergement précaire	1 911	70%	16%	18%

1,5 fois plus élevée en cas d'antécédent de violence, et s'élevait à 3 fois plus en cas d'antécédent de torture et également à 3 fois plus en cas d'antécédent de violence liée au genre, cette association étant très significative, compte tenu des effectifs observés (tableau 1, $p < 0,001$). Ces probabilités sont respectivement de 1,6 – 3,1 – 2,6 pour les femmes et de 1,5 – 3 – 4 pour les hommes.

Outre le sexe de la victime, la survenue des différentes formes de violence était également très liée à sa nationalité et son statut social dans le pays d'origine. Les antécédents de torture étaient plus fréquents pour certaines nationalités (32% des Sri-Lankais, 28% des Soudanais, 27% des Guinéens), de même pour les violences liées au genre (23% des Guinéens, 22% des Congolais RD, 20% des Ivoiriens). Pour

l'ensemble des nationalités, les violences et les tortures étaient d'autant plus fréquentes que le niveau de formation initiale était élevé : les antécédents de torture étaient plus nombreux chez les personnes exerçant une profession intellectuelle (20%) et chez les employés (20%), alors que les violences liées au genre culminaient parmi les personnes ayant exercé une profession intermédiaire (16%).

Ces exilés cumulaient les facteurs de vulnérabilité sociale (caractérisée lors de la première consultation). Par ordre de fréquence, 99% d'entre eux avaient des ressources inférieures au plafond d'obtention de la Couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), 98% n'avaient pas de logement personnel (20% étant dépourvus d'hébergement), 89% se trouvaient en situation précaire de séjour (dont 63% étaient demandeurs d'asile et 25% sans droit au séjour), 81% étaient dépourvus de protection maladie, 38% ne pouvaient pas communiquer en français, 23% ne pouvaient pas manger à leur faim et 19% étaient très isolés (pas de « proche »). Une personne sur quatre (24%) se trouvait en situation de détresse sociale (cumulant au moins 5 critères de vulnérabilité).

Ces indicateurs de vulnérabilité sociale étaient très liés aux différentes formes de violence subies par les exilés. Les antécédents de violence étaient plus fréquents parmi les personnes en situation de détresse sociale (tableau 1, $p < 0,001$). Les antécédents de torture et de violence liée au genre étaient fortement associés à la précarité du quotidien et de l'hébergement, à l'isolement social et plus encore à l'isolement relationnel : les personnes concernées étaient 76% à avoir subi des violences, 22% des tortures et 23% des violences liées au genre.

Syndromes/maladies, principaux symptômes et risques psychiques

Parmi les 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede entre 2007 et 2016, 2 668 présentaient des troubles psychiques graves. Le taux de prévalence global était de 16,6%, plus élevé parmi les femmes (23,5% *versus* 13,8% chez les hommes, tableau 2). Ces troubles étaient plus fréquents parmi les personnes originaires d'Europe de l'Est (ensemble 23,1% ; femmes 31,5%, hommes 19,8%), d'Afrique centrale (ensemble 22,4% ; femmes 22,4%, hommes 22,3%), d'Afrique de l'Ouest (ensemble 20,2% ; femmes 27,5%, hommes 17,5%), ainsi que parmi les femmes d'Afrique de l'Est (24,7%) et les hommes d'Asie de l'Est (21,6%). Les taux, plus élevés entre 20 et 45 ans, culminaient entre 20 et 25 ans.

Entre 2013 et 2016, 580 diagnostics de troubles psychiques graves ont été précisés par les psychologues et les médecins (tableau 3), correspondant à 484 patients. Les comorbidités étaient en moyenne de 1,2 troubles psychiques graves par personne. On observait principalement des syndromes psychotraumatiques (60% des patients), des dépressions (22%), des traumatismes complexes (8%), des troubles anxieux

(8%) et des troubles divers, incluant des psychoses (2%). La prépondérance des syndromes psychotraumatiques était plus importante chez les demandeurs d'asile (64%), les victimes de torture (64%) et/ou de violence liée au genre (65%), chez les Guinéens (68%) et plus encore les Sri-Lankais (83%). La dépression était plus fréquente parmi les patients en situation de détresse sociale (24%), les Bangladais (26%) et l'ensemble des déboutés de l'asile (34%). Enfin, les traumatismes complexes étaient plus souvent retrouvés parmi les victimes de torture (12%) et les personnes en situation de détresse sociale (12%).

Parmi les 383 personnes présentant un syndrome psychotraumatique ou un traumatisme complexe, 18% souffraient également d'une dépression, 2% de troubles anxieux et 1% de troubles psychotiques. S'agissant des autres comorbidités, on retrouvait les principales maladies graves présentes chez les personnes exilées³, en premier lieu les maladies cardiovasculaires (6%), les infections chroniques par le VHB (6%), le diabète (4%) et l'infection par le VIH (1%).

Concernant les symptômes et les risques psychiques (tableau 4), la moitié des 650 personnes suivies en psychothérapie au Comede entre 2012 et 2015 présentaient des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire (50% de l'ensemble et 54% des demandeurs d'asile). Plus fréquents chez les personnes ayant subi des tortures (55%) et/ou des violences liées au genre (55%) et particulièrement répandus parmi les Sri-Lankais (68%) et les Bangladais (59%), ces troubles peuvent avoir un impact sur l'apprentissage d'une nouvelle langue, sur les démarches administratives à effectuer ou encore sur la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil devant l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou la Cour nationale du droit d'asile.

L'importance des idées suicidaires et des épisodes d'urgence psychiatrique illustre la gravité des troubles psychiques (tableau 4). Plus d'un quart des patients (27%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie (et 4% avaient fait par le passé une tentative de suicide), ce taux étant encore plus élevé parmi les victimes de torture et de violence liée au genre (31%) et parmi les Congolais RD et les Sri-Lankais (33%), ainsi que parmi les personnes en situation de détresse sociale (33%). Enfin, 7% des patients s'étaient trouvés au moins une fois en situation d'urgence psychiatrique (indication d'hospitalisation, principalement en raison d'un risque suicidaire).

On retrouvait enfin, parmi ces 650 personnes suivies en psychothérapie, des indicateurs de vulnérabilité sociale significativement plus élevés en comparaison de ceux relevés chez les autres patients du Comede pour ce qui concerne la précarité du séjour (total 98%, demandeurs d'asile 79%), l'absence d'hébergement (total 26%, Samusocial 12%, à la rue 9%, dans un squat 5%), l'isolement relationnel (30%), et des obstacles à l'alimentation (29%), alors que 27% se trouvaient en situation de détresse sociale.

Tableau 2

Taux de prévalence des troubles psychiques graves (pour 1 000) par sexe, par région et pays d'origine parmi les consultants du Centre de santé du Comede, 2007-2016

Région & Pays	Taux pour 1000	
<i>Effectifs femmes – hommes</i>	Femmes	Hommes
Ensemble <i>4 626-11 469</i>	235	138
Afrique australe <i>69-36</i>	174	28
Madagascar <i>32-16</i>	281	–
Afrique centrale <i>1 959-1 639</i>	224	223
Angola/Cabinda <i>108-128</i>	130	188
Cameroun <i>160-129</i>	125	163
Congo <i>231-243</i>	277	185
République démocratique du Congo <i>1 380-1 066</i>	235	248
Rwanda <i>26-23</i>	7 cas	8 cas
Afrique de l'Est <i>97-252</i>	247	135
Érythrée <i>23-46</i>	2 cas	109
Éthiopie <i>27-16</i>	7 cas	1 cas
Soudan <i>12-147</i>	3 cas	129
Afrique du Nord <i>137-266</i>	124	86
Algérie <i>106-164</i>	132	98
Maroc <i>20-43</i>	2 cas	47
Tunisie <i>10-57</i>	–	70
Afrique de l'Ouest <i>1 146-3 002</i>	275	175
Côte d'Ivoire <i>234-364</i>	244	146
Guinée Conakry <i>467-931</i>	366	366
Mali <i>124-633</i>	113	39
Mauritanie <i>69-539</i>	261	80
Nigeria <i>75-158</i>	280	158
Sénégal <i>73-153</i>	164	26
Sierra Leone <i>22-51</i>	8 cas	137
Togo <i>33-58</i>	273	190

Région & Pays	Taux pour 1000	
<i>Effectifs femmes – hommes</i>	Femmes	Hommes
Ensemble <i>4 626-11 469</i>	235	138
Asie centrale <i>34-150</i>	147	120
Afghanistan <i>5-116</i>	3 cas	147
Asie de l'Est <i>45-74</i>	133	216
Birmanie <i>8-54</i>	4 cas	296
Asie du Sud <i>636-4 930</i>	220	83
Bangladesh <i>139-2 452</i>	201	39
Inde <i>8-125</i>	–	32
Pakistan <i>14-275</i>	1 cas	120
Sri Lanka <i>472-2 068</i>	235	88
Caraïbes <i>100-85</i>	150	118
Haïti <i>99-79</i>	152	127
Europe de l'Est <i>327-837</i>	315	198
Arménie <i>44-44</i>	273	114
Géorgie <i>30-70</i>	400	343
Russie / Tchétchénie <i>123-250</i>	366	212
Turquie <i>65-389</i>	385	188
Europe de l'Ouest <i>26-38</i>	3 cas	26
Moyen-Orient <i>31-134</i>	226	80
Egypte <i>3-64</i>	1 cas	47

Tableau 3

Principaux syndromes et maladies parmi les consultants du Centre de santé du Comede, 2013-2016

File active psychothérapie et médecine	N	Syndrome psychotraumatique	Dépression	Trauma complexe	Trouble anxieux
Total	580	60%	22%	8%	8%
Groupes vulnérables					
Femmes	214	62%	21%	8%	7%
Hommes	366	58%	22%	9%	8%
Demandeurs d'asile	487	64%	18%	8%	7%
Déboutés de l'asile	53	40%	34%	11%	11%
Détresse sociale	167	58%	24%	12%	4%
Antécédents de violence subie					
Violence	548	61%	21%	8%	7%
Torture	273	64%	19%	12%	3%
Violence de genre	239	65%	21%	8%	5%

Tableau 4

Principaux symptômes et risques parmi les consultants du Centre de santé du Comede, 2012-2015

File active psychothérapie	N	Troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire	Idées suicidaires	Urgences psychiatriques
Total	650	50%	27%	7%
Groupes vulnérables				
Femmes	250	48%	26%	6%
Hommes	399	52%	28%	8%
Demandeurs d'asile	475	54%	28%	8%
Détresse sociale	194	51%	33%	11%
Antécédents de violence				
Violence	615	51%	28%	8%
Torture	324	55%	31%	8%
Violences de genre	255	55%	31%	7%

Discussion**Représentativité et limites de l'étude**

Les personnes accompagnées par le Comede sont essentiellement des ressortissants des pays tiers à l'UE (97% des 6 357 bénéficiaires des consultations et des permanences téléphoniques en 2016). En 2012, l'Insee recensait en France 2,6 millions de ressortissants de pays tiers à l'UE. La moitié d'entre eux se trouvaient en situation de séjour précaire : le ministère de l'Intérieur comptait 700 000 étrangers disposant de documents temporaires ou provisoires, incluant les documents remis aux demandeurs d'asile, alors que le nombre de personnes sans-papiers était estimé à plus de 500 000. La région Île-de-France, où vivent les personnes suivies au Centre de santé du Comede, concentre environ la moitié des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État. Y résident également davantage de migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud que dans d'autres régions, et relativement moins de personnes d'Europe de l'Est ou d'Afrique du Nord.

Les limites de cette étude sont liées au dispositif d'observation, c'est-à-dire aux conditions et à la qualité du recueil et de la mise à jour des données par les consultants du Comede. Si la pratique du bilan de santé est quasi-systématique, il peut arriver que certains des troubles et des maladies dépistés ne soient pas signalés par les médecins et les psychologues. De même, les indicateurs relatifs aux violences subies, aux symptômes psychiques et à la situation de vulnérabilité sociale pâtissent en partie d'une sous-déclaration par la personne concernée et/ou le soignant. En raison du caractère particulièrement douloureux des expériences vécues, il est fréquent dans la clinique auprès de personnes exilées d'avoir à attendre le moment propice, parfois après plusieurs consultations, avant de pouvoir aborder ces questions. À l'inverse, les motifs d'orientation vers le Comede, pour un bilan et un soutien dans le domaine de la santé, conduisent en partie à une sur-représentation des personnes malades et/ou en situation de grande vulnérabilité.

Si le taux de réponse à la plupart des indicateurs d'observation est proche de 100%, il chute à moins des deux tiers (64%) dès lors qu'on utilise la nouvelle

catégorisation des troubles psychiques mise en place en 2013, principalement en raison du manque de maîtrise de ces questions par une partie de l'équipe de soignants. Les résultats relatifs à la répartition des tableaux cliniques peuvent ainsi être en partie biaisés, notamment en ce qui concerne l'évaluation des traumatismes complexes, probablement sous-estimée.

Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques sont fortement liés

La plupart des exilés ont été victimes de violence (62% dans notre étude, résultat probablement sous-estimé en raison de la sous-déclaration des patients et/ou des consultants). Un nombre important de ces personnes a subi des formes de violence extrême, notamment la torture parmi les demandeurs d'asile (20%) ou des violences liées au genre chez les femmes (29%). Les violences recensées apparaissent très liées au contexte sociopolitique et au statut social des personnes durant leur parcours d'exil. Elles sont associées à une probabilité significativement plus élevée pour les personnes d'être suivies en psychothérapie, trois fois plus souvent en cas de violences extrêmes. On observe des conséquences psychiques comparables parmi les personnes ayant subi des violences liées à des systèmes de domination, que ce soit la torture ou les violences liées au genre et à l'orientation sexuelle.

On retrouve également une fréquence plus élevée d'antécédents de violence subie chez les personnes présentant des facteurs de vulnérabilité liés à la précarité du quotidien, l'hébergement, l'isolement social et relationnel. Le poids de la détresse sociale sur la gravité des troubles psychiques chez les personnes exilées est à noter. En effet, les traumatismes complexes, les idées suicidaires, les troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que les troubles dépressifs sont plus nombreux chez les personnes en situation de détresse sociale. Les personnes suivies en psychothérapie sont plus souvent en situation de détresse sociale, notamment sur le plan de l'isolement relationnel et de la précarité du statut administratif. Les psychothérapeutes travaillant dans le champ de la clinique de l'exil témoignent fréquemment de décompensations de syndromes psychotraumatiques et de dépressions lors de la détérioration de la situation socio-administrative des patients⁸. On peut mettre en parallèle ces constats avec la plus grande proportion de chômeurs souffrant d'ESPT (15% *versus* 7%) dans l'enquête « Santé mentale en population générale »⁴. Il apparaît en effet que la qualité du support social constitue un facteur de risque ou de protection dans la survenue des troubles psychotraumatiques⁹.

Si la vulnérabilité sociale conduit à aggraver l'état psychique des personnes exilées, il faut souligner que les violences intentionnelles (torture, violences de genre) ont pour objectif d'isoler ceux qui les subissent de leur groupe social et de l'ensemble des êtres humains. Les victimes de telles violences peuvent éprouver de très grandes difficultés à créer ou recréer des liens avec d'autres personnes¹⁰, ce qui renforce l'importance de l'intervention des acteurs du soin. Les associations spécialisées rapportent qu'un

nombre significatif de personnes victimes de torture ne bénéficie pas d'une protection juridique. Elles soulignent également que les thérapies des personnes déboutées de l'asile sont plus longues¹¹. Le rejet de la demande d'asile, qui représente pour certains exilés un déni de reconnaissance des violences subies¹², provoque la peur d'être reconduit dans le pays d'origine et entraîne le plus souvent une précarisation des conditions de vie (perte d'hébergement, absence de ressources, impossibilité d'exercer un emploi).

La méta-analyse *Mental Health in Immigrants Versus Native Population* montre que la migration a un effet significatif sur le développement de troubles psychiques, mais que cela est dépendant des conditions de migration et des conditions de vie dans le pays d'accueil. Le risque de développer des troubles psychiques est déterminé en grande partie par l'exposition à des événements traumatisants ainsi qu'à la vulnérabilité de cette population¹³. Une étude réalisée en 2009 au Royaume-Uni a montré l'aggravation de la symptomatologie du syndrome post-traumatique en cas de difficultés dans le pays d'arrivée de la migration¹⁴. En 2013, une étude effectuée en Italie rapportait que les facteurs les plus associés au psychotraumatisme étaient l'isolement, le faible accès à un service médical d'urgence et/ou de *counseling*, en particulier auprès des personnes sans droit au séjour¹⁵. Fortement associé aux violences subies dans notre observation, l'isolement des migrants/exilés a également été retrouvé dans le champ des inégalités sociales liées à l'immigration en France¹⁶. Cet isolement reflète ici non seulement les conséquences de l'état de santé altéré et des violences subies, mais également les conditions de vie et d'accueil dégradées de ces personnes qui n'ont le plus souvent pas obtenu la reconnaissance de leur histoire d'exil.

En terme de prévalence, les résultats de nos observations montrent la part importante des troubles psychiques graves au sein de cette population (16,6%), dont les deux tiers se présentent sous la forme de syndromes psychotraumatiques et de traumatismes complexes (68%). La prévalence du psychotraumatisme au sens large dans la population générale est plus faible (5%, et 11% dans le groupe des migrants dans l'étude *Santé mentale en population générale*⁵), alors qu'une étude de Médecins Sans Frontières, réalisée chez des demandeurs d'asile en Sicile en 2015¹⁷, corrobore nos résultats en ce qui concerne les prévalences de troubles psychiques graves et, parmi ceux-ci, la prépondérance des syndromes de stress post-traumatique.

Enfin, le retentissement fonctionnel de certains symptômes est très important. Plus de la moitié des exilés concernés, et particulièrement des demandeurs d'asile, sont handicapés dans leur vie quotidienne et leurs démarches administratives par des troubles de la concentration, de l'attention et/ou de la mémoire. La fréquence des idées suicidaires (27% des personnes) et du recours à une hospitalisation d'urgence pour le risque suicidaire (7% au cours du suivi), alors que les situations d'hospitalisation sous contrainte en raison d'un risque pour autrui sont exceptionnelles

dans cette population, renvoient à la campagne de sensibilisation du Haut Commissariat aux réfugiés, qui affirmait dans les années 1990 : « *Les réfugiés ne sont pas un danger, ils sont en danger* ».

Conclusion

Les troubles psychiques graves sont fréquents chez les exilés récemment arrivés en France et en situation de migration contrainte, particulièrement chez les femmes et les demandeurs d'asile. Constitués pour les deux tiers d'entre eux de syndromes psychotraumatiques et de traumatismes complexes, ils ont un retentissement important sur la vie des personnes et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire, incluant souvent psychothérapie et recours à l'interprétariat professionnel. Ces troubles sont très liés aux différentes formes de violence ayant motivé ou accompagné l'exil, ainsi qu'aux conditions de vulnérabilité sociale que les exilés expérimentent durant les premières années de leur vie en France, les personnes qui ont subi des violences extrêmes étant particulièrement touchées.

Les troubles psychiques sont largement déterminés par les conditions sociales et politiques depuis le pays d'origine jusqu'au pays d'asile, mais dépendent également des formes de soin et de protection qui peuvent être mises en place dans la société d'accueil. Si leur prévention repose ainsi en premier lieu sur des actions politiques en faveur des droits humains, les actions de santé publique doivent favoriser l'ensemble du parcours de soins, du repérage de ces troubles dans le cadre de bilans de santé proposés au sein des dispositifs de soins et de prévention, jusqu'à la facilitation des recours aux soins de santé mentale dans le réseau des centres médico-psychologiques et sur l'ensemble du territoire, avec une protection maladie effective.

Compte tenu de l'impact des formes de violence sur la fréquence et la gravité des troubles psychiques, il serait utile de développer des recherches sur d'autres risques potentiels d'altération de l'état psychique des exilés, comme les situations d'enfermement qui se multiplient sur les chemins de l'exil ou encore le traitement social proposé aux mineurs non accompagnés. Des études sur ces questions pourraient utilement intégrer d'autres indicateurs, comme les troubles du sommeil quasiment toujours présents ou encore le repérage des conduites addictives. Il serait intéressant de pouvoir approfondir les données présentées dans cette étude par la mise en place d'une observation prospective, mais la réalisation pratique de ce type de recherche est rendue difficile par les conditions de vie des personnes concernées. ■

Remerciements

Nous remercions les collègues du Centre de santé du Comede pour la saisie en routine des données présentées dans cet article.

Références

- [1] Veisse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(2-3-4):36-40. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7835
- [2] Comede. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1663>
- [3] Comede. Rapports annuels d'activité et d'observation. <http://www.comede.org/rapport-dactivite>
- [4] Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, *et al.* Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *Encephale.* 2008;34(6):577-83.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- [6] Lewis Herman J. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Traumatic Stress.* 1992;5(3):377-91.
- [7] Baubet T. Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile, des outils insuffisants. *Maux d'exil.* 2008;(25):1-3. <http://www.comede.org/maux-dexil/>
- [8] Pestre E. Clinique de l'exil, clinique de l'asile. *Maux d'exil.* 2008;(23):5-6. <http://www.comede.org/maux-dexil/>
- [9] Prieto N, Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychotraumatiques. *Confrontations Psychiatriques.* 2012;(51):43-59.
- [10] Olcese M. Torture et isolement. *Migrations Santé.* 1986;(52):3.
- [11] Agrali S, Malhou A, Morel E, Vuillard J. Persécutés au pays, déboutés en France. Rapport sur les failles de notre procédure d'asile. Paris: Centre Primo Levi; 2016. 48 p. <http://www.primolevi.org/actualites/persecutes-au-pays-deboutes-en-france.html>
- [12] Nguyen A. L'agonie administrative des exilés, une clinique de l'asile. *L'Autre.* 2014;15(2):197-206.
- [13] Collazos F, Qureshi A, Antonin M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles Psicólogo.* 2008;(29):307-15.
- [14] Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57(2):107-19.
- [15] Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants, a primary care study. *Ann Ist Super Sanita.* 2013;49(2):169-75.
- [16] Berchet C, Jusot F. Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social en décomposition. *Économie Publique.* 2009;24-25(1-2):73-100.
- [17] Crepet A, Rita F, Reid A, Van den Boogaard W, Deiana P, Quaranta G, *et al.* Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health.* 2017;11:1.

Citer cet article

Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(19-20):405-14. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_5.html

ALIMENTATION ET RISQUES POUR LA SANTÉ DES PERSONNES MIGRANTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ : UNE ENQUÊTE MULTICENTRIQUE DANS SEPT CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION DE MÉDECINS DU MONDE FRANCE, 2014

// HEALTH AND NUTRITION RISKS FOR MIGRANTS LIVING IN PRECARIOUS CONDITIONS: A MULTICENTER SURVEY IN SEVEN HEALTH AND SOCIAL CARE CENTERS OF MÉDECINS DU MONDE FRANCE, 2014

Marielle Chappuis, Estelle Thomas, Émilie Durand, Sophie Laurence (sophie.laurence@medecinsdumonde.net)

Médecins du Monde, Direction des opérations France, Paris, France

Soumis le 31.01.2017 // Date of submission: 01.31.2017

Résumé // Abstract

Introduction – Les programmes de Médecins du Monde (MdM) accueillent des personnes précaires en difficulté d'accès aux soins et aux droits à la santé. Il s'agit en grande majorité des ressortissants étrangers (primo-arrivants comme résidents). Les équipes constatent depuis peu une augmentation du nombre de patients ayant une alimentation insuffisante et déstructurée, mais aussi des demandes d'aide alimentaire.

Matériel et méthodes – Une enquête a été menée auprès des populations rencontrées dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de MdM en France afin de documenter leur accès à l'alimentation, leurs pratiques alimentaires et leur état de santé en fonction de leur statut socioéconomique. Un questionnaire a été proposé à toute personne se présentant dans ces centres, en amont de la consultation médicale où étaient recueillies les mesures anthropométriques et les pathologies. Trois cent quarante-six personnes ont été incluses dans l'enquête, dont 335 ressortissants étrangers.

Résultats – Plus de 78,5% des personnes enquêtées appartenaient à un foyer vivant en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières. En moyenne, les personnes déclaraient dépenser 2,5 € par personne et par jour pour se nourrir. Le nombre moyen de repas pris au cours des 24 heures précédant l'enquête était de 2,2, et 45,9% ont déclaré n'avoir pas mangé une journée entière au moins une fois au cours du mois. Les personnes rencontrées connaissaient peu les dispositifs d'aide : seules 42% avaient eu recours au moins une fois à des structures d'aide alimentaire le mois précédant l'enquête. Concernant leur état nutritionnel, 2,6% étaient en situation de maigreur, 34,1% en surpoids et 18,7% obèses.

Discussion-conclusion – Les résultats de cette enquête révèlent tout l'intérêt de développer des prises en charge et des circuits d'alimentation accessibles et favorables à la santé de telles populations. Il convient également d'adapter des actions de prévention et de promotion de la santé pour toucher les plus précaires et les migrants, et d'agir sur les déterminants sous-jacents de la malnutrition (accès au logement, aide financière, conditions de séjour...).

Introduction – Médecins du Monde (MdM) programs care for people with difficulty to access to care and health rights. Most of the people taken care of are foreigners (first arrivals, but also residents). MdM teams have recently observed an increase in the number of patients with inadequate diet and requesting for food aid.

Materials and methods – A survey was conducted in seven Health and Social Care Centers (CASO) in France to document access to food, dietary practices, and health of people according to their socio-economic status. A questionnaire was proposed to any person visiting the centre, before the medical exam, which recorded anthropometric measurements and diseases. Three hundred and forty-six persons were included in the survey, including 335 foreign migrants.

Results – More than 78.5% of the households surveyed were food insecure for financial reasons. On average, people reported spending 2.5 € per person per day for food. The average number of meals taken over the last 24 hours before the survey was 2.2. And 45.9% of them reported that they had not eaten a whole day at least once during the previous month. People surveyed were not aware of any assistance mechanism: only 42% had used food aid structures at least once during the month preceding the survey. Regarding the nutritional status, 2.6% were undernourished, 34.1% were overweight, and 18.7% were obese.

Discussion and conclusion – The results of this survey demonstrate the value of developing accessible and health-friendly services of health and nutrition for these populations. It is also necessary to adapt prevention and promotion health actions to reach migrants as well as the most vulnerable populations. It is also important to act on the underlying determinants of malnutrition (access to housing, financial aid, living conditions, etc.)

Mots-clés : Insécurité alimentaire, Précarité, Santé, Migrant, Inégalités sociales de santé

// **Keywords** : Food insecurity, Precariousness, Health, Migrant, Social health inequalities

Introduction

En 2008, on estimait que 5,3 millions de personnes étaient immigrées en France, soit 8,4% de la population totale¹, auxquelles il faut ajouter 300 000 à 400 000 étrangers vivant sur le territoire en situation irrégulière².

Malgré le peu d'études épidémiologiques réalisées auprès des populations migrantes en situation de précarité, certains travaux montrent que la population immigrée présente, en général, un état de santé et un recours aux soins différents de ceux de la population autochtone en raison de plusieurs phénomènes (barrière linguistique, culturelle, conditions de vie dans le pays d'accueil...)³. Cumulant précarité sociale et vulnérabilité liée à la migration ou à l'exil, ces migrants apparaissent particulièrement fragiles⁴. Leurs conditions de vie constituent également un vrai défi à l'adoption d'une alimentation suffisante, saine et équilibrée, et ont des répercussions possibles sur leur état de santé (carences, amaigrissement, obésité, diabète...).

Depuis trente ans, Médecins du Monde (MdM) intervient en France auprès des populations en situation de grande précarité et/ou d'exclusion avec des programmes d'accès aux droits et aux soins : les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) et les programmes d'« aller vers »⁽¹⁾. Plus de 98% des personnes accueillies dans les Caso sont des migrants étrangers en situation de précarité. Des conditions de vie défavorables à la santé (expositions aux pathologies épidémiques, difficultés d'observance des traitements...) et la complexité des démarches à leur arrivée en France (accès aux droits, au logement...) sont constamment observées dans ces programmes. Qu'en est-il de l'alimentation et de ses conséquences sur ces personnes ?

Depuis plusieurs années, les équipes de MdM constatent une augmentation des demandes d'aide alimentaire de la part des personnes reçues dans les Caso. L'association a mené une enquête pour documenter l'accès à l'alimentation, les pratiques alimentaires et l'état de santé des personnes accueillies dans ses programmes en fonction de leur statut socioéconomique.

Population et méthode

L'enquête a été réalisée du 14 avril au 12 mai 2014 dans les sept Caso présentant les files actives les plus importantes (Bordeaux, Lyon, Marseille, Nice, Paris, Saint-Denis et Strasbourg). Sur cette période, chaque Caso a participé à l'étude pendant une semaine complète, au cours de laquelle un questionnaire a été proposé de manière systématique à tous les patients venant à la consultation médicale. Les informations sur l'alimentation et l'état de santé ont été recueillies pour chaque individu, et les données

⁽¹⁾ <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-lobservatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015>

sur le revenu disponible ont été collectées pour le foyer. Pour plus de précisions sur la méthode, se référer à l'article de S. Laurence et coll.⁵.

Les questionnaires étaient disponibles en anglais, roumain, albanais et bulgare. Le recours à un interprète professionnel par téléphone était également possible.

Les objectifs de l'enquête étaient présentés à l'aide d'une notice traduite en neuf langues. Après obtention du consentement oral, le questionnaire était administré aux participants, avant ou après la consultation médicale, dans un espace dédié.

Le questionnaire portait sur les caractéristiques sociodémographiques, l'accès à l'alimentation (barrières financières, recours à l'aide alimentaire...), les pratiques alimentaires des dernières 24 heures (nombre de repas consommés, composition des repas...) et certains aspects de l'état de santé déclaré des personnes (perte de poids de manière imprévue – en dehors d'un régime – au cours des deux dernières semaines et pathologies chroniques déclarées).

Le statut d'insécurité alimentaire pour raisons financières était déterminé, d'une part, à l'aide du *Food Sufficiency Indicator* (USA FSI) développé aux États-Unis dans les années 1970 et largement utilisé dans les enquêtes en population générale depuis et, d'autre part, à l'aide de l'évaluation des dépenses consacrées à l'alimentation au cours des dernières 24 heures⁶.

La saisie des questionnaires a été effectuée sur Epidata et l'analyse des données à l'aide du logiciel SPSS (version 21.0.0.0). Les comparaisons des variables ont été testées à l'aide du test du Chi² de Pearson pour les variables qualitatives et à l'aide du test non-paramétrique de Kruskal et Wallis ou de l'analyse de variance pour les variables quantitatives.

Résultats

Au total, 529 personnes ont été sollicitées pour participer à l'enquête ; parmi elles, 346 ont accepté, soit un taux de participation de 65,4%. Les personnes ayant refusé de participer ont évoqué principalement un manque d'intérêt ou de temps, ou encore la peur de perdre leur tour dans la file d'attente pour la consultation médicale, motif initial de leur venue. Dans 5% des cas, l'entretien s'est déroulé avec l'aide d'un interprète professionnel et, dans 34,6% des cas, une tierce personne assistait à l'entretien et pouvait jouer le rôle d'interprète en cas de besoin.

Les résultats qui suivent portent uniquement sur les personnes étrangères ayant participé à l'enquête, soit 335 personnes. Les pratiques alimentaires et les mesures anthropométriques ont été étudiées seulement chez les adultes.

Caractéristiques sociodémographiques

Parmi les ressortissants étrangers, 63,6% étaient des hommes. La moyenne d'âge s'élevait à 35,3 ans. La plupart étaient originaires d'Afrique subsaharienne,

du Maghreb et d'Europe. Plus de 27% étaient arrivés en France depuis moins de 3 mois et 40,6% depuis 3 à 12 mois. Près de 7 sur 10 étaient en situation irrégulière au regard du séjour et 6,3% étaient demandeurs d'asile au jour de l'enquête (tableau 1).

Seuls 10,4% des ressortissants étrangers disposaient d'une couverture maladie en France au moment de l'enquête ; 18,2% des personnes interrogées étaient sans domicile fixe, 63,6% hébergées par un organisme ou de la famille, 13,4% occupaient un logement sans bail ou un terrain sans droit et 4,8% disposaient d'un logement personnel. Enfin, moins d'un tiers des personnes de 16 ans ou plus ont déclaré travailler.

Les pratiques alimentaires des personnes adultes enquêtées

Le nombre moyen de repas pris la veille était de 2,16 (min=0 ; max=5 ; écart-type=0,7). Parmi les personnes ayant déclaré au moins un repas, le repas principal était composé d'un plat unique dans la moitié des cas (52,3%).

Plus de 4 personnes sur 10 ont déclaré ne pas avoir mangé pendant une journée entière au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête. Pour près d'un tiers de l'échantillon, cette absence de repas pendant toute une journée est survenue au moins une fois par semaine.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des ressortissants étrangers (n=335) enquêtés dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014

	n	%
Sexe (Homme)	213	63,6
Âge		
<18 ans	38	11,7
18-34 ans	123	42,6
35-49 ans	100	34,8
50 ans ou plus	65	22,6
En couple* (oui)	60	19,7
Origine (selon la zone continentale)		
Afrique subsaharienne	143	42,7
Maghreb	84	25,1
Amérique et Océanie	2	0,6
Asie	12	3,6
Europe	75	22,4
Proche et Moyen-Orient	19	5,7
Durée de séjour en France		
<3 mois	90	27,3
[3-12 mois[134	40,6
[12-24 mois[31	9,4
≥24 mois	75	22,7
Situation administrative		
Situation régulière (hors demande d'asile)	80	23,9
Demande d'asile	21	6,3
Situation irrégulière	234	69,9
Situation vis-à-vis du logement		
Sans domicile fixe	61	18,2
Hébergés (organisme ou famille)	213	63,6
Logement sans bail, campement	45	13,4
Logement personnel	16	4,8
Couverture maladie en France (oui)	35	10,4
Activité professionnelle*		
Activité déclarée	6	2,0
Activité non déclarée	90	29,7
Aucune activité	207	68,3

* Parmi les personnes de 16 ans ou plus.

Les personnes les plus jeunes, celles en situation irrégulière ou en demande d'asile et celles vivant à la rue, en bidonville ou en squat ont indiqué, plus fréquemment que les personnes hébergées, une absence de repas pendant une journée entière (tableau 2).

Enfin, les personnes ayant déclaré ne pas avoir mangé au moins pendant une journée entière ont eu davantage recours à l'aide alimentaire ou au glanage que les autres.

Parmi les adultes, 89,7% ont déclaré avoir consommé des céréales la veille de l'enquête, 70,3% des aliments du groupe viande-poisson-œufs, 66,2% des fruits et légumes et 57,6% des produits laitiers (tableau 3).

Insécurité alimentaire pour raisons financières et accès à l'aide alimentaire

Les personnes interrogées ont indiqué dépenser en moyenne 2,5 € par personne et par jour pour se nourrir. Cette somme se réduisait à moins de 2 € pour les foyers vivant à la rue ou en campement. Les primo-arrivants consacraient significativement moins d'argent pour manger que les personnes résidant en France depuis plus de trois mois (1,6 € vs 2,8 € /j/personne, p=0,02).

Les dépenses moyennes déclarées par jour étaient significativement associées au nombre de repas pris la veille, à une moindre qualité des repas, à une absence de repas des journées

Tableau 2

Caractéristiques associées à l'absence de repas au moins une journée entière au cours du mois précédent parmi les ressortissants étrangers de plus de 18 ans (analyses univariées). Enquête dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014

N=297	n	%	p
Âge			
18-34 ans	126	51,6	0,002
35-49 ans	103	51,5	
50 ans ou plus	67	26,9	
Situation administrative			
Situation régulière	52	28,8	0,03
Demandeurs d'asile	18	50,0	
Situation irrégulière	220	49,5	
Logement			
À la rue, en campement	64	69,7	0,000
En squat	22	68,2	
Hébergé	190	38,3	
Logement personnel	14	6,7	
Accès à l'aide alimentaire			
Oui	177	57,1	0,002
Non	119	38,4	
Glanage			
Oui	52	59,6	0,02
Non	244	43,0	

Tableau 3

Consommations d'aliments déclarées la veille parmi les ressortissants étrangers de plus de 18 ans. Enquête dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014

N=297	Effectifs et % de personnes ayant déclaré consommer		Nombre moyen de portions [Min-Max]
Produits laitiers	167	57,6%	0,82 [0-5]
Fruits et légumes	194	66,2%	1,13 [0-5]
Céréales	260	89,7%	1,63 [0-4]
Viande, poisson, œufs	204	70,3%	0,99 [0-3]
Produits sucrés	114	39,3%	0,52 [0-4]
Plats préparés	36	12,4%	0,15 [0-2]

entières plus fréquente et à un recours au glanage plus fréquent.

Les principaux problèmes évoqués pour un accès à l'alimentation étaient le manque d'argent (78,2% des cas) et l'absence de cuisine ou d'équipement pour cuisiner (31,9%).

Selon le *Food Sufficiency Indicator*, 78,5% des foyers enquêtés étaient en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières, dont près de la totalité des foyers à la rue, en campement ou en squat.

Un peu plus d'un tiers des foyers (33,4%) ont déclaré avoir bénéficié d'un repas gratuit distribué par une structure d'aide alimentaire au moins une fois au cours du mois précédent, 19,4% de colis alimentaires et 2,1% d'un accès à une épicerie sociale. Au total, 42,1% des foyers ont eu accès à une aide alimentaire au cours du mois précédant l'enquête.

Parmi les 266 personnes n'ayant pas bénéficié d'aide alimentaire, 61,7% ne connaissaient pas ce type de dispositif.

Tableau 4

Caractéristiques associées à une perte de poids imprévue au cours des 15 derniers jours parmi les ressortissants étrangers de plus de 18 ans (analyses univariées)*. Enquête dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014

N=237	n	%	p
Durée de séjour en France			
<3 mois	61	52,5	0,003
≥3 mois	173	31,2	
Logement			
À la rue, en campement ou bidonville	74	45,9	0,10
Hébergé	152	32,2	
Logement personnel	11	27,3	
Nombre moyen de repas pris la veille			
1 repas ou moins	51	52,9	0,001
2 repas	98	39,8	
3 repas ou plus	88	22,7	
Absence de repas une journée entière au cours du mois précédant l'enquête			
Oui	116	45,7	0,002
Non	121	27,3	

* Hors personnes en situation d'obésité.

Tableau 5

Indice de masse corporelle (IMC) des ressortissants étrangers de 18 ans ou plus. Enquête dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014

	Femmes	Hommes	Total	p
Maigre (IMC<18,5)	1,0%	3,3%	2,4% (3,6%)	0,001
Normal (18,5≤IMC<25)	34,0% (58,9%)*	51,1% (47,6%)	45,2% (50,0%)	
Surpoids (25≤IMC<30)	34,0% (26,0%)	33,5% (38,5%)	33,7% (31,9%)	
Obésité (IMC≥30)	30,9% (15,1%)	12,1% (13,9%)	18,7% (14,5%)	
Total	100,0%	100,0%	100%	

* Entre parenthèses en italiques, données relatives à la population générale : IMC<25, 25≤IMC<30, IMC≥30.

État de santé et perte de poids de manière imprévue

Au total, 33,7% des personnes interrogées ont indiqué souffrir d'une pathologie chronique connue, principalement l'hypertension artérielle (9%) et le diabète (5%) ; 38% ont déclaré un état de santé bucco-dentaire mauvais à très mauvais, avec 21,4% de l'échantillon ayant plus de 4 dents absentes.

Plus d'un tiers (36,2%) des adultes ont expliqué avoir perdu du poids de manière imprévue au cours des deux semaines précédant l'enquête. Les primo-arrivants déclaraient significativement plus fréquemment une perte de poids. Celle-ci était significativement associée au nombre moyen de repas pris la veille et à l'absence de repas au moins une fois au cours du mois (tableau 4).

Parmi les personnes enquêtées, 2,6% étaient en situation de maigreur (indice de masse corporelle : IMC<18,5), 34,1% en surpoids (25≤IMC<30) et 18,7% obèses (IMC≥30). Les femmes étaient significativement plus souvent obèses que les hommes : 30,9% vs 12,1% (tableau 5).

Discussion

Des pratiques alimentaires très inadaptées

Alors que le Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 présente l'amélioration de l'état nutritionnel de la population comme « *un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France* » et que des mesures spécifiques ciblent les populations en situation précaire⁷, nous faisons ici le constat d'un écart particulièrement important entre ces recommandations et la réalité de l'alimentation des personnes précaires migrantes enquêtées dans les Casos.

Le nombre de repas quotidiens s'élevait en moyenne à 2,2 (se composant pour la moitié des personnes d'un plat unique), contre 2,7 pour les répondants de l'enquête Abena 2011-2012⁸ (lesquels étaient bénéficiaires d'une aide alimentaire : distributions de repas, de paniers et accès aux épiceries sociales) et 3,9 pour la population générale française⁹. Les personnes précaires migrantes rencontrées dans les programmes MdM se caractérisaient par un nombre de repas quotidiens inférieur à celui relevé dans d'autres enquêtes menées auprès de populations considérées comme précaires et bénéficiaires de l'aide alimentaire.

Près de la moitié des personnes ont déclaré ne pas avoir mangé au moins une journée entière au cours du mois et, dans plus de 6 cas sur 10, elles indiquaient avoir pris moins de 3 repas la veille. Ce chiffre reste bien supérieur aux résultats de l'enquête Abena, qui montrait que près de 40% des usagers de l'aide alimentaire déclaraient moins que les 3 prises alimentaires journalières recommandées par le PNNS. L'étude révèle que la perte de poids imprévue est associée à une absence de repas au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête et au nombre de repas pris la veille. Seules 2 personnes sur 3 enquêtées avaient consommé une portion de fruits ou légumes et un peu plus de la moitié un produit laitier la veille, alors que le PNNS recommande chez une population adulte cinq fruits et légumes par jour et trois, voire quatre produits laitiers par jour.

Du point de vue quantitatif comme qualitatif, les consommations des personnes étrangères enquêtées étaient nettement insuffisantes et ne pouvaient garantir un état de santé satisfaisant au regard des recommandations nationales.

Un cumul de facteurs de vulnérabilité

La première barrière évoquée pour l'accès à l'alimentation était financière pour 78,2% de l'échantillon, et plus les personnes avaient des ressources limitées, plus la situation alimentaire se dégradait. En effet, l'alimentation reste une variable d'ajustement dans les budgets des plus précaires face à d'autres postes de dépenses incompressibles (logement, énergie, eau)¹⁰. La part des foyers en situation d'insécurité alimentaire pour raisons financières était six fois supérieure à la moyenne nationale¹¹, qui est de 12,2% des adultes. Comparés au reste de la population, les participants à l'étude se trouvaient donc dans des conditions d'extrême fragilité.

Plus des 2/3 de l'échantillon (69,7%) ont déclaré dépenser moins de 3,5 € par jour et par personne, somme en deçà de laquelle des risques pour la santé sont décrits¹¹, concernant non seulement l'obésité, mais aussi la plupart des pathologies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, l'hypertension et le diabète.

Il existe une corrélation entre l'insécurité alimentaire pour raisons financières et la situation face au logement ainsi que le statut administratif. La population sans logement ou en logement précaire a les dépenses alimentaires les plus faibles pour se nourrir (moins de 2 € / personne et par jour).

L'absence de repas est plus fréquente chez les personnes en situation irrégulière ou en demande d'asile et chez celles vivant à la rue, en bidonville ou en squat, par rapport à celles qui sont hébergées. La totalité des personnes vivant en logement précaire (rue, squat ou campement) sont en situation d'insécurité alimentaire.

Au-delà des ressources financières insuffisantes pour se procurer de la nourriture, ces personnes, de par la précarité des logements, sont aussi celles qui ne disposent généralement pas d'emplacement ni d'équipement nécessaires pour cuisiner (problème mentionné par 1/3 des personnes interrogées).

Les enjeux sur la santé des personnes

Force est de constater que l'insécurité alimentaire et les apports insuffisants jouent un rôle sur le statut nutritionnel des personnes. Ainsi, nous avons pu observer qu'un pourcentage important de personnes avaient rapporté une perte de poids récente de manière imprévue et/ou étaient en situation de maigreur, l'une des conséquences physiques de la sous-alimentation. La perte de poids de manière imprévue la plus importante a été observée chez les primo-arrivants et les personnes vivant dans la rue ou en campement.

Selon nos résultats, les problèmes de surpoids ou d'obésité touchaient près de la moitié des adultes enquêtés (45,7%), soit une fréquence deux fois supérieure à celle observée dans la population générale française¹². L'obésité, qui concernait 18,7% des adultes, était particulièrement élevée chez les femmes (31,6%). Différentes études portant sur les modes de vie des populations précaires révèlent, outre la sédentarité, des pratiques alimentaires considérées comme des « facteurs » de surpoids. Les plus souvent cités sont l'absence de petit déjeuner équilibré, la présence d'aliments sucrés consommés en dehors des repas ainsi qu'une certaine « déstructuration » des pratiques alimentaires¹³.

Concernant les pathologies chroniques, nous constatons, d'après les déclarations des personnes interrogées, que presque un tiers d'entre elles présentaient une pathologie chronique (obésité, diabète, dyslipidémies...), pathologies pouvant être en lien avec une alimentation défavorable. Il convient toutefois de noter que, cette enquête se déroulant au décours d'une visite médicale, ce chiffre peut être surestimé par rapport à une enquête en population générale.

Une augmentation de la prévalence de plusieurs pathologies liées à la nutrition parmi les bénéficiaires de l'aide alimentaire a également été retrouvée dans les enquêtes Abena (obésité chez les femmes, hypertension artérielle chez les hommes...)⁸.

Enfin, la mauvaise santé bucco-dentaire des patients résulte à la fois d'une difficulté d'accès aux soins et d'une mauvaise alimentation (exposition inadéquate au fluor, exposition aux acides de certains aliments et de certaines boissons). Elle est également une conséquence d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire (difficultés d'accès à l'eau et à des moyens disponibles pour le brossage des dents). En outre, l'absence de dents peut être très handicapante, en particulier pour les personnes qui ne sont pas en mesure de cuisiner ni même choisir la nourriture qu'elles peuvent consommer. Rappelons que 38% des personnes enquêtées considéraient avoir un mauvais ou très mauvais état de santé bucco-dentaire et que pour 2 personnes sur 5, au moins 4 dents étaient absentes. Sur cette question, les personnes à la rue, en squat ou bidonvilles sont les plus vulnérables.

Une crise de l'accueil des personnes migrantes et des dispositifs inadaptés

Les pratiques observées en matière d'alimentation sont défavorables à une bonne santé. Elles peuvent être à l'origine d'amaigrissement, mais aussi d'obésité chez ces personnes. Celles reçues dans le cadre des programmes MdM étant en situation de précarité, elles devraient toutes pouvoir bénéficier de dispositifs d'aide accessibles aux personnes sans ressource financière et/ou hébergement. Or, on constate que seuls 42% des foyers ont eu recours au moins une fois à l'aide alimentaire au cours du mois précédant l'enquête, et que 61% des personnes qui n'en ont pas bénéficié ne connaissaient pas ce type de dispositif. Ce résultat met en évidence une sous-utilisation et une méconnaissance importante de ces structures par une population particulièrement concernée.

Pour les primo-arrivants, on peut avancer l'hypothèse que leurs difficultés tiennent à un manque d'information sur les ressources existantes.

Quand elle est utilisée, cette aide, essentielle à la survie, reste souvent insuffisante et/ou trop ponctuelle pour couvrir la totalité des besoins alimentaires. Le recours à l'achat pour compléter les besoins alimentaires du foyer est nécessaire mais difficile, compte tenu des ressources très faibles. Rappelons que, si la moyenne des dépenses pour la nourriture s'élevait à 2,5 € / jour et par personne dans notre échantillon, elle était de 1,6 € / jour et par personne pour les primo-arrivants.

Forces et limites de l'enquête

Une limite de l'étude réside dans le fait qu'elle repose sur un questionnaire administré en face à face, impliquant un risque de sous ou sur-déclaration pour certaines questions. On peut notamment envisager un risque de sous-déclaration des quantités consommées ou des dépenses effectives, liée à un biais de mémoire.

Parmi les forces de cette enquête : des questionnaires tous administrés par un même enquêteur, la possibilité de recourir à l'interprétariat professionnel par téléphone et des questionnaires traduits dans les langues d'origine des patients permettant une meilleure qualité de réponse, même si cela n'a pas augmenté la participation (pour des raisons de disponibilité des patients essentiellement).

Conclusion

Les personnes migrantes enquêtées au sein des Casos rencontrent donc de grandes difficultés à accéder à une alimentation saine, équilibrée et en quantité suffisante du fait de leur situation financière et sociale. Les contraintes budgétaires et les conditions de logement auxquelles elles doivent faire face les orientent bien souvent vers une alimentation défavorable à leur santé (réduction des prises alimentaires, alimentation déséquilibrée...). Par conséquent, elles sont davantage à risque de développer des pathologies liées à une mauvaise nutrition, telles que le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires...

Pour prévenir la dégradation de l'état de santé et casser cette spirale défavorable (alimentation insuffisante et déséquilibrée, amaigrissement ou/puis surpoids et, à terme, possible développement de pathologies chroniques), il est important de mener des actions de dépistage des pathologies chroniques et aiguës en lien avec l'alimentation. Il est aussi, et surtout, nécessaire de travailler sur les déterminants sociaux tels que l'accès au logement et l'accès aux droits à une couverture maladie, ainsi que développer l'accès à une aide alimentaire diversifiée et adaptée aux besoins de ces personnes migrantes et en situation de précarité. ■

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des équipes bénévoles et salariées ayant contribué à faciliter la mise en œuvre et le déroulement de cette enquête, ainsi que toutes les personnes accueillies dans les programmes de MdM qui ont bien voulu participer et à l'enquête.

Références

- [1] Institut national de la statistique et des études économiques. Tableau de l'économie française. Édition 2012. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372680>
- [2] Triandafyllidou A (coord.). CLANDESTINO project. Final report. Bruxelles: Commission européenne; 2009. 190 p. http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2010/03/clandestino-final-report_-november-20091.pdf
- [3] Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. Bull Epidémiol Hebd. 2012;(2-3-4):17-21. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7829
- [4] Stanojevich A, Veisse A. Repères sur la santé des migrants. La Santé de l'Homme. 2007;(392):21-4. <http://inpes.sante publiquefrance.fr/SLH/sommaires/392.asp>
- [5] Laurence S, Durand E, Thomas E, Chappuis M, Corty JF. Food insecurity and health status in deprived populations, 2014: A multicentre survey in seven of the social and medical healthcare centres (CASOs) run by Doctors of the World, France. Public Health. 2017;143:97-102.

[6] Radimer KL, Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries, *Public Health Nutr.* 2002;5(6A):859-64.

[7] Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011-2015. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

[8] Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A, *et al.* Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. ORS, InVS, Inpes; 2013. 184 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11401

[9] Math T, Francou A, Colin J, Hebel P. Comparaison des modèles alimentaires français et états-uniens. *Cahier de Recherche Crédoc.* 2011;(283). 96 p. <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C283.pdf>

[10] Birlouez E. L'insécurité alimentaire en France. *Pour.* 2009;(202-203):73-8. <https://www.cairn.info/revue-pour-2009-3-page-73.htm>

[11] Darmon N, Bocquier A, Vieux F, Cavallet F. L'insécurité alimentaire pour raisons financières en France. ONPES, Les travaux de l'Observatoire. Paris: Institut national de la recherche agronomique; 2009. 25 p. http://www.alimenterre.org/sites/www.cfsi.asso.fr/files/675_rapport_final_inra.pdf

[12] Institut national de la santé et de la recherche médicale, Kantar Health, Roche. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012. Paris: Inserm; 2012. 60 p.

[13] Darmon N, Khlaf M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr.* 2001;4(2):163-72.

Citer cet article

Chappuis M, Thomas E, Durand E, Laurence S. Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité : une enquête multicentrique dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(19-20):415-22. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_6.html

> ARTICLE // Article

ÉVALUATION DES FRÉQUENCES DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE D'UNE POPULATION D'IMMIGRÉS EN SITUATION D'INSERTION EN RÉGION PARISIENNE

// ASSESSMENT OF DIETARY FREQUENCY AMONG AN IMMIGRANT POPULATION BEING INTEGRATED IN THE PARIS AREA, FRANCE

Thibaut Miszkowicz^{1,2}, Camille Buscail^{1,2}, Caroline Méjean³, Nathalie Hayashi⁴, Thierry Kern⁴, Thanh Le Luong⁴, Serge Hercberg^{1,2}, Chantal Julia (c.julia@uren.smbh.univ-paris13.fr)^{1,2}

¹ Université Paris 13, Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle (Eren), Centre d'épidémiologie et biostatistiques Sorbonne Paris Cité (CRESS), Inserm U1153, Inra U1125, Cnam, COMUE Sorbonne-Paris-Cité, Bobigny, France

² Département de santé publique, Hôpital Avicenne, AP-HP, Bobigny, France

³ Institut national de la recherche agronomique (Inra), UMR 1110 MOISA, Montpellier, France

⁴ Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), Délégation départementale de Seine-Saint-Denis, Bobigny, France

Soumis le 10.03.2017 // Date of submission: 03.10.2017

Résumé // Abstract

Introduction – En changeant de pays, les migrants doivent se réappropriier certains repères fondamentaux. Cette adaptation peut conduire à l'instauration d'habitudes alimentaires moins favorables à la santé. L'objectif de l'étude était de décrire les comportements alimentaires d'une population d'immigrés enquêtés lors de leur passage à l'Office français de l'immigration et de l'Intégration (OFII), et d'étudier les relations entre ces consommations et la durée de résidence en France.

Méthodes – Les immigrés se rendaient à l'OFII afin de signer un contrat d'accueil et d'intégration (CAI). L'étude était proposée par l'enquêteur à ceux maîtrisant le français oral et écrit. Les participants recevaient un court questionnaire, renseignant les fréquences de consommations pour 11 groupes d'aliments. Afin d'étudier les relations entre ces consommations et la durée de résidence, des analyses ajustées sur les caractéristiques sociodémographiques ont été réalisées.

Résultats – L'échantillon d'étude se composait de 723 participants. Parmi eux, 33,4% consommaient au moins cinq fruits et légumes par jour. Seuls 13,3% consommaient trois produits laitiers quotidiennement. Par ailleurs, 66,3% consommaient au moins deux fois par semaine des produits issus de la pêche. Plus d'un quart (28,0%) consommait des boissons sucrées quotidiennement, et la moitié des produits sucrés (48,7%) ou gras et salés (47,0%) tous les jours. Il n'y avait aucune association statistiquement significative entre consommations par groupe d'aliments et durée de résidence en France.

Conclusion – Les consommations alimentaires de la population immigrée présentent quelques spécificités en comparaison de celles de la population générale, nécessitant des messages de prévention adaptés.

Introduction – Changing countries mean that migrants need to learn some basic benchmarks. This adaptation can lead to unhealthy dietary habits. The purpose of this study was to describe the dietary consumptions of major food groups in a migrant population surveyed during their mandatory visit at the Office of Immigration and Integration (OFII), and to assess the relationships between these consumptions and the duration of their residence in France.

Méthodes – Migrants attending the OFII as part of their mandatory immigration process with a proficiency in written and spoken French, were included in this study on a voluntary basis. Participants responded to a self-administered food frequency questionnaire based on 11 food groups. We carried out adjusted analyzes on socio-demographic characteristics to evaluate relationships between these consumptions and duration of stay.

Results – A total of 723 participants were included in this study. Among them, 33.4% consumed at least 5 fruits and vegetables a day. Only 13.3% consumed 3 dairy products a day. In addition, 66.3% consumed seafood at least twice a week. More than a quarter of the sample (28.0%) consumed sweetened beverages daily, and half of them sugary (48.7%) or fatty and salty (47.0%) products every day. There was no association between food group consumption and duration of stay in France.

Conclusion – Dietary habits of migrants appear to have specific characteristics compared to those observed in the general population. Nutritional prevention messages should be adapted to these cultural specificities.

Mots-clés : Immigrés, Alimentation, Étude descriptive
// **Keywords**: Immigrants, Diet, Descriptive study

Introduction

Dans de nombreux pays hôtes, il a été constaté que les populations issues de l'immigration étaient plus à risque de mortalité et de morbidité en rapport avec des maladies non-transmissibles liées à l'alimentation, en comparaison avec la population autochtone^{1,2}. Pourtant en France, un « paradoxe méditerranéen des migrants » a été décrit, selon lequel les hommes immigrés d'origine nord-africaine auraient un avantage en santé, particulièrement pour les maladies liées à l'alimentation telles que certains cancers et les maladies cardio-vasculaires³. Néanmoins, d'autres études s'intéressant à l'état de santé des populations d'immigrés ont nuancé cette notion, notamment en matière de syndrome métabolique et de diabète de type 2^{4,5}.

Outre que la migration constitue le moment où un individu change de lieu de vie, elle est aussi l'occasion d'une transition culturelle, d'un changement de style de vie et de société. L'établissement d'une personne dans un nouveau pays pour une durée relativement longue, voire permanente, l'oblige à se réapproprier certains repères fondamentaux, au rang desquels se trouvent les habitudes alimentaires⁶. De nombreux facteurs semblent influencer sur les consommations alimentaires des immigrés, parmi lesquels l'environnement socio-culturel ainsi que les croyances et les perceptions liées à l'alimentation sont ceux que l'on retrouve le plus fréquemment dans les diverses études menées en Europe sur ces populations⁷. Il résulte de cette adaptation un phénomène dit « d'acculturation alimentaire », pouvant se définir comme étant le processus complexe et multidirectionnel par lequel les membres d'un groupe minoritaire d'une société intègrent les modèles alimentaires de leur pays d'accueil⁸. L'ampleur de ces changements varie en fonction de l'origine géographique des immigrés et de l'exposition passée et actuelle aux normes socio-culturelles du pays d'origine¹.

De plus, selon un rapport de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) publié

en 2012, le revenu annuel moyen des ménages dont la personne de référence est immigrée est d'un montant inférieur de près de 25% à celui de l'ensemble des ménages en France⁹. Or, les choix alimentaires sont en partie déterminés par le niveau socioéconomique des individus¹⁰. Ce fait, conjugué à une exposition à une offre alimentaire de type occidental riche en produits gras, salés et sucrés, qui sont relativement peu onéreux, peut conduire à l'instauration d'habitudes de consommations moins favorables à la santé chez les populations immigrées¹¹. Dans certains pays en développement ou émergents, particulièrement d'Afrique du Nord, ces populations peuvent déjà avoir été exposées à ce type d'alimentation du fait de la transition nutritionnelle qui s'y opère¹².

En France, peu de travaux se sont intéressés de manière spécifique aux comportements alimentaires des personnes immigrées^{6,13}. La nutrition étant un facteur majeur et modifiable des maladies non-transmissibles¹⁴, l'étude des comportements alimentaires dans les populations immigrées représente un enjeu important pour favoriser la mise en place d'actions de prévention efficaces et adaptées à ces populations. L'objectif de la présente étude était de décrire les fréquences de consommation alimentaire d'une population d'immigrés enquêtés lors de leur passage à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) de Bobigny (Seine-Saint-Denis, 93), passage obligé au cours de leur procédure administrative d'intégration en France. Nous nous sommes également intéressés aux relations entre consommations alimentaires et durée de résidence en France.

Participants et méthodes

Sujets

La population éligible à l'étude était constituée d'immigrés en situation régulière, accueillis à l'OFII de Bobigny dans le cadre du contrat d'accueil

et d'intégration (CAI), afin de le signer et de passer une visite médicale, obligatoire dans leur parcours d'insertion en France. Les personnes se présentant à l'OFII pour le CAI, devenu depuis le 1^{er} juillet 2016 contrat d'intégration républicaine (CIR), sont des étrangers en situation régulière, entrés ou admis au séjour en France pour un motif professionnel ou familial ou en tant que réfugiés, et qui souhaitent résider durablement sur le territoire français. Certaines personnes se présentant pour le CAI sont donc déjà résidentes sur le territoire français depuis plusieurs mois, voire années, car elles y séjournaient auparavant en situation irrégulière. Les personnes pouvant être vues à l'OFII dans le cadre du CAI appartiennent donc pour la plupart à la population active et bénéficient d'un emploi et/ou d'un soutien familial et social en France.

Le recueil des données s'est déroulé de mai à juin 2016.

Les sujets étaient inclus à l'étude s'ils avaient 18 ans et plus et étaient capables de comprendre le français oral et écrit (figure).

Données collectées

Questionnaire de fréquence alimentaire

Le questionnaire de fréquence alimentaire court collecté auprès des participants était issu du questionnaire simplifié Abena¹⁵. Adapté à des conditions d'enquête difficiles, il a pour but d'estimer les fréquences de consommation de 11 groupes

d'aliments identifiés par le Programme national nutrition santé (PNNS), et pour lesquels il existe des recommandations. Il comprend une quinzaine de questions et est prévu pour une administration en face à face. Une adaptation du questionnaire pour une auto-administration a été réalisée dans le cadre de cette étude, en particulier par l'ajout d'images d'aliments emblématiques de chaque groupe alimentaire, pour en améliorer la compréhension. Le questionnaire propose, pour 11 groupes alimentaires, d'indiquer la fréquence de consommation quotidienne ou hebdomadaire. Ces groupes d'aliments sont : les fruits, les légumes, les produits céréaliers, le groupe « viande-poisson-œuf » (VPO), le lait et les produits laitiers, les produits sucrés, les produits gras et salés, l'eau, les boissons sucrées et les boissons alcoolisées. La taille des portions consommées n'est pas évaluée. La fréquence de consommation et la quantité consommée (en nombre de verres) est demandée pour l'eau, les boissons sucrées et les boissons alcoolisées. Afin de rendre les résultats interprétables par rapport aux repères de consommation fixés par le PNNS, les fréquences de consommation ont été présentées en tenant compte du repère alimentaire correspondant à chaque groupe d'aliments (par exemple, cinq par jour pour le groupe des fruits et légumes)¹⁶.

Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques prises en compte dans cette étude étaient le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le statut matrimonial, la durée de résidence en France et la région d'origine du participant : pays du Maghreb, Afrique (hors pays du Maghreb), Europe, Asie, Amériques. Ces données, issues du questionnaire de l'OFII, ont été complétées pendant la visite médicale par les participants. Le lien entre le questionnaire de fréquence alimentaire papier et le dossier OFII était réalisé grâce au numéro de dossier OFII.

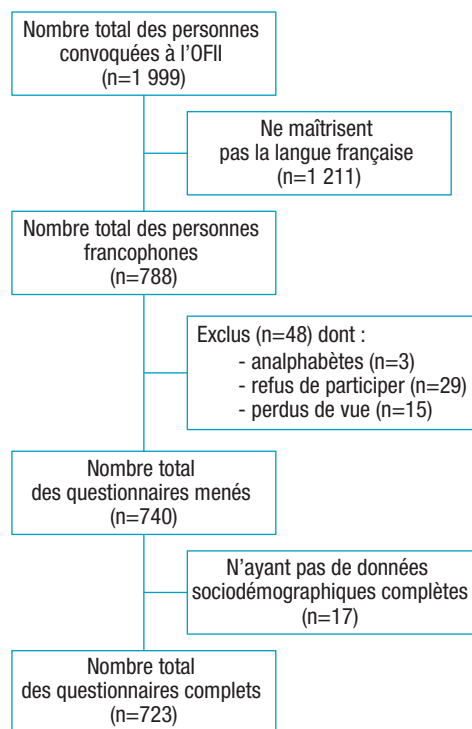
Analyses statistiques

Afin d'étudier les relations entre les niveaux de fréquence de consommation de chaque catégorie d'aliments selon la durée écoulée depuis l'arrivée en France, nous avons utilisé des tests du Chi² pour les analyses descriptives. Pour les analyses multivariées, des régressions logistiques multinomiales ont été effectuées en prenant comme variables réponses les codages d'aliments en trois classes. Les variables d'ajustement retenues étaient le sexe, l'âge (plus ou moins de 45 ans), la région d'origine, la situation maritale et le niveau d'éducation.

Les participants ayant des données manquantes pour les caractéristiques sociodémographiques ont été exclus de l'analyse. En ce qui concerne les consommations alimentaires, les données manquantes ont été exclues séparément pour chaque groupe alimentaire. De ce fait, pour chaque groupe alimentaire, les consommations rapportées sont uniquement celles des participants ayant renseigné les données relatives à ce groupe. Les niveaux de

Figure

Diagramme de flux de la population d'étude, OFII Bobigny (France), 2016



OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration.

données manquantes allaient de 4,8% à 17,8% selon les groupes d'aliments. Les taux les plus élevés de non-réponse étaient pour les groupes « boissons sucrées » (17,7%) et « produits gras et salés » (17,8%).

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel SAS (version 9.4, SAS® Institute Inc, Cary, NC, États-Unis). Le risque de première espèce était de 5%. Les hypothèses testées étaient considérées de manière bilatérale.

Déroulement de l'enquête

Les personnes devant signer le CAI sont convoquées à l'OFII de Bobigny pour une demi-journée, l'accueil se faisant en groupe à deux moments, le matin à 8h30 et l'après-midi à 13h30. Les sujets francophones et non-francophones assistaient, avant leur visite médicale, à une présentation des enjeux du CAI. Ensuite, l'étude était expliquée par l'enquêteur aux sujets maîtrisant le français oral et écrit, et il leur était proposé d'y participer sur la base du volontariat. Ceux qui avaient accepté de participer recevaient le questionnaire sous format papier et avaient la possibilité de le compléter en attendant d'être appelés pour la visite médicale. L'enquêteur restait à la disposition des participants pendant toute la demi-journée, pouvant ainsi répondre aux questions et aux incompréhensions possibles du questionnaire. À la fin de la demi-journée, l'enquêteur récupérait les questionnaires complétés par les participants.

Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du Comité d'évaluation éthique de l'Inserm en date du 7 juin 2016 et d'une déclaration à la Cnil le 11 mai 2016 (N°1956420 v 0). Le consentement pour y participer a été obtenu de façon orale, après présentation de l'étude et de ses objectifs. Les données socio-démographiques des participants étaient extraites des dossiers par le personnel de l'OFII, l'enquêteur n'ayant à aucun moment un accès direct au dossier de l'OFII des participants. Ce numéro était ensuite anonymisé lors des analyses.

Résultats

Parmi les 1 999 personnes convoquées à l'OFII durant la période d'étude, 788 étaient francophones et susceptibles de participer à l'étude. Parmi celles-ci, 740 ont répondu au questionnaire. Après exclusion de 17 participants pour lesquels le lien avec les données sociodémographiques n'a pas été possible, notre échantillon se composait de 723 participants.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont présentées dans le tableau 1. Dans près de la moitié des cas (44,6%), les immigrés étaient arrivés en France depuis moins de deux ans. Une large majorité provenait du continent africain, en particulier des pays du Maghreb. Les participants étaient originaires d'Asie dans 15,4% des cas.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude. Enquête OFII Bobigny (France), 2016

Durée depuis l'arrivée en France	<2 ans		2-9 ans		10 ans et plus		p brut	Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%
Total	315	44,6	248	34,3	160	22,1		723	
Sexe							< 0,0001		
Homme	163	51,7	162	65,3	123	76,9		448	62
Femme	152	48,3	86	34,7	37	23,1		275	38
Âge							< 0,0001		
De 18 à moins de 45 ans	289	91,8	232	93,6	124	77,5		645	89,2
45 ans et plus	26	8,2	16	6,4	36	22,5		78	10,8
Région d'origine							< 0,0001		
Maghreb	214	67,9	104	41,9	80	50,3		398	55,1
Afrique	78	24,8	70	28,2	42	26,4		190	26,3
Autres ¹	23	7,3	74	29,8	37	23,3		134	18,6
Situation maritale							< 0,0001		
Vit seul	92	29,2	145	58,5	118	74,2		355	49,2
En couple	223	70,8	103	31,5	41	25,8		367	50,8
Niveau d'éducation							< 0,0001		
Aucun diplôme et primaire	37	11,7	37	14,9	37	23,3		111	15,4
Secondaire	170	54	181	73	102	64,1		453	62,7
Université	108	34,3	30	12,1	20	12,6		158	21,9

¹ Regroupe les régions Asie, Amériques, Europe.

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration ; PNNS : Programme national nutrition santé.

Les proportions d'hommes et de personnes vivant seules augmentaient de manière significative avec la durée de résidence en France.

Le tableau 2 présente les fréquences de consommation des différents groupes alimentaires faisant l'objet de repères chiffrés dans le PNNS. De façon globale, 41,6% des participants pouvaient être considérés comme des petits consommateurs de fruits et légumes (moins de 3,5 portions par jour). En revanche, un tiers des participants mangeait au moins cinq fruits et légumes quotidiennement, quantité recommandée dans cadre du PNNS. Au total, 66,7% des personnes interrogées consommaient des produits céréaliers au moins trois fois par jour, le repère du PNNS indiquant d'en manger à chaque repas. Seuls 13,3% des participants atteignaient le repère du PNNS pour les produits laitiers, soit trois par jour, alors que la grande majorité (79,2%) en mangeait moins. Près de la moitié des participants (40,9%) consommait une à deux fois par jour des aliments appartenant au groupe « viande,

poisson, œufs » (repère de consommation du PNNS) et approximativement la même proportion (42,9%) dépassait ce repère. Par ailleurs, les deux tiers des participants (66,3%) mangeaient au moins deux fois par semaine des produits issus de la pêche (repère du PNNS).

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre la consommation des catégories d'aliments et la durée de résidence en France après ajustement sur les variables sociodémographiques.

Le tableau 3 présente les fréquences de consommation des différents groupes alimentaires qui sont à limiter selon les recommandations du PNNS. Plus d'un quart de notre effectif (28,0%) consommait des boissons sucrées quotidiennement, et près de la moitié des produits sucrés (48,7%) ou gras et salés (47,0%) tous les jours. Aucune association significative n'a été observée entre la consommation de ces produits et la durée de résidence en France après la prise en compte des variables sociodémographiques.

Tableau 2

Fréquences de consommation selon les repères établis par le PNNS. Enquête OFII Bobigny (France), 2016

Durée depuis l'arrivée en France	<2 ans (n = 315)		2-9 ans (n = 248)		10 ans et plus (n = 160)		p		Total (n=723)	
	n	%	n	%	n	%	brut	ajusté ¹	n	%
	Consommation de fruits et légumes (n=689)							0,497	0,886	
<3,5 par jour	118	39,1	101	42,4	68	45,6			287	41,6
[3,5-5[par jour	79	26,2	54	22,7	39	26,2			172	25
≥5 par jour	105	34,8	83	34,9	42	28,2			230	33,4
Consommation de produits céréaliers (n=692)							0,234	0,597		
<3 fois par jour	110	36,1	71	30,3	49	32			230	33,2
3 fois par jour	65	21,3	70	29,9	39	25,5			174	25,1
>3 fois par jour	130	42,6	93	39,7	65	42,5			288	41,6
Consommation de lait et produits laitiers (n=683)							0,106	0,536		
<3 fois par jour	229	75,6	184	80	128	85,3			541	79,2
3 fois par jour	51	16,8	28	12,2	12	8			91	13,3
>3 fois par jour	23	7,6	18	7,8	10	6,7			51	7,5
Consommation de VPO² (n=666)							0,803	0,965		
<1 fois par jour	47	16	39	16,8	22	15,5			108	16,2
1 à 2 fois par jour	125	42,7	91	39,2	57	40,1			273	40,9
>2 fois par jour	121	41,3	102	44	63	44,4			286	42,9
Consommations de produits de la pêche (n=679)							0,029	0,451		
<2 fois par semaine	111	37,5	72	30,4	46	31,5			229	33,7
2 à 3 fois par semaine	61	20,6	44	18,6	18	12,3			123	18,1
>3 fois par semaine	124	41,9	121	51	82	56,2			327	48,2

¹ Régression logistique multinomiale : variable groupe d'aliment en trois classes en fonction de la durée de séjour en France, ajustée sur le sexe, l'âge, la région d'origine, la situation maritale, le niveau d'éducation.

² VPO : Viande-Poisson-Cœufs.

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration ; PNNS : Programme national nutrition santé.

Tableau 3

Fréquences de consommation des groupes alimentaires dont les consommations devraient être limitées. Enquête OFII Bobigny (France), 2016

Durée depuis l'arrivée en France	<2 ans		2-9 ans		10 ans et plus		p		Total	
	(n = 315)		(n = 248)		(n = 160)		brut	ajusté ¹	(n=723)	
	n	%	n	%	n	%			n	%
Consommation de produits sucrés (n=672)							0,552	0,463		
<2 fois par semaine	84	28,4	74	32,3	50	34			208	30,9
Entre 2 fois par semaine et 1 fois par jour	64	21,6	41	17,9	32	22			137	20,4
≥1 fois par jour	148	50	114	49,8	65	44			327	48,7
Consommation de produits gras et salés (n=594)							0,298	0,831		
<2 fois par semaine	23	8,8	19	9,1	12	9,7			54	9,1
Entre 2 fois par semaine et 1 fois par jour	123	47,1	94	45	44	36			261	43,9
≥1 fois par jour	115	44,1	96	45,9	68	55			279	47
Consommation de sodas (n=597)							0,798	0,545		
<2 fois par semaine	85	31,8	62	31	47	36			194	32,5
Entre 2 fois par semaine et 1 fois par jour	103	38,6	84	42	49	38			236	39,5
≥1 fois par jour	79	29,6	54	27	34	26			167	28

¹ Régression logistique multinomiale : variable groupe d'aliment en trois classes en fonction de la durée de séjour en France, ajustée sur le sexe, l'âge, la région d'origine, la situation maritale, le niveau d'éducation.

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration ; PNNS : Programme national nutrition santé.

Discussion

D'après les données recueillies lors de cette étude, l'alimentation de la population de migrants francophones consultant l'OFII de Bobigny présentait quelques particularités.

La proportion de petits consommateurs de fruits et légumes (moins de 3,5 portions par jour) était légèrement supérieure à celle observée au cours de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) de 2006, qui renseignait les fréquences de consommation pour un échantillon représentatif de la population française (41,6% contre 35,0%)¹⁷. La proportion de personnes atteignant le repère de consommation fixé par le PNNS (plus de 5 portions par jour) lui était un peu inférieure (33,4% contre 42,8%)¹⁶. En outre, et après ajustement sur les facteurs de confusion, cette recommandation était significativement mieux suivie par les femmes que par les hommes ($p < 0,0001$, données non présentées).

Dans notre population d'étude, les consommations de fruits et légumes ne différaient pas selon la durée écoulée depuis l'arrivée en France, laissant envisager que d'autres facteurs socioéconomiques impactent ce niveau de consommation. En effet, les données de la littérature indiquent que la consommation de fruits et légumes constitue un marqueur d'inégalités sociales, et leur fréquence d'achat est l'une des premières à diminuer dans les populations à revenus modestes, en raison de leur coût¹⁸.

La consommation de lait et de produits laitiers observée dans notre échantillon est très inférieure à celle

retrouvée en population générale en France¹⁷. En effet, dans notre étude, le repère fixé par le PNNS était atteint deux fois moins souvent qu'en population générale (13,3% contre 29%) et la proportion de faibles consommateurs était beaucoup plus importante. Comme pour les fruits et légumes, cette recommandation était plus fréquemment respectée chez les femmes que chez les hommes ($p = 0,0001$, données non présentées).

Ces différences de consommation de lait et de produits laitiers selon les régions du monde sont bien connues et principalement liées à des facteurs culturels forts, mais aussi en partie à la disponibilité des produits et à leur coût dans les pays en développement, à l'absence d'équipements de réfrigération ou encore à une prévalence importante de l'intolérance au lactose dans la population asiatique^{12,19,20}. Bien que la consommation mondiale de produits laitiers ait augmenté ces dernières années, ces pays émergents ou en développement ne bénéficient pas de la même sensibilisation à leur consommation qu'en France, ce qui peut expliquer que les migrants n'aient pas le réflexe d'en consommer, y compris après plusieurs années de résidence en France¹⁹.

Concernant le groupe « viande, poisson, œufs », on observe que les proportions de participants atteignant le repère de consommation fixé par le PNNS ou le dépassant sont plus importantes qu'en population générale¹⁷. Une partie de cette consommation, importante en produits carnés dans son usage quotidien, peut s'expliquer par leur disponibilité plus importante et leur relative accessibilité économique

en France (en particulier pour les volailles et viandes en conserve), en comparaison au coût relativement élevé des produits carnés dans les pays d'origine, notamment au Maghreb⁶. Une autre explication possible à ce résultat pourrait être une consommation importante d'œufs, très accessibles financièrement et beaucoup consommés dans certains des pays d'origine, comme ceux du Maghreb d'où provenaient les deux tiers des participants de l'étude. Cependant, le questionnaire utilisé pour cette étude ne nous permet pas d'étudier séparément les consommations de viande et d'œufs, ce qui limite l'interprétation de ces résultats. De plus, ces données sont à mettre en parallèle avec une consommation très importante de produits issus de la pêche au sein de notre population d'étude. Les proportions de repères atteints ou non-atteints pour cette classe d'aliments sont à l'inverse de celles obtenues en population générale (66,3% de personnes atteignant ce repère de consommation contre 30,2% en population générale)¹⁷. Le poisson fait partie historiquement du régime traditionnel méditerranéen, correspondant au régime d'une partie des participants à cette étude, et il s'intègre dans les recettes traditionnelles de nombreux pays où il représente une source relativement abordable de protéines animales par rapport à la viande^{21,22}. Les effets bénéfiques de sa consommation dans la prévention de maladies cardio-vasculaires incitent à valoriser cette habitude alimentaire dans population migrante²².

Les consommations d'aliments gras et salés ainsi que de produits sucrés étaient quotidiennes dans près de la moitié de notre échantillon, et plus fréquentes chez les personnes avec un niveau d'éducation scolaire moindre, après ajustement sur les facteurs de confusion ($p=0,02$, données non présentées). La proportion de consommateurs quotidiens de produits sucrés ou de produits gras et salés était supérieure à celle trouvée dans l'étude Abena 2 chez les bénéficiaires de l'aide alimentaire du groupe « denrées » (48,7% contre 29,4% pour les produits sucrés ; 47,0% contre 9,0% pour les produits gras et salés)¹⁵.

Le coût des aliments gras et sucrés, relativement à l'énergie apportée, est plus abordable que celui des produits sains, incitant à leur consommation chez des personnes de niveau socioéconomique plus modeste²³. Par ailleurs, une évolution des habitudes alimentaires vers une augmentation de consommation des produits gras, sucrés et salés a été identifiée dans plusieurs études s'intéressant au processus d'acculturation alimentaire de personnes immigrées¹¹. Cependant, les caractéristiques de notre étude ne permettent pas de rendre compte d'une évolution des consommations de ces produits chez les participants suite à leur immigration en France. De plus, du fait de la transition nutritionnelle opérée dans le contexte du développement de certains pays, il est possible que les participants aient déjà été exposés initialement à ce type d'alimentation dans leur pays d'origine¹². Les risques liés à la surconsommation de ces produits sont le développement de maladies chroniques dont certaines, là encore, surviennent déjà plus fréquemment au sein de la population migrante, en dehors de l'effet lié à leur alimentation².

Une des principales limites de cette étude réside dans le fait que, ne maîtrisant pas la langue française écrite, un grand nombre de personnes accueillies à l'OFII n'était pas éligible à l'inclusion. Du fait de leur maîtrise de la langue, les participants sélectionnés avaient probablement un niveau d'éducation plus élevé que l'ensemble des migrants et étaient potentiellement davantage imprégnés de la culture française et plus avancés dans leur transition nutritionnelle.

De plus, l'étude ne s'étant intéressée qu'à un seul centre d'accueil de migrants, elle ne peut représenter l'ensemble de ces derniers au niveau national. Cependant, en comparant les données concernant la population de migrants qui se rend dans les différents offices français en 2015 pour l'établissement d'un CAI, l'origine géographique des participants de notre étude était sensiblement la même, hormis une légère surreprésentation des immigrés provenant des pays du Maghreb (+15 à 20%)²⁴. Néanmoins, la généralisation des résultats apportés par cette étude, du fait des biais de sélection identifiés, est à prendre avec prudence.

Le questionnaire étant de type déclaratif, cela a aussi pu engendrer un biais de désirabilité, les individus déclarant une consommation plus importante d'aliments favorables pour la santé ou minimisant ceux perçus comme l'étant moins. Néanmoins, les consommations rapportées de produits gras ou sucrés laissent envisager que ce biais pourrait être limité. Bien que l'enquêteur insiste sur son extériorité à l'OFII et sur le caractère volontaire pour la participation à l'étude, il est également possible que ce biais de désirabilité ait été, pour les participants, renforcé par le sentiment d'une obligation à remplir ce questionnaire, perçu comme un élément intégré à ce moment de démarches obligatoires à l'OFII.

Enfin, les comparaisons avec les données de l'étude ENNS doivent être considérées en tenant compte de la différence de méthodologie employée pour le recueil des données sur les consommations alimentaires. Pour des modalités pratiques, nous avons utilisé un questionnaire de fréquence alimentaire, tandis que la technique des rappels de 24 heures était employée dans l'étude ENNS. Cette différence peut nous avoir conduits à surestimer les consommations de certains groupes d'aliments du fait d'un biais de mémorisation. Par ailleurs, l'enquête s'étant déroulée pendant les mois d'été, un biais lié à la saisonnalité de certains produits (fruits et légumes en particulier) ne peut être exclu, bien que le questionnaire ne fasse pas spécifiquement mention d'une durée spécifique de consommation.

À notre connaissance, aucune autre étude ne s'est appuyée sur l'OFII pour la réalisation d'une enquête sur les comportements alimentaires des personnes immigrées en France, permettant d'avoir accès à un échantillon très varié. De plus, les participants à notre étude ont vocation à rester durablement sur le territoire français et correspondent donc à une population-cible d'intérêt pour le développement de messages de prévention.

Conclusion

Ces résultats suggèrent que les habitudes de consommation alimentaire de la population issue de l'immigration légale en France présentent quelques particularités par rapport à la population générale, avec des fréquences de consommation qui ne diffèrent pas selon la durée de résidence en France. Certains de ces comportements alimentaires sont à valoriser, comme par exemple les consommations de produits issus de la pêche. D'autres s'éloignent en revanche des repères de consommation recommandée et nécessiteraient des messages de prévention adaptés. ■

Remerciements

Les auteurs remercient tout particulièrement Vivens Usanase pour la collecte des données, ainsi que l'ensemble des participants à cette étude.

Références

- [1] Misra A, Ganda OP. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*. 2007;23(9):696-708.
- [2] Holmboe-Ottesen G, Wandel M. Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food Nutr Res*. 2012;56(1):18891.
- [3] Méjean C, Traissac P, Eymard-Duvernay S, El Ati J, Delpeuch F, Maire B. Influence of socio-economic and lifestyle factors on overweight and nutrition-related diseases among Tunisian migrants versus non-migrant Tunisians and French. *BMC Public Health*. 2007;7:265.
- [4] Vernay M, Salanave B, de Peretti C, Druet C, Malon A, Deschamps V, *et al*. Metabolic syndrome and socioeconomic status in France: The French Nutrition and Health Survey (ENNS, 2006–2007). *Int J Public Health*. 2013;58(6):855-64.
- [5] Fosse-Edorh S, Fagot-Campagna A, Detournay B, Bihan H, Gautier A, Dalichamp M, *et al*. Type 2 diabetes prevalence, health status and quality of care among the North African immigrant population living in France. *Diabetes Metab*. 2014;40(2):143-50.
- [6] Etiévant P, Bellisle F, Dallongeville J, Etilé F, Guichard E, Padilla M, *et al*. (éds). Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Expertise scientifique collective, rapport. Paris: Institut national de la recherche agronomique; 2010. 275 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000441/index.shtml>
- [7] Osei-Kwasi HA, Nicolaou M, Powell K, Terragni L, Maes L, Stronks K, *et al*; DEDIPAC consortium. Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe: a DEDIPAC study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2016;13:85.
- [8] Satia-Abouta J, Patterson RE, Neuhaus ML, Elder J. Dietary acculturation: applications to nutrition research and dietetics. *J Am Diet Assoc*. 2002;102(8):1105-18.
- [9] Institut national de la statistique et des études économiques. Fiches thématiques – Conditions de vie – Immigrés – Insee Références – Édition 2012 [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374023?sommaire=1374025>
- [10] Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr*. 2008;87(5):1107-17.
- [11] Gilbert PA, Khokhar S. Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutr Rev*. 2008;66(4):203-15.
- [12] Aounallah-Skhiri H, Traissac P, El Ati J, Eymard-Duvernay S, Landais E, Achour N, *et al*. Nutrition transition among adolescents of a south-Mediterranean country: dietary patterns, association with socio-economic factors, overweight and blood pressure. A cross-sectional study in Tunisia. *Nutr J*. 2011;10:38.
- [13] Mejean C, Traissac P, Eymard-Duvernay S, El Ati J, Delpeuch F, Maire B. Diet quality of North African migrants in France partly explains their lower prevalence of diet-related chronic conditions relative to their native French peers. *J Nutr*. 2007;137(9):2106-13.
- [14] Organisation mondiale de la santé, Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une Consultation OMS/FAO d'experts (Rapport technique de l'OMS 916). Genève: OMS; 2002. 128 p. http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916/fr/
- [15] Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A, *et al*. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. ORS, InVS, Inpes; 2013. 184 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11401
- [16] Hercberg S, Chat-Yung S, Chauliac M. The French National Nutrition and Health Program: 2001-2006-2010. *Int J Public Health*. 2008;53(2):68-77.
- [17] Castetbon K, Hercberg S. Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) – Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers; 2007. 74 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante>
- [18] Andreyeva T, Long MW, Brownell KD. The impact of food prices on consumption: A systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *Am J Public Health*. 2010;100(2):216-22.
- [19] Food and Agriculture Organization of the United Nations. Food outlook: Global market analysis, June 2011 [Internet]. <http://reliefweb.int/report/world/food-outlook-global-market-analysis-june-2011>
- [20] Wang Y, Li S. Worldwide trends in dairy production and consumption and calcium intake: Is promoting consumption of dairy products a sustainable solution for inadequate calcium intake? *Food Nutr Bull*. 2008;29(3):172-85.
- [21] Rhazi KE, Nejari C, Romaguera D, Feart C, Obtel M, Zidouh A, *et al*. Adherence to a Mediterranean diet in Morocco and its correlates: Cross-sectional analysis of a sample of the adult Moroccan population. *BMC Public Health*. 2012;12:345.
- [22] Food and Agriculture Organization of the United Nations. La situation mondiale des pêches et de l'aquaculture 2016. Contribuer à la sécurité alimentaire et à la nutrition de tous. Rome: FAO; 2016. 224 p. <http://www.fao.org/publications/sofia/2016/fr/>
- [23] Darmon N, Drewnowski A. Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. *Nutr Rev*. 2015;73(10):643-60.
- [24] Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Rapport d'activité 2015. Les chiffres. Paris: OFII, 2016. 48 p. http://www.ofii.fr/IMG/pdf/4_-_OFII_RA_2015_Les_chiffres.pdf

Citer cet article

Miszkowicz T, Buscail C, Méjean C, Hayashi N, Kern T, Le Luong T, *et al*. Évaluation des fréquences de consommation alimentaire d'une population d'immigrés en situation d'insertion en région parisienne. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):422-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_7.html

PROFIL DE SANTÉ DES MIGRANTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ EN FRANCE : UNE ÉTUDE COMPARATIVE DES MIGRANTS ACCUEILLIS DANS LES CENTRES DE MÉDECINS DU MONDE ET DES PATIENTS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE VILLE, 2011-2012

// HEALTH PROFILE OF MIGRANTS IN PRECARIOUS SITUATION IN FRANCE: A COMPARATIVE STUDY OF MIGRANTS ATTENDING CENTERS OF THE NGO MÉDECINS DU MONDE WITH PATIENTS CONSULTING IN COMMUNITY GENERAL PRACTICE, 2011-2012

Hadrien Huaume¹, Nadir Kellou¹, Anne Tomasino², Marielle Chappuis², Laurent Letrilliart^{1,3} (laurent.letrilliart@univ-lyon1.fr)

¹ Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France

² Médecins du Monde, Paris, France

³ EA 7425 HESPER (Health Services and Performance Research), Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France

Soumis le 15.02.2017 // Date of submission: 02.15.2017

Résumé // Abstract

Introduction – La précarité des conditions de vie des migrants et les difficultés d'accès aux soins dans le pays d'accueil les rendent particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire. Cependant, leurs problèmes de santé sont peu documentés.

Méthodes – Les motifs et les résultats de consultation des populations accueillies dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) métropolitains de l'association Médecins du Monde entre décembre 2011 et mars 2012 ont été comparés à un échantillon national de patients ayant consulté en médecine générale de ville durant la même période.

Résultats – Les données de 15 608 consultations des Caso ont été comparées avec celles de 19 344 consultations de médecine générale de ville. Les consultants des Caso présentaient des motifs de consultation moins nombreux (1,4 vs 2,6) et ceux-ci correspondaient moins fréquemment à des demandes de renouvellement de prescriptions (2,1% vs 20,4%) ou de suivi (3,5% vs 5,3%). Les résultats de consultation étaient plus souvent des symptômes et des plaintes (65,8% vs 43,2%) que des diagnostics. Les problèmes de santé sur-représentés étaient surtout digestifs (14,5% vs 7,8%), oculaires (3,7% vs 1,0%), cutanés (9,2% vs 4,8%) et respiratoires (19,5% vs 12,9%). Les problèmes de santé sous-représentés dans les Caso étaient principalement métaboliques (4,5% vs 10,7%) et cardiovasculaires (8,3% vs 12,8%). Les situations de prévention étaient peu fréquentes dans les consultations des Caso (0,1%) alors qu'elles représentaient le premier résultat de consultation en médecine générale de ville (11,7%).

Conclusion – Un meilleur accès aux droits et aux soins primaires pourrait améliorer la continuité des soins des migrants en situation de précarité.

Introduction – The poor living conditions of migrants and the difficulties to access health care in their host country make them particularly vulnerable regarding their health. However, their health problems are poorly documented.

Methods – We have compared the reasons and results of visits in migrants who consulted in the metropolitan Health and Social Care Centers of Médecins du Monde (CASO) between December 2011 and March 2012 with a national sample of patients who consulted in community general practice during the same period.

Results – Data from 15,608 CASO consultations were compared with 19,344 general practice consultations. CASO consultants had fewer reasons for encounter (1.4 vs 2.6), and these corresponded less frequently to requests for prescription renewals (2.1% vs 20.4%) or follow-up (3.5% vs 5.3%). Health problems observed were more often symptoms and complaints (65.8% vs 43.2%) than diagnoses. Overrepresented health problems were mainly digestive (14.5% vs 7.8%), ocular (3.7% vs 1.0%), cutaneous (9.2% vs 4.8) and respiratory (19.5% vs 12.9%). The underrepresented health problems were mainly metabolic (4.5% vs 10.7%) and cardiovascular (8.3% vs 12.8%). Prevention situations were not frequent in migrants (0.1%) whereas they represented the first health problem managed in community general practice (11.7%).

Conclusion – A better access to primary care could improve the continuum of care of precarious migrants.

Mots-clés : Migrants, Soins primaires, Prévention, Continuité des soins

// **Keywords**: Migrants, Primary health care, Prevention, Continuum of care

Introduction

L'augmentation des flux migratoires durant la dernière décennie dans le monde et en France fait de la santé des migrants un enjeu de santé publique¹. Il est reconnu que les conditions d'accueil, la précarité des conditions de vie et les difficultés d'accès aux droits et aux soins des migrants ont des conséquences négatives sur leur état de santé^{2,3}. En France comme dans la plupart des pays européens, l'état de santé des migrants est moins bon que celui de la population native⁴. La méconnaissance de leurs droits et la complexité des dispositifs administratifs français compliquent fortement l'accès aux droits et aux soins pour ces populations. Par ailleurs, les dispositifs de droit commun, tels que les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créés pour permettre un accès aux soins à toute personne démunie, restent mal connus des patients comme des professionnels, inégalement répartis sur le territoire et parfois dysfonctionnels⁵. Depuis 1986, Médecins du Monde (MdM) intervient en France afin de répondre aux besoins de ces populations sous la forme, entre autres, de Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) répartis sur le territoire, qui permettent un accès aux soins sans condition et sans rendez-vous à toutes les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion. Celles-ci sont reçues par des équipes pluridisciplinaires (accueillants, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins), qui proposent des prises en charge adaptées, assurent les orientations nécessaires et les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins. Plus de 9 personnes sur 10 reçues dans ces structures sont des ressortissants étrangers qui, dans la majorité des cas, n'ont aucun droit ouvert à une couverture maladie au jour de leur première visite au Caso⁶.

Des études antérieures sur l'état de santé des migrants reposaient sur des questionnaires de santé perçue^{7,8} ; d'autres ont apporté des données de morbidité mesurée⁹, mais aucune à notre connaissance n'a comparé les motifs de recours et les problèmes de santé des migrants en situation de précarité à la population prise en charge en médecine générale. L'objectif de cette étude était de comparer les motifs et les résultats de consultation des migrants en situation de précarité accueillis en consultation médicale dans les Caso avec ceux des patients consultant en médecine générale de ville.

Méthodes

Recueil des données

En 2011, l'association MdM comptait 21 Caso répartis dans les grandes villes de l'ensemble des régions du territoire métropolitain. Lors des consultations, les données relatives aux patients sont recueillies dans un dossier socio-médical. Le dossier social documente les caractéristiques sociodémographiques des personnes au jour de leur première visite (âge, sexe, situation administrative, situation

vis-à-vis du logement, ressources) ; le dossier médical renseigne pour chaque consultation les motifs (demandes formulées par les patients) et les résultats (problèmes de santé pris en charge) de la consultation, ainsi que l'existence de prescriptions médicamenteuses.

L'étude Ecogen était transversale, nationale et multicentrique. Elle a été réalisée entre décembre 2011 et mars 2012 dans 128 cabinets de médecine générale répartis sur le territoire français métropolitain. Elle a documenté pour chaque consultation l'âge, le sexe, le régime d'assurance maladie, les motifs et résultats de la consultation du patient ainsi que l'existence de prescriptions médicamenteuses. Le contenu des consultations est considéré comme représentatif des soins de médecine générale en France métropolitaine¹⁰.

Traitement des données

Les données exploitées concernent la période comprise entre décembre 2011 et mars 2012. Dans les deux bases de données, les motifs et les résultats de la consultation ont été classés et codés selon la Classification internationale des soins primaires (CISP-2)¹¹. La CISP-2 ne permettant pas de repérer directement les problèmes de santé chroniques, ceux-ci ont été identifiés à l'aide d'une classification complémentaire dérivée de la CISP-2, distinguant les pathologies nécessairement chroniques des autres pathologies¹².

La base de données des Caso comportait les données de 27 848 consultations, dont ont été exclues celles des Caso de Corse (1 171) et de Cayenne (113) afin de disposer de données comparables, sur le plan géographique, avec celles de l'étude Ecogen. Les consultations des patients de nationalité française (876) et les consultations sociales ou paramédicales (9 588) ont aussi été exclues. La base de données de l'étude Ecogen comptait 20 613 consultations, dont ont été exclues les visites à domicile (1 269). Les motifs et les résultats de consultation classés comme problèmes sociaux (chapitre Z de la CISP-2) ont été exclus des deux bases de données car ils étaient inconstamment renseignés.

Analyses des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS® (version 9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC, États-Unis). Les variables quantitatives ont été comparées en utilisant un test t de Student ou un test de Wilcoxon lorsque les variables étaient tronquées, les variables qualitatives en utilisant un test du Chi2 intégrant la contribution *a posteriori* des cellules¹³. Les motifs et les résultats de consultation ont été comparés par ordre de fréquence, par chapitre anatomique et par composante étiologique. Le seuil de signification statistique utilisé pour les tests était de 0,05.

Aspects éthiques et réglementaires

Pour l'étude Ecogen, une déclaration a été établie auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), sous le n° 1549782, et auprès du Comité de protection des personnes Sud-Est IV (n° L11-149). Pour la base de données de MdM, une déclaration a été faite auprès de la Cnil (n° 731657).

Résultats

Au total, 15 608 consultations réalisées dans les Caso ont été comparées à 19 344 consultations de médecine générale en cabinet de ville. Plus des trois quarts des migrants consultant dans les Caso étaient âgés de moins de 45 ans, alors que cette tranche d'âge ne représentait qu'un peu moins de la moitié des patients consultant en médecine de ville (tableau 1). Ces migrants étaient plus souvent des hommes. Ils ne disposaient presque jamais de couverture santé. Ils se trouvaient en grande précarité : 74,6% connaissaient d'importantes difficultés de logement (16,6% étaient sans domicile ou en hébergement d'urgence, 45,2% vivaient dans un bidonville ou un squat et 12,8% avaient un hébergement provisoire) et 81,8% étaient sans activité professionnelle. Ils étaient majoritairement ressortissants du Maghreb (30,4%), d'Afrique subsaharienne (28,6%) ou d'un autre pays de l'Union européenne (27,5%) ; 42,4% résidaient en France depuis moins de trois mois.

Les motifs de consultation

Le nombre moyen de motifs par consultation était significativement plus faible pour la population

consultant dans les Caso que pour celle de médecine de ville (1,4 vs 2,6, $p < 0,0001$). Les migrants accueillis dans les Caso consultaient plus souvent pour des problèmes oculaires (parmi lesquels 43% étaient des troubles de l'acuité visuelle), cutanés (parmi lesquels 30% étaient un prurit), respiratoires (dont 45% de toux) et digestifs (dont 18% de douleurs épigastriques et 16% de problèmes dentaires ou gingivaux) (figure 1). En revanche, ils venaient moins souvent pour des problèmes métaboliques ou cardiovasculaires. Les patients des Caso consultaient plus souvent pour des symptômes ou plaintes que les patients de médecine de ville (65,8% vs 43,2%, $p < 0,0001$), les plus fréquents étant la toux (8,6%), les maux de tête (3,5%), les lombalgies (2,6%) et les douleurs épigastriques (2,4%). Les patients ayant recours à un cabinet de ville venaient plus fréquemment que les patients des Casos pour un renouvellement de prescription (20,4% vs 2,1%, $p < 0,0001$) et, dans une moindre mesure, pour une demande de suivi d'une pathologie précédemment identifiée (5,3% vs 3,5%, $p < 0,0001$).

Les résultats de consultation

Le nombre moyen de résultats de consultation était significativement plus faible pour la population consultant dans les Caso que pour celle consultant en médecine de ville (1,3 vs 2,2 par consultation, $p < 0,0001$). Les patients des Caso présentaient plus souvent « des symptômes et des plaintes » ainsi que des « infections » que ceux de médecine générale (tableau 2). Dans la classe d'âge 15-44 ans, les patients des Caso présentaient plus souvent des pathologies chroniques que ceux de la médecine de ville (23,2% vs 20,9%, $p = 0,0002$).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des patients (N=34 952) selon la structure de consultation, France, décembre 2011 – mars 2012

	Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde	Médecine générale de ville	p
	N=15 608 %	N=19 344 %	
Sexe (n=15 583)			
Femmes	39,7	57,5	$p < 0,0001$
Hommes	60,3	42,5	
Classe d'âge (n=15 447)			
0-14 ans	9,8	16,4	$p < 0,0001$
15-44 ans	68,0	30,3	
45-74 ans	21,6	40,7	
75 ans ou plus	0,6	12,6	
Régime d'assurance maladie (n=13 799)			
Aucun	94,8	0	$p < 0,0001$
Standard	1,5	95,3	
Couverture maladie universelle	1,4	4,4	
Aide médicale d'État	2,3	0,3	

Figure 1

Catégories de motifs de consultation des patients (N= 30 620) selon la structure de consultation, France, décembre 2011 – mars 2012

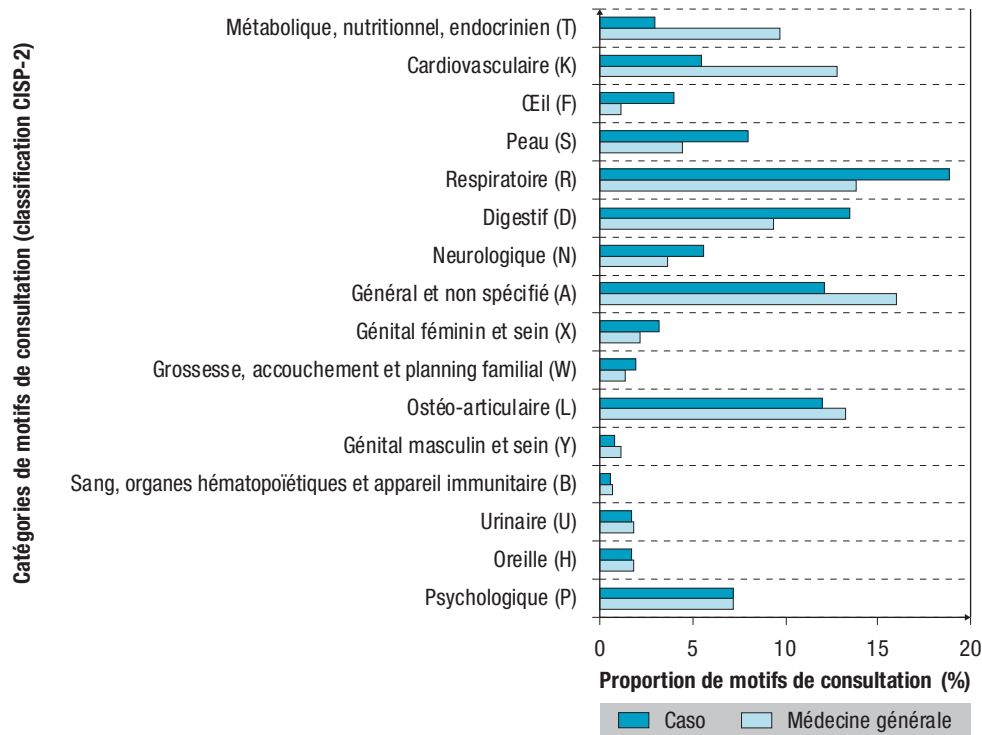


Tableau 2

Étiologies des consultations des patients (N= 34 952) selon la structure de consultation, France, décembre 2011 – mars 2012

	Centre d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde	Médecine générale de ville	p
	N= 13 786	N= 19 344	
	%	%	
Symptômes et plaintes	32,1	19,0	p<0,0001
Autres diagnostics	42,0	61,5	
Infections	22,4	15,4	
Traumatismes	1,9	2,3	
Néoplasmes	1,4	1,6	
Anomalies congénitales	0,2	0,2	

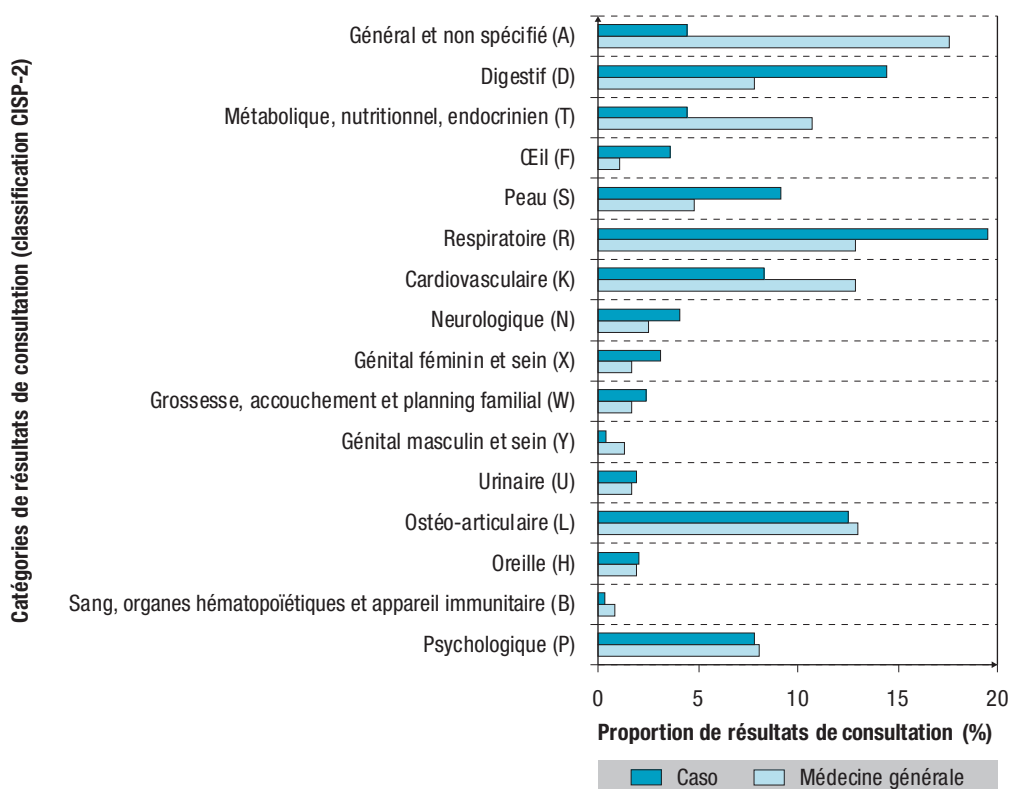
Note : Les résultats en gras indiquent les situations où la plus grande fréquence dans un groupe contribue particulièrement au Chi2.

En termes de diagnostics, les populations des Caso étaient plus souvent atteintes de problèmes de la sphère digestive (dont 20,8% de problèmes dentaires et gingivaux et 9,1% d'hépatites virales), oculaires (dont 38,8% de défauts de réfraction et de problèmes de lunettes), cutanés (dont 12,6% de dermatophytoses et 10,2% de gale ou acarioses) et respiratoires (dont 8,1% d'asthme) que les patients de la médecine de ville (figure 2). Les problèmes de santé les plus fréquents étaient les infections des voies respiratoires supérieures (6,0% vs 4,6%), la toux (2,1% vs 0,6%) et les bronchites ou les bronchiolites (2,1% vs 1,5%). En revanche, ils présentaient moins souvent des

problèmes « généraux » (4,5% vs 17,6%), métaboliques (4,5% vs 10,7%) ou cardiovasculaires (8,3%, vs 12,8%). La proportion de patients atteints de troubles psychologiques était comparable dans les deux populations. Toutefois, la dépression (1,6% vs 2,6%) et les insomnies (1,0% vs 1,4%) étaient moins fréquemment rapportées chez les patients des Caso que chez ceux de la médecine de ville. La proportion de patients atteints de diabète de type 2 était semblable dans les deux populations (2,1% dans les Caso vs 2,3% en médecine de ville) ; en revanche, les patients présentant des dyslipidémies étaient plus fréquents en médecine de ville qu'en Caso (0,2% vs 3,8%).

Figure 2

Catégories de résultats de consultation des patients (N= 29 817) selon la structure de consultation France, décembre 2011 – mars 2012



Les situations de médecine préventive étaient moins souvent rapportées dans les consultations des Caso que dans celles de médecine de ville (0,1% vs 11,7%). Enfin, les consultations dans les Caso comportaient plus souvent une prescription médicamenteuse qu'en médecine de ville (98,1% vs 80,3%, $p < 0,001$).

Discussion

Les migrants consultant dans les Caso étaient plus souvent des hommes jeunes sans couverture maladie que les patients reçus en médecine générale de ville. Ils étaient pour la plupart dans une situation de grande précarité, avec un logement instable et sans emploi. Ils présentaient moins de motifs de consultation et ceux-ci correspondaient moins fréquemment à des demandes de renouvellement de prescription ou de suivi. Le nombre de problèmes pris en charge était en conséquence plus faible chez les migrants précaires. Les problèmes de santé diagnostiqués dans les Caso étaient plus souvent des symptômes et plaintes ou des infections. Les populations des Caso présentaient plus fréquemment des problèmes digestifs, oculaires, cutanés, respiratoires et moins souvent des problèmes généraux, métaboliques et cardiovasculaires. Les situations de prévention étaient peu fréquentes dans les consultations des Caso alors qu'elles représentaient le premier résultat de consultation en médecine de ville.

Une vulnérabilité influençant l'état de santé

Les infections étaient plus fréquemment diagnostiquées chez les migrants précaires accueillis dans les Caso qu'en médecine de ville, notamment les infections aiguës hivernales (infections aiguës des voies respiratoires supérieures, bronchites et bronchiolites) et les hépatites virales. La fréquence des problèmes digestifs, cutanés (notamment dermatophytose ou gale) et respiratoires (principalement l'asthme, deux fois plus fréquent) était plus élevée chez les consultants des Caso qu'en médecine de ville. Ces tableaux cliniques sont comparables à ceux observés chez les personnes sans domicile¹⁴. L'absence ou les mauvaises conditions de logement (promiscuité, insalubrité, absence de chauffage, humidité) et les difficultés d'accès à une alimentation riche et variée rendent particulièrement vulnérables à ces pathologies^{15,16}. Les problèmes dentaires et gingivaux ou les problèmes oculaires (particulièrement les défauts de réfraction et les problèmes de lunettes) étaient plus fréquents parmi les consultants des Caso qu'en médecine de ville. En l'absence de couverture maladie, les consultants des Caso ne peuvent s'adresser à la médecine libérale, comme les assurés sociaux, pour obtenir des soins dentaires ou ophtalmologiques. Le recours à ces soins est alors possible uniquement dans les structures permettant un accès gratuit, lorsqu'elles existent¹⁷.

Les migrants précaires âgés de 15 à 44 ans étaient plus souvent atteints de pathologies chroniques

que ceux de médecine générale. Ce résultat est vraisemblablement lié à l'apparition plus précoce des pathologies chroniques chez les migrants, du fait de leurs habitudes et comportements dans leur pays d'origine, de leur parcours de migration et de la précarité de leurs conditions de vie dans le pays d'accueil¹⁸. Par exemple, la fréquence du diabète de type 2 était aussi élevée dans la population consultant en Caso qu'en médecine de ville, malgré une différence moyenne d'âge de 10 ans, ce qui témoigne du risque de diabète précoce dans cette population¹⁹. Les pathologies métaboliques et cardiovasculaires étaient globalement moins fréquentes parmi les consultants des Caso qu'en médecine de ville. Ce résultat est probablement lié à leur âge moins élevé, mais aussi au caractère silencieux des pathologies cardiovasculaires ou métaboliques. En effet, ces pathologies constituent rarement un motif de consultation, le recours aux soins étant souvent motivé par un symptôme invalidant (douleur, fièvre, asthénie, etc.). De plus, les médecins ont souvent besoin d'examen complémentaires pour pouvoir établir un diagnostic. Les Caso ayant pour objectif de réorienter les patients vers les structures de droit commun, les médecins y disposent rarement des résultats d'examen complémentaires permettant de diagnostiquer ou de confirmer certaines pathologies chroniques (dyslipidémie, hypothyroïdie, etc.). On observait une fréquence similaire des troubles psychologiques dans les Caso et en médecine de ville, alors même que de nombreuses études indiquent une prévalence élevée des syndromes psychotraumatiques ou de dépression dans les populations migrantes^{20,21}. Cette fréquence dans les Caso doit être considérée avec précaution, dans la mesure où les troubles psychologiques ne constituent pas toujours les motifs de consultation et ne sont pas toujours repérés par les médecins qui, souvent, ne rencontrent le patient qu'une seule fois. Il est probable que ces troubles soient largement sous-évalués aussi du fait des barrières culturelles et linguistiques et d'un niveau de résilience plus élevé chez les migrants en situation de précarité.

L'enjeu de la continuité des soins

Selon plusieurs études, le déficit de prévention dans les populations migrantes précaires contribue à la dégradation plus rapide de leur santé et à une mortalité cardiovasculaire plus élevée par comparaison à la population du pays d'accueil^{22,23}. Dans notre étude, les situations de prévention (situations où le patient ne présente pas de pathologie prise en charge mais où le médecin met en place une démarche de prévention) constituent le résultat de consultation le plus fréquent en médecine de ville, alors qu'elles restent rares dans les Caso. Ce résultat est lié à la fois aux particularités des populations en situation de précarité et au fonctionnement des Caso. Il est reconnu que les conditions de vie précaires constituent un obstacle important à l'accès à la prévention pour ces populations, qui ont bien

souvent d'autres priorités (trouver un logement, de quoi se nourrir, un emploi)^{24,25}. Par ailleurs, dans les Caso, un premier bilan de santé est parfois réalisé en amont de la consultation médicale par des équipes de prévention dédiée, et les patients sont orientés vers des structures de droit commun : Protection maternelle et infantile (PMI), centre de planification, Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de vaccination. De plus, la fréquence plus importante des symptômes et des plaintes dans les Caso ainsi que la plus grande proportion de consultations aboutissant à un traitement médicamenteux témoignent d'une médecine essentiellement symptomatique. Le nombre moyen de consultations médicales dans les Caso est de 1,8 par patient et par an⁶. Ceci témoigne de la volonté de ces centres de ne pas s'engager dans une démarche de suivi médical et d'orienter les patients dès que possible vers le système de droit commun, incluant les dispositifs de soins primaires²⁶. Les difficultés de communication, d'origine linguistique et culturelle, peuvent constituer un obstacle à une consultation approfondie, prenant en compte les besoins de santé au-delà des demandes les plus urgentes²⁷. Il existe pour cela des outils d'aide linguistique²⁸ pour faciliter la communication ainsi que des recommandations²⁹ pour la prise en charge de ces populations (travail en réseau, flexibilité, attitude empathique).

Forces et limites

Plus d'un quart des motifs et près d'un tiers des résultats de consultation n'étaient pas renseignés dans la base de données des Caso, mais l'âge et le sexe des patients étaient similaires entre les groupes avec et sans données manquantes. La taille importante des échantillons et l'utilisation de la même classification des données de consultation dans les Caso et les cabinets de médecine générale garantissent la représentativité et la comparabilité des données recueillies, même si les bases de données d'Ecogen et de des Caso diffèrent sensiblement en termes de répartition par sexe et âge.

Conclusion

Les migrants en situation de grande précarité comme ceux rencontrés dans les Caso, présentent souvent des problèmes de santé difficiles à diagnostiquer faute de suivi et des infections favorisées par leur situation de vulnérabilité sociale. Nos résultats mettent en évidence la demande de soins urgents et l'influence de la vulnérabilité sur l'état de santé des migrants en situation de précarité. Il est essentiel de faciliter l'accès aux droits pour ces populations afin de leur permettre un recours non retardé aux soins et à la prévention. Les structures de droit commun accueillant les populations en situation précaire devraient être renforcées, avec un recours facilité à l'interprétariat professionnel. ■

Remerciements

Nous tenons à remercier M.D. Pauti et S. Laurence, référents médicaux à Médecins du Monde, et Jean-François Brûlet, médecin bénévole au Caso de Lyon, pour leur relecture attentive.

Références

- [1] Brutel C. L'analyse des flux migratoires entre la France et l'étranger entre 2006 et 2013. Un accroissement des mobilités. *Insee Analyses*. 2015;(22):1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1521331>
- [2] Gosselin A, Desgrées du Loû A, Lelièvre E, Lert F, Dray-Spira R, Lydié N. Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ? *Population et Sociétés*. 2016;533:1-4. <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/migrants-subsahariens>
- [3] Hamel C, Moisy M. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012;(2-3-4):21-4. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7831
- [4] Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012;(2-3-4):17-20. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7829
- [5] Helfer C. Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. 2014;(2851):32-5.
- [6] Chappuis M, Tomasino A (Coord.). Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France. Rapport 2014. Paris: Médecins du Monde; 2014. 83 p. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2015/10/17/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2014>
- [7] Moullan Y, Jusot F. Why is the « healthy immigrant effect » different between European countries? *Eur J Public Health*. 2014;24(Suppl 1):80-6.
- [8] Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. La santé perçue des immigrés en France. Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003. *Questions d'économie de la Santé (Irdes)*. 2008;(133):1-6. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf>
- [9] Kaoutar B, Gatin B, de Champs-Leger H, Vasseur V, Aparicio C, de Gennes C, *et al.* Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. *Rev Med Interne*. 2014;35(11):709-14.
- [10] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, *et al.* ECOGEN : étude des Eléments de COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;(114):148-57.
- [11] Letrilliart L. CISP-2 : quésaco? *Exercer*. 2014;(114):158-61.
- [12] O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract*. 2004;21(4):381-6.
- [13] McHugh ML. The Chi-square test of independence. *Biochem Medica*. 2013;23(2):143-9.
- [14] De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. *Insee Première*. 2003;(893):1-4.
- [15] Kentikelenis A, Karanikolos M, Williams G, Mladovsky P, King L, Pharris A, *et al.* How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *Eur J Public Health*. 2015;25(6):937-44.
- [16] Chappuis M, Thomas E, Durand E, Laurence S. Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité : une enquête multicentrique dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde France, 2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):415-22. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_6.html
- [17] Rilliard F, Friedlander L, Descorps-Declere J, Khelifa N, Moyal F, Saadi S, *et al.* Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaire. *La Santé de l'Homme*. 2012;(417):31-3.
- [18] Kaoutar B, Mathieu-Zahzam L, Lebas J, Chauvin P. Health of immigrant population of consultants at the Baudelaire outpatient clinic in Saint-Antoine hospital in Paris, France. *Bull Soc Pathol Exot*. 2012;105(2):86-94.
- [19] Choukem SP, Fabreguettes C, Akwo E, Porcher R, Nguewa JL, Bouche C, *et al.* Influence of migration on characteristics of type 2 diabetes in sub-Saharan Africans. *Diabetes Metab*. 2014;40(1):56-60.
- [20] Veisse A, Wolmark L, Revault P. Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012;(2-3-4):36-40. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7835
- [21] Rondet C, Cornet P, Kaoutar B, Lebas J, Chauvin P. Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. *BMC Fam Pract*. 2013;14:151.
- [22] Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Pou B, Prados-Torres A. Multimorbidity among registered immigrants in Norway: The role of reason for migration and length of stay. *Trop Med Int Health*. 2015;20(12):1805-14.
- [23] Ikram UZ, Mackenbach JP, Harding S, Rey G, Bhopal RS, Regidor E, *et al.* All-cause and cause-specific mortality of different migrant populations in Europe. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(7):655-65.
- [24] Burns FM, Imrie JY, Nazroo J, Johnson AM, Fenton KA. Why they wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. *AIDS Care*. 2007;19(1):102-8.
- [25] Pauti MD, Tomasino A, Mari C, Mathieu C, Kartner A, Idrissu C, *et al.* Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité: le programme de Médecins du Monde en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(13-14):230-6. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10367
- [26] O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, *et al.* Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*. 2016;120(5):495-508.
- [27] Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien Soc Polit*. 2006;(55):115-24.
- [28] Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, *et al.* Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11:187.
- [29] Petregne F, Montariol Y, Castera P, Beelur A, Ducos G. Le médecin généraliste et la barrière linguistique. Utilisation d'outils d'aide à la consultation en médecine générale. *Médecine*. 2014;10(8):372-5.

Citer cet article

Huame H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(19-20):430-6. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_8.html