



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Etude épidémiologique descriptive de l'état de santé des patients migrants consultant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier de Calais de novembre 2018 à avril 2019

Présentée et soutenue publiquement le 7 janvier 2021 à 18h00
au Pôle Formation
par **Justine WYTS**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Grégoire FICHEUR

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Isabelle ALCARAZ

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Guy-Serge KESSY

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTES DES ABREVIATIONS

AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
CADA	Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile
CAES	Centre d'Accueil et d'Examen des Situations
CASO	Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIAO	Centre d'Information, d'Accueil et d'Orientation
CIM10	Classification Internationale des Maladies – 10 ^{ème} édition
CIRE	Cellule d'Intervention en REgion
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COMEDE	COMité MEDical d'aide aux Exilés
DA	Demande d'Asile
DPD	Délégué à la Protection des Données
FTDA	France Terre D'Asile
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile
IC	Intervalle de Confiance
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MdM	Médecin du Monde
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MNA	Mineur Non Accompagné
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PUMa	Protection Universelle Maladie
UE	Union Européenne
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDF	Sans Domicile Fixe

« Aux premières notes que j'ai jouées
À vous sa majesté la mer
Aux vagues venues se briser
Depuis l'autre bout de la Terre

J'aurais mille questions à poser
Vous qui avez croisé les hivers
Qui ne sont pas encore arrivés
Du côté de mon hémisphère
Du côté de mon hémisphère

Aux prochaines notes que je jouerai
À vous sa majesté la mer
Aux vagues qui viendront m'enlever
Le dernier petit goût amer
Que j'aurai au fond du gosier
Quand je dirai adieu à ma mère

J'aurais mille questions à poser
Vous qui avez parlé aux rivières
Qui avez roulé tant de rochers
Et écumé tant de misère

Vous qui avez fait tant de noyés
Des enfants qui fuyaient la guerre
Que des salauds avaient armés
Pour faire fleurir leurs p'tites affaires

J'aurais mille questions à poser
À vous sa majesté la mer
Devant autant d'absurdité
Et au nom du grand univers [...]

Aux dernières notes que je jouerai
À vous sa majesté la mer
À ma dernière tasse d'eau salée
À ma dernière bouffée d'air

À la vague qui aura raison
De mon envie de résister
Et au nom du grand univers
Devant autant d'absurdité

Je voudrais retrouver la paix
Et pour finir me laisser faire
Je voudrais retrouver la paix
Et pour finir vous laisser faire

Et enfin me laisser aller
À vos bras, majesté la mer
Et enfin me laisser couler
Sans papier, majesté la mer »

Zoufris Maracas

TABLE DES MATIERES

LISTES DES ABREVIATIONS	4
TABLE DES MATIERES	7
RESUME	10
INTRODUCTION.....	12
I- CONTEXTE	12
II- TERMINOLOGIE	13
III- SITUATION MIGRATOIRE DE CALAIS	14
A. Historique de Calais.....	14
B. La « crise migratoire » Européenne et ses conséquences sur Calais.....	15
C. La « Jungle » de Calais.....	16
D. L'après « jungle ».....	17
IV- CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS DE CALAIS	20
A. Protection sociale des migrants en général.....	20
i. Aide Médicale d'Etat (AME).....	20
ii. Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV).....	20
iii. Protection Universelle Maladie (PUMa)	21
iv. Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).....	21
B. Filières de soins accessibles à Calais.....	22
i. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	22
1. Définition.....	22
2. La PASS de Calais	23
ii. Service d'Accueil des Urgences (SAU).....	24
iii. Les associations à visée sanitaire.....	25
1. Médecin du Monde et la Croix Rouge.....	25
2. Gynécologie Sans Frontière (GSF).....	25
3. Utopia.....	25
iv. Praticiens Libéraux.....	25
V- CHOIX DU SUJET	26
A. Enjeu de santé publique.....	26
B. Données de la littérature	26
C. Rôle du médecin généraliste	27
VI- PROBLEMATIQUE	28
A. Objectif principal	29
B. Objectifs secondaires.....	29
MATERIEL ET METHODES	30
I- TYPE D'ETUDE	30
II- POPULATION DE L'ETUDE	30
A. Critères d'inclusion.....	30
B. Critères d'exclusion.....	30
III- PERIODE D'ETUDE ET RECUEIL DE DONNEES	30
A. Période de recueil de données.....	30
B. Mode de recueil de données	31
C. Données recueillies.....	32
D. Regroupement des données	33
IV- ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	33
A. Organisation préalable.....	34
i. Constitution d'un fichier de correspondance	34
ii. Constitution d'un fichier de données d'analyse	34
iii. Chiffrement des équipements.....	34
B. Collecte des données	34
i. Accès aux données.....	34
ii. Collecte des données	34
C. Exploitation des données	35
i. Analyse statistique	35
ii. Retranscription des résultats	35
iii. Conservation des données	35
V- METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS	35
A. Analyse univariée	35
B. Analyse bivariée	36

VI- RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	36
RESULTATS.....	37
I- EFFECTIF DE L'ECHANTILLON ETUDIE.....	37
A.Effectif total.....	37
B.Nombre de passages par patient.....	38
C.Nombre de consultations par semaine.....	38
D.Nombre de consultations par jour.....	39
II- DESCRIPTION DE LA POPULATION MIGRANTE CONSULTANT A LA PASS.....	39
A.Sexe.....	39
B.Age.....	40
C.Origine géographique.....	41
i.Par nationalité.....	41
ii.Par regroupement géographique.....	42
iii.Evolution des origines géographiques dans le temps.....	44
iv.Age en fonction des origines géographiques.....	45
D.Statut administratif.....	46
i.Statut administratif de la population étudiée.....	46
ii.Statut administratif des mineurs.....	46
iii.Statut administratif par regroupement de nationalité.....	47
iv.Statut administratif par sexe.....	47
E.Protection sociale.....	48
F.Lieu de résidence.....	48
i.Lieu de résidence de la population étudié.....	48
ii.Détail du sous-groupe CHRS.....	49
iii.Lieu de résidence en fonction du statut administratif.....	49
iv.Lieu de résidence des mineurs.....	50
v.Lieu de résidence en fonction du statut administratif chez les mineurs.....	50
III- MOTIF DE CONSULTATION APRES REGROUPEMENT.....	51
IV- PATHOLOGIES DES PATIENTS CONSULTANT A LA PASS.....	52
A.Pathologies (principales et associées) regroupées par catégorie.....	52
B.Pathologies principales.....	53
C.Pathologies associées.....	61
V- FOCUS SUR CERTAINES PATHOLOGIES (PRINCIPALES).....	65
VI- PATHOLOGIES CHRONIQUES.....	66
VII- EVOLUTION DES PATHOLOGIES (PRINCIPALES ET ASSOCIEES) DANS LE TEMPS..	67
A.Evolution dans le temps des pathologies (principales et associées) regroupées par catégorie.....	67
B.Répartition dans le temps de la gale.....	67
C.Répartition dans le temps des pathologies dentaires.....	68
D.Répartition dans le temps des infections respiratoires basses.....	68
E.Répartition dans le temps des infections respiratoires hautes.....	69
VIII- PATHOLOGIES PAR REGROUPEMENT GEOGRAPHIQUE.....	69
IX- PATHOLOGIES PAR CLASSE D'AGE.....	70
X- PATHOLOGIES PAR SEXE.....	71
XI- PATHOLOGIES EN FONCTION DU LIEU DE RESIDENCE.....	73
XII- PATHOLOGIES EN FONCTION DU STATUT ADMINISTRATIF.....	73
XIII- ORIENTATION APRES CONSULTATION.....	74
DISCUSSION.....	76
I- DISCUSSION DE LA METHODE.....	76
A.Biais.....	76
i.Biais de sélection.....	76
ii.Biais d'information.....	77
iii.Biais de mesure.....	78
B.Limites de l'étude.....	78
i.Surreprésentation des pathologies hivernales.....	78
ii.Type d'étude.....	78
iii.Pas d'étude de prévalence.....	78
iv.Classification et regroupement de pathologies effectuées.....	79
v.Origines géographiques.....	79
vi.Variabilité dans le temps et l'espace.....	79
vii. Sources bibliographiques.....	79
C.Forces de l'étude.....	80

i. Taille de l'échantillon.....	80
ii. Seule étude sur ce terrain et à cette période	80
iii. Lieu de l'étude.....	80
iv. Complémentarité avec des études antérieures	80
II- DISCUSSION DES RESULTATS.....	81
A. Profil d'un patient migrant consultant à la PASS de Calais.....	81
i. Age et sexe	81
ii. Origine géographique	82
iii. Age en fonction de l'origine géographique.....	82
iv. Evolution du profil de patient dans le temps à la PASS.....	83
B. Conditions de vie d'un patient migrant consultant à la PASS de Calais	84
i. Statut administratif de la population	84
ii. Couverture sociale	84
iii. Lieu de résidence	86
iv. Conditions de vie des mineurs	87
C. Pathologies des migrants consultant à la PASS de Calais	88
i. Types de Pathologies	88
1. Pathologies Infectieuses	88
2. Pathologies Traumatologiques.....	88
3. Pathologies Respiratoires	89
4. Pathologies Dentaires	89
5. Pathologies Digestives	90
6. Pathologies Psychiatriques.....	90
7. Pathologies Dermatologiques	92
8. Pathologies Gynécologiques	92
9. Dépistage/Vaccination/Prévention.....	93
ii. Evolution des pathologies au cours du temps.....	93
iii. Pathologies par sexe, classe d'âge et origine géographique.....	95
1. Pathologies (principales et associées) par sexe.....	95
2. Pathologies (principales et associées) par classe d'âge	95
3. Pathologies (principales et associées) par origine géographique.....	96
D. Etat de santé de la population étudiée.....	96
i. Des pathologies d'importation peu nombreuses.....	96
ii. Une majorité de pathologies bénignes	97
iii. Quelques pathologies chroniques.....	97
iv. Pathologies liées aux conditions de vie	97
E. Activité de la PASS	99
i. Nombre et durée des consultations	99
ii. Conséquences.....	100
iii. Evolution de l'activité dans le temps.....	100
CONCLUSION.....	101
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	103
ANNEXES	110
<i>Annexe 1 : Exemple de dossier médical de consultation.....</i>	<i>110</i>
<i>Annexe 2 : Exemple de feuille d'émargement</i>	<i>112</i>
<i>Annexe 3 : Récépissé de déclaration de conformité (CNIL)</i>	<i>113</i>
<i>Annexe 4 : Liste des regroupements de motifs de consultation.....</i>	<i>114</i>
<i>Annexe 5 : Liste des regroupements de pathologies.....</i>	<i>115</i>
<i>Annexe 6 : Tableaux d'analyses bivariés détaillés.....</i>	<i>119</i>

RESUME

Deux ans après le démantèlement de la « Jungle » de Calais, les migrants sont toujours présents mais moins nombreux et dispersés dans plusieurs petits campements. Leurs conditions de vie restent précaires et l'intensification des contrôles à la frontière rend la traversée vers l'Angleterre encore plus dangereuse. La PASS, principal lieu de prise en charge en soins primaires de ces migrants, en fait le constat. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques socio-démographiques et les pathologies des migrants consultant à la PASS de Calais de novembre 2018 à avril 2019.

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale monocentrique. Ont été inclus les patients de nationalité étrangère consultant à la PASS de Calais pour un motif médical. Il a été choisi de sélectionner les dossiers issus des consultations effectuées les deux premières semaines de chaque mois. Les pathologies observées ont été uniformisées en utilisant la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'OMS puis elles ont été regroupées par une approche simplifiée proche des grands chapitres de la CIM 10.

Au total, 1604 dossiers de consultations ont été inclus et 1489 analysés. Les patients sont en majorité des hommes (89,6%) jeunes (26,4 ans en moyenne). Pour la plupart, ils vivent à la rue (84,4%), n'ont pas de couverture sociale (94,3%) et sont en situation administrative irrégulière (89,1%). Les mineurs représentent 24% et sont le plus souvent des Mineurs Non Accompagnés non pris en charge par l'état (80,2%). 45 nationalités sont représentées, réparties majoritairement entre le Moyen-Orient (53,9%) et l'Afrique de l'Est (24,3%). Les principaux regroupements de pathologies présentés sont infectieux (22,2%), traumatologiques (16,3%), respiratoires (14,1%) et dentaires (11,5%). La gale (13,4%), les douleurs dentaires (11,8%), et les infections respiratoires basses (5,9%) sont les diagnostics les plus fréquents. Les pathologies psychiatriques représentent 5,25%. Chez les femmes ce sont les diagnostics gynécologiques (16,7%), dentaires (13,6%) et psychiatriques (13,0%) que l'on retrouve le plus. Les pathologies observées sont le plus souvent bénignes. Les patients ne présentent pas de pathologie d'importation mais des pathologies acquises

lors de la migration et sur le territoire d'arrivée. Ce constat n'a pas évolué depuis 2015 : les migrants sont moins nombreux mais présentent le même type de pathologie.

Ces résultats vont dans le sens du « healthy migrant effect » à savoir que les migrants sont en meilleure santé que la population générale lorsqu'ils entreprennent le parcours migratoire mais que les déterminants sociaux et les conditions d'accueil ont un impact sur leur santé une fois arrivée. Ainsi, l'amélioration des conditions de vie, la facilitation de l'accès au soin, la prise en charge adaptée de la santé mentale ainsi que le développement des actions de prévention paraissent indispensables à l'amélioration de leur santé. Enfin, la situation des MNA et des femmes semble préoccupante et il serait pertinent de la développer dans le futur.

INTRODUCTION

I- CONTEXTE

Depuis 2010, l'Europe semble faire face, une nouvelle fois, à un important phénomène migratoire avec une augmentation du nombre de migrants arrivant dans l'Union européenne via la mer Méditerranée et les Balkans, depuis l'Afrique, le Moyen-Orient et l'Asie du Sud.

Selon le haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), le nombre d'entrées par la méditerranée s'élève encore à 141 472 personnes en 2018 (1).

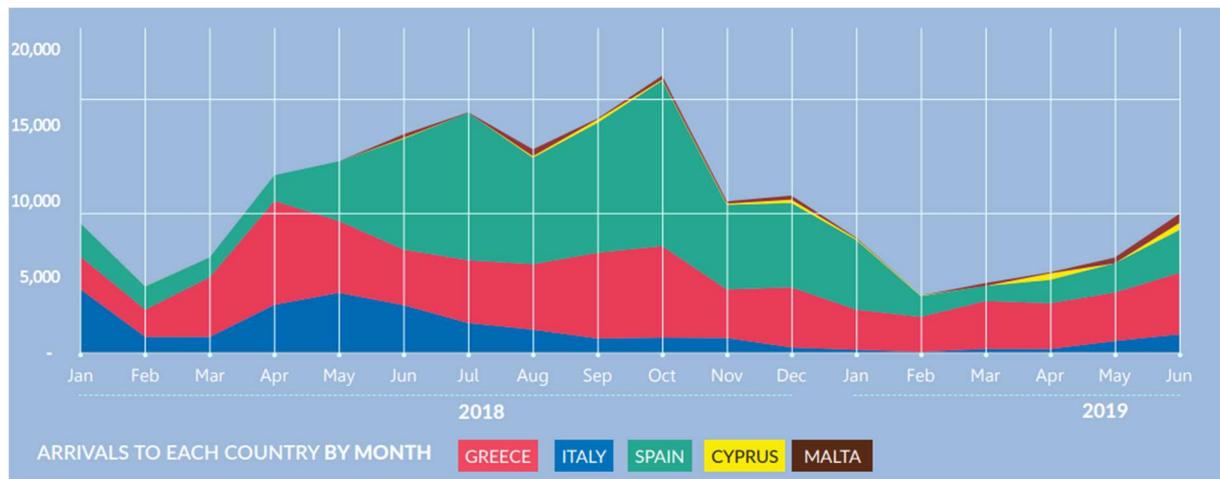


Figure 1 : Nombre d'arrivées de migrants en méditerranée selon l'UNHCR

Au sein de l'Europe, la ville de Calais tient une place centrale dans ce contexte, du fait de sa situation géographique et de son historique migratoire. Sa « jungle » comptant près de 8000 personnes migrantes (2) à son point culminant, a soulevé de nombreuses questions éthiques, politiques et sanitaires, relayées par les médias du monde entier, notamment lors de son démantèlement en 2016 (3).

Plus de deux ans plus tard, les migrants sont toujours présents à Calais (4) mais moins nombreux et dispersés dans plusieurs petits campements, sur une zone plus étendue, de Paris à Bruxelles en passant par le littoral.

Leurs conditions de vie restent précaires et la situation sanitaire inchangée (5). De plus, l'intensification des contrôles à la frontière rend la traversée vers l'Angleterre de plus en plus dangereuse et l'état de santé des migrants ne cesse de se détériorer. En 2019, on dénombre 2500 personnes secourues en mer et 4 personnes ayant trouvées la mort en tentant le passage vers l'Angleterre (6).

II- TERMINOLOGIE

La définition et la catégorisation des migrants en France font l'objet de nombreux débats et méritent quelques précisions.

En effet, sur le plan juridique, la plupart des classifications différencient les migrations économiques (de travail), aux migrations pour raisons politiques, conflits, perturbations environnementales, ou rapprochement familial ; les migrations volontaires et les migrations forcées ; ainsi que les migrations selon l'âge, le sexe ou la qualification. Cependant, on assiste aujourd'hui à un brouillage des catégorisations car beaucoup de migrants appartiennent à la fois à l'une ou l'autre de ces catégories ou entrent successivement dans celles-ci au cours de leur vie.

Le terme « migrant » reflète bien cette difficulté de catégorisation et c'est pour cela qu'il est le plus utilisé actuellement. Malgré l'absence de définition juridiquement reconnue (7), la définition de l'Organisation Internationale pour les Migrations recueille un relatif consensus et le définit comme « *toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un Etat* » (8).

Ce terme n'est pas neutre pour autant, ayant parfois une connotation négative au travers de son utilisation dans les médias ou au sein du débat politique dans le contexte de crise actuelle. Il doit être utilisé avec précaution, car il n'est dénué ni d'idéologie, ni d'ambiguïté.

Pour cette raison, les associations d'aide aux migrants évitent son utilisation et préfèrent utiliser les termes plus spécifiques d'« exilés », désignant « *les personnes qui ont, volontairement ou non, quitté leur patrie sous la contrainte d'un bannissement ou d'une déportation, l'impossibilité de survivre ou la menace d'une persécution* » ; ou « réfugiés » qui, selon la convention de Genève (1951), désigne « *toute personne qui se trouve hors de son pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, de ce fait, a besoin d'une « protection internationale* » (7).

Comme le montrent ces définitions, ces termes désignent une population bien spécifique, mettant l'accent sur le caractère durable, forcé ou impératif de leur départ et n'englobent donc pas l'intégralité des personnes migrantes.

On retrouve aussi parfois le terme « demandeurs d'asile », qui lui, désigne « *les personnes sollicitant la protection d'un Etat et dont la demande n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive de la part du pays d'accueil potentiel* » (9) ; ou le terme « immigrés », qui désigne, « *du point de vue du pays d'arrivée, toute personne qui se rend dans un pays autre que celui de sa nationalité de naissance, de sorte que le pays de destination devienne son nouveau pays de résidence* » (10).

Pour la suite de ce travail, le terme « migrant » désignera la population étudiée et nous le définirons ainsi : « **toute personne ayant franchi une frontière afin de résider dans un pays dans lequel elle n'est pas née et dont elle ne possède pas la nationalité, pour une raison et une durée indéterminée** ».

Ce choix s'explique par son caractère général et son utilisation plus fréquente dans la littérature scientifique.

III- SITUATION MIGRATOIRE DE CALAIS

A. Historique de Calais

Du fait de sa situation géographique, de son port et plus tard de son tunnel sous la Manche, la ville de Calais est depuis des décennies un lieu de transit important à travers toute l'Europe. Elle est en effet le principal lieu de passage depuis l'Europe pour rejoindre l'Angleterre, et connaît alors plusieurs vagues de migration de population (2) (11) (12).

Dans la période récente, ce phénomène débute en 1994, avec l'ouverture du Tunnel sous le Manche, puis en en mars 1995, avec la création de l'espace Schengen. Celui-ci permet aux personnes de voyager librement entre les différents pays signataires, sans contrôle de papiers aux frontières, mis à part pour le Royaume-Uni, qui bénéficie d'une dérogation (13).

De nombreux migrants fuient leur pays pour rejoindre la Grande-Bretagne où ils espèrent trouver du travail plus facilement, et où ils ont parfois des proches. Devant l'augmentation de leur nombre au fil des années, se pose peu à peu la question des conditions sanitaires et sécuritaires de l'hébergement de ces migrants.

En septembre 1999, le gouvernement français ouvre le centre d'accueil de Sangatte, afin de faire face à l'afflux de migrants du Kosovo, alors en guerre. Prévu pour 800

personnes au maximum, il en abrite rapidement 1800. En trois ans, entre 60 000 et 70 000 personnes auraient transité par ce centre. Le dispositif étant rapidement saturé, il ferme alors en 2002 (14).

Peu après la fermeture du centre, la première « jungle » est alors construite dans la forêt aux alentours du port. Des émeutes ont lieu, amenant le ministre de l'Intérieur à en ordonner le démantèlement et le hangar de Sangatte est détruit en novembre 2002.

Les contrôles à la frontière se font de plus en plus intensifs, et le centre de rétention administratif de Coquelles, ville voisine de Calais, est créé en janvier 2003. Par ailleurs, en février 2003, la France et l'Angleterre signent l'accord du Touquet, ayant pour but de renforcer les contrôles aux frontières et cela, exclusivement sur le territoire français (15).

Le texte a eu pour effet un déplacement de la frontière britannique de Douvres (Royaume-Uni) à Calais (France). En vertu de cet accord, la France ne peut pas laisser légalement les migrants traverser la Manche. Les personnes s'étant vu refuser l'accès au territoire anglais doivent, de ce fait, rester en France.

En 2009, 2010 et 2014, d'autres accords bilatéraux sont signés. Désormais, la Grande-Bretagne finance les contrôles et la sécurisation des sites de transit dans le Calais. En échange, la France contrôle l'immigration clandestine vers l'Angleterre, y compris aux abords du tunnel sous la Manche (16).

Depuis la fermeture de Sangatte, les squats, jungles et camps se multiplient, apparaissant et disparaissant au gré des interventions policières et des décisions politiques (17).

B. La « crise migratoire » Européenne et ses conséquences sur Calais

A partir de 2010, l'Europe fait face à une nouvelle augmentation de ses arrivées migratoires. L'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) et l'Organisation des Nations Unies (ONU) ont indiqué fin décembre qu'environ un million de migrants avaient rejoint l'Europe en 2015 (18). Le continent n'avait pas connu une telle vague d'immigration depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. C'est aussi l'année où a été enregistré le plus grand nombre de personnes victimes de migrations forcées dans

le monde depuis les cinquante dernières années : 65 millions, toutes catégories confondues.

Ce record est dû essentiellement à la permanence des conflits au Proche et Moyen-Orient : l'Irak et surtout la Syrie « fournissent » un tiers des réfugiés dans le monde. Les afghans continuent de fuir leur pays en guerre et la route des Balkans est empruntée en masse (19). A cela s'ajoute la migration africaine, avec entre autres, une augmentation de la population érythréenne du fait des conflits qui touchent ce pays.

Pour diverses raisons, une partie de cette population cherche à rejoindre l'Angleterre : choix d'un pays anglophone, rapprochement familial et surtout une politique libérale du Royaume-Uni facilitant les possibilités d'embauches. L'Angleterre bénéficie également d'une réputation pourtant non vérifiée par les chiffres : elle accepterait plus facilement les demandes d'asile et le statut de réfugié que les autres pays au sein de l'Europe (19) (20).

C. La « Jungle » de Calais

Calais représente donc une étape du parcours migratoire, souvent long, durant plusieurs semaines à plusieurs années, au cours duquel les personnes en déplacement sont bloquées au passage de plusieurs frontières politiques et géographiques (11). Les migrants y trouvent un refuge temporaire en attente du passage en Angleterre ou à défaut, d'une demande d'asile en France.

Cette zone temporaire de transit s'installe dans la durée en raison du renforcement des contrôles aux frontières. Le double obstacle d'un bras de mer de 30km et d'une frontière dont la sécurité est sans cesse renforcée, fait de Calais un « cul de sac » où le provisoire s'est installé dans le temps, où le campement finit par durer, voire s'urbaniser (11).

A partir de 2003, dans l'attente d'un éventuel passage, les populations arrivantes errent en premier lieu dans la zone environnant l'ancien centre de Sangatte puis se déplacent au sein de la ville de Calais, notamment dans la zone industrielle des Dunes, un des lieux où squats et campements se succèdent jusqu'en 2015.

En 2015, les migrants ne sont plus acceptés en ville mais tolérés sur un terrain vague nommé « la Lande ». Le nombre de personnes ne cessera d'augmenter jusqu'à

constituer, en dehors de ceux des îles grecques, un des plus grands campements d'Europe : « La Jungle de Calais », comptant jusqu'à 8000 personnes.

Le gouvernement et la municipalité donnent, dans le même temps, leur accord pour l'ouverture d'un accueil de jour pour les migrants ainsi qu'un abri pour la nuit réservé aux femmes et enfants : le Centre Jules Ferry (21). Il est situé non loin du camp de la Lande et les repas et douches y sont dispensés quotidiennement par l'association « La Vie Active ». Ce centre accueillera également l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier (CH) de Calais qui deviendra rapidement le principal lieu de prise en charge médicale des migrants.

La « jungle » ne cesse de croître et de s'organiser tel un bidonville jusqu'à son démantèlement progressif de février à novembre 2016. Près de 7 000 migrants sont évacués et rejoignent des Centres d'Information, d'Accueil et d'Orientation (CIAO) situés dans toute la France (3).

D. L'après « jungle »

Après 2016 et le démantèlement de la « jungle », on observe une nette diminution du nombre de migrants arrivant en Méditerranée. Ce phénomène s'explique par la fermeture des routes de passage, dont celle des Balkans fin 2015 et par les accords noués entre l'Union Européenne et la Turquie en mars 2016, incitant la Turquie à empêcher les départs depuis ses côtes (19) (22).

Cette diminution des arrivées se répercute logiquement à Calais, et le nombre de migrants passe de plusieurs milliers à quelques centaines de personnes.

De plus, la politique migratoire de la France et de la ville durcie. La tolérance « zéro migrant » (23) sur le territoire calaisien a pour conséquence une présence fluctuante des migrants (300 à 600 personnes en moyenne). Ils ne sont désormais plus concentrés en un seul lieu mais sont contraints de s'éparpiller tout en restant proches des lieux de passage (4).

Il se forme cependant plusieurs lieux de campement illégaux, de la Belgique jusqu'à Paris en passant par Calais et Grande Synthe, régulièrement démantelés mais aussitôt réoccupés.

Selon les associations sur place, entre novembre 2018 et avril 2019, on compte près de 5 campements de fortune à Calais, surnommés « petites jungles » en référence à la grande « jungle » de 2015 :

- Deux « jungles » à prédominance afghanes, localisées en face de l'hôpital en raison de la proximité du parking poids lourds de la zone Transmarck. Ce parking a été surnommé le « Sheitan parking » par les migrants en raison des nombreux accidents qui y ont eu lieu durant des tentatives de passage (Sheitan signifiant diable en arabe).
- A proximité, on trouve la « jungle » nommée « Old Lidl », située à l'angle de la rue du Beau Marais et de la rue de Normandie. C'est la plus petite. On y trouve au maximum entre 20 et 30 personnes, majoritairement des mineurs isolés de nationalité afghane.
- Entre le stade de l'Épopée et la N216, on trouve une jungle érythréenne nommée « Stadium jungle ». Elle se situe à proximité du « Belgium parking », une station-service avec parking poids lourds qui constitue le point de passage principal des érythréens à Calais.
- La dernière « jungle », la plus conséquente, est surnommée « Big Jungle ». Elle est située rue des Huttes à Calais Nord. On y trouve beaucoup de communautés différentes, issues majoritairement d'Afrique de l'ouest, mais également du Soudan, d'Iran et d'Afghanistan. Il existe plusieurs points de passage à cet endroit : le ferry port, la station-service « internationale », le train passant rue de Garenne, et le port pour la voie de passage maritime.

En parallèle de ces campements de fortune, on trouve des personnes errantes dans le centre-ville et au pourtour de Calais ainsi que deux importantes « jungles » à Grande Synthe, au niveau de la base de loisirs du Puythouck et sur le site de la Linière, situées à quelques kilomètres de Calais.

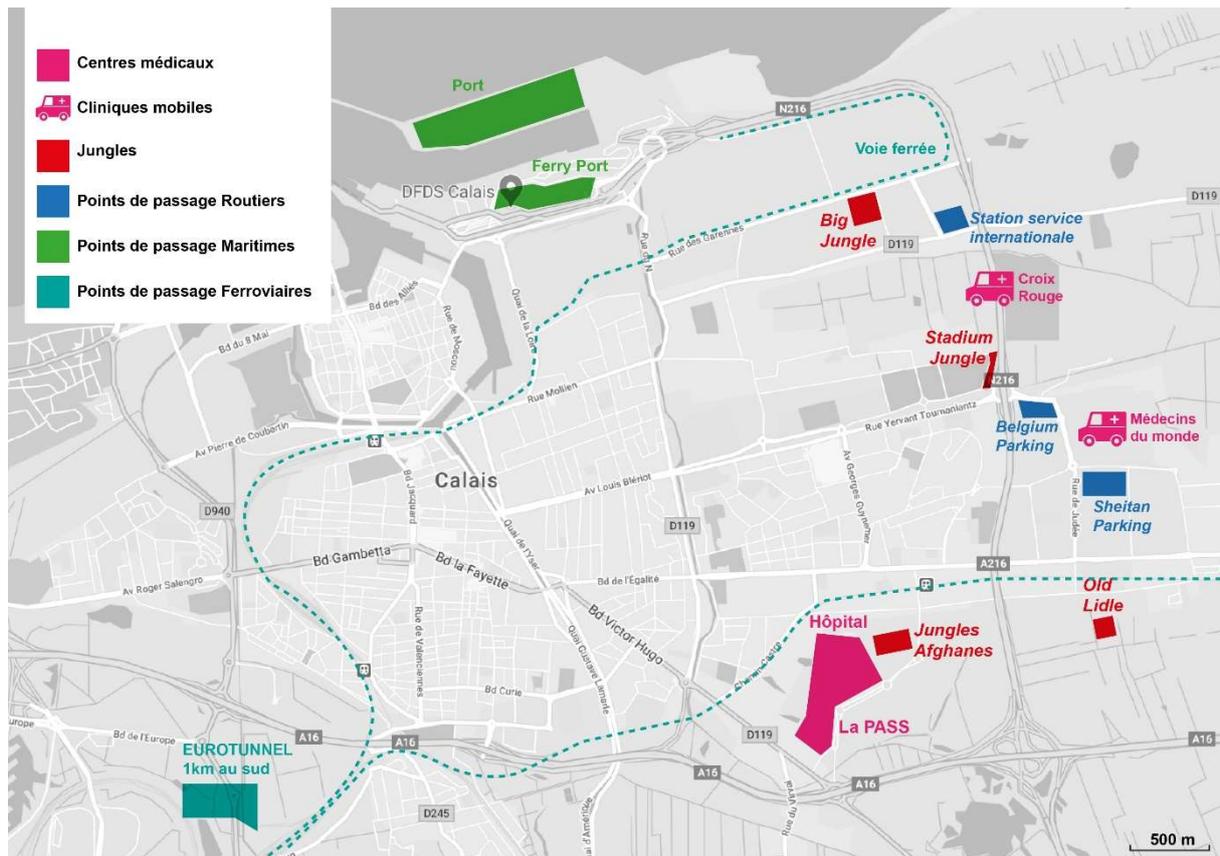


Figure 2 : Carte des différents campements et des lieux stratégiques utilisés par les migrants de Calais de novembre 2018 à avril 2019.

Ces différents campements ne sont constitués d'aucun abri officiel et les migrants dorment dehors sous des tentes distribuées par les associations d'aide locales. Une délivrance des repas est effectuée tous les jours par les associations *Refugees Community Kitchen* et l'association *Salaam* dans les jungles érythréennes, afghanes et la Big Jungle.

Des douches sont mises à disposition par la commune aux alentours de l'hôpital et sont gérées par l'association *La Vie Active*. Il n'existe pas d'autre point d'eau ni de sanitaires réservés aux migrants, et aucun moyen de collecte de déchets n'est mis à disposition.

Des maraudes nocturnes et un local d'accueil de jour sont également mis à disposition par l'association *Utopia* afin d'assurer une aide sociale et juridique (24).

D'autres associations telles que *Le Secours Populaire*, *Emmaüs*, *l'Auberge des migrants* etc. sont également actives sur le terrain et offrent leurs aides dans différents domaines.

IV- CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS DE CALAIS

A. *Protection sociale des migrants en général*

i. Aide Médicale d'Etat (AME)

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est accordée, sous condition de résidence stable et ininterrompue en France de plus de 3 mois, aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire. Le plafond maximal de ressources pour bénéficier de l'AME est fixé à 8653 euros par personne et par an. Il correspond aux ressources perçues l'année précédant la demande d'AME.

Le délai d'attribution de l'AME est normalement de 2 mois. Elle est accordée pour 1 an et est renouvelable. Pour les mineurs reconnus comme tels, l'AME est accordée sans délai et sans justification de résidence stable.

L'AME permet une prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers (pour un panier de soins, qui est d'ailleurs en cours de redéfinition), dans la limite des tarifs fixés par la sécurité sociale. La personne bénéficiaire est dispensée d'avance de frais médicaux (25) (26).

ii. Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV)

Créé en 2003 concomitamment à l'instauration d'un délai d'ancienneté de résidence de 3 mois pour accéder à l'AME, le Dispositif des Soins Urgents et Vitaux (DSUV) a pour objectif d'instaurer un financement de l'obligation déontologique des établissements de santé de délivrer les soins indispensables aux personnes dépourvues de tout droit potentiel à l'AME. Il vise à compenser partiellement l'exclusion de l'AME des étrangers nouvellement arrivés en France. Ce dispositif ne constitue pas un système de protection maladie mais un mode de paiement direct de l'Assurance Maladie des soins fournis par l'hôpital public (27).

En pratique, il est peu connu et les démarches administratives pour y avoir droit sont assez complexes (il faut par exemple justifier par un document administratif d'un refus de demande d'AME, ce qui en pratique est très difficile à obtenir dans le cadre de soins devant être délivrés de façon urgente).

iii. Protection Universelle Maladie (PUMa)

Initialement prévue pour les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière, la PUMa peut être accordée aux migrants ayant effectué des démarches de demande d'asile ou ayant obtenu le statut de réfugié ou bénéficiaire de protections subsidiaires. Dispositif de l'Assurance Maladie, la PUMa remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base depuis le 1er janvier 2016 (28) (29).

La PUMa garantit une prise en charge des frais de santé à titre personnel et de façon continue, c'est-à-dire que la personne bénéficiaire peut poursuivre une prise en charge médicale au-delà des soins primaires.

En fonction des ressources et d'une éventuelle activité professionnelle, une cotisation peut être exigée.

iv. Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

La CMU-C permet à toute personne résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois, de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable (30). Tout comme la PUMa, elle peut être accordé aux migrants à condition d'effectuer des démarches de régularisation administrative. La CMU complémentaire assure, avec dispense totale d'avance de frais :

- la prise en charge du ticket modérateur (c'est-à-dire de la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments remboursables, les frais d'hospitalisation ;
- l'exonération de la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie, les analyses médicales ;
- l'exonération de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ;
- la prise en charge du forfait journalier en cas d'hospitalisation (sans limitation de durée) ;
- et, dans la limite de tarifs fixés par arrêtés, la prise en charge des frais dépassant les montants remboursables par l'Assurance Maladie pour les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale, les lunettes, les prothèses

auditives, et d'autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.)

B. Filières de soins accessibles à Calais

i. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

1. Définition

Dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de juillet 1998 (31) (32), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été mises en place dans les établissements de santé. Si les dispositifs PASS peuvent varier dans la pratique, ils ont tous pour mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité, y compris les étrangers résidants en France depuis moins de 3 mois, lorsqu'ils sont exclus de l'AME.

Les PASS offrent aux populations en situation de précarité un accès à des consultations de médecine générale et spécialisée, des soins dentaires, des examens complémentaires, une délivrance de médicaments ainsi qu'une prise en charge sociale et administrative.

Le financement des PASS ne dépend pas de la tarification à l'acte utilisée pour la gestion des services hospitaliers conventionnels mais il est couvert par les Missions d'Intérêt Général (MIG) (33). En effet, ces MIG englobent, selon le 2°, 3° et 4° de l'article D162-6 du code de la sécurité sociale, et de l'article D 162-7 du même code, « les activités de soins dispensés à des populations spécifiques, dont la prise en charge des patients en situation de précarité » (34).

Chaque PASS reçoit un budget annuel de la part de l'ARS sur la base de 50 000 euros et en fonction du seuil minimal d'activité annuelle. Elle doit donc rendre compte de ses activités en transmettant aux ARS un certain nombre d'indicateurs : nombre de patients vus au moins une fois chaque année ; nombre d'entretiens sociaux et de consultations médicales réalisés dans et grâce à la médiation de la PASS ; nombre, contenu et composition des comités de pilotage.

Malheureusement, selon le rapport de février 2020 de l'Académie de Médecine (35) (36), les PASS sont souvent méconnues des personnes concernées ou non utilisées par des professionnels de santé qui les ignorent eux aussi. D'autre part, les financements sont insuffisants pour couvrir la demande de patients complexes et pour financer l'interprétariat et le recrutement de personnel qualifié. Actuellement, on compte 400 PASS en France, fonctionnant avec un budget de 70 millions d'euros par an.

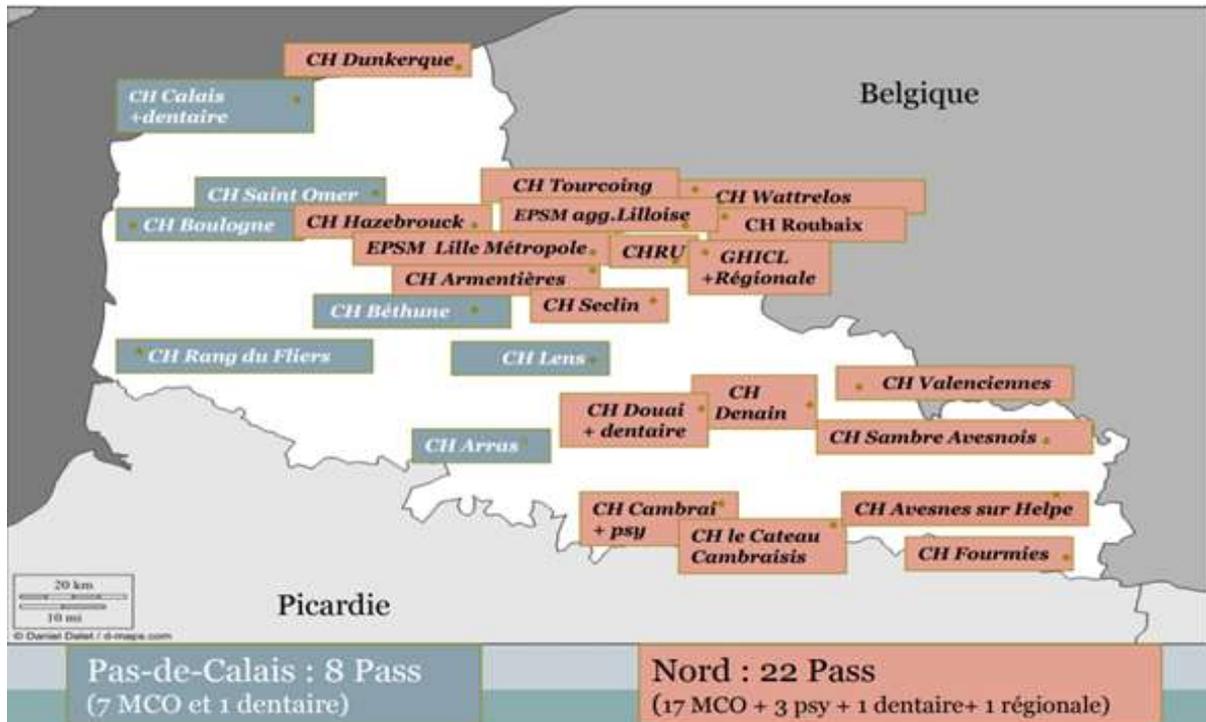


Figure 3 : Cartographie des PASS du Nord Pas de Calais (30 PASS dans 26 établissements) obtenue par le cadre et coordonnateur des services sociaux et PASS régional Nord-Pas-de-Calais.

2. La PASS de Calais

En raison du contexte de migration à la frontière, la PASS de Calais a pour particularité de recevoir un nombre très important de migrants. Elle reste cependant ouverte à toute personne en situation de précarité et en demande de soins ou de prise en charge sociale.

Initialement installée dans un bâtiment annexe de l'hôpital, elle a été déplacée au sein du centre Jules Ferry à proximité de la « jungle » de Calais en 2014, puis elle a retrouvé son lieu d'origine après le démantèlement.

La PASS de Calais dispense :

- des consultations médicales avec à l'issu, soins infirmiers et délivrance des traitements, de 9h30 à 12h15 et de 13h15 à 17h du lundi au vendredi,
- une aide sociale sous forme de permanence les lundis, mercredis et vendredis après-midi,
- des consultations dentaires les lundis et mardis matin, avec un maximum de 10 consultations par matinée.

Le personnel est composé d'une secrétaire, d'un ou deux infirmiers, d'un interprète, et d'un médecin par jour. Il y a également une assistance sociale (présente aux heures dédiées pour les permanences sociales) et un dentiste pour chaque matinée de consultation dentaire.

Le traducteur présent parle sept langues, celles les plus rencontrées au sein de la population migrante actuelle (français, anglais, arabe, pachtou, farci, perse et russe). Des services de traduction téléphonique sont aussi disponibles par l'intermédiaire de l'hôpital en cas de besoin.

En cas de fermeture, le service d'accueil des urgences peut répondre temporairement aux besoins des patients.

ii. Service d'Accueil des Urgences (SAU)

Avant la création de la PASS, le SAU était le premier recours aux soins des personnes migrantes. Cependant, celui-ci permet par définition une prise en charge des pathologies urgentes et n'offrait pas une prise en charge adaptée aux affections bénignes ou chroniques souvent présentes et relevant des soins primaires.

Aujourd'hui, la PASS pouvant assurer les consultations de médecine générale et les soins infirmiers en semaine, le SAU accueille principalement les personnes migrantes dans les situations d'urgence.

Dans la plupart des cas, les patients sont, soit amenés par les services mobiles d'urgence sur appel téléphonique, soit adressés par la PASS.

iii. Les associations à visée sanitaire

1. Médecin du Monde et la Croix Rouge

Depuis le démantèlement de la « grande jungle », ces deux associations sont présentes sur le littoral avec pour objectif l'aide aux personnes directement sur leur lieu de vie (37) (38). Elles agissent de façon mobile pour fournir une information et une orientation vers les structures sanitaires et sociales, et réaliser une action de médiation, de prévention et d'éducation à la santé. Ainsi elles orientent très régulièrement les patients à la PASS ou à l'hôpital.

Ces associations à but non lucratifs sont financées par leurs fonds propres (dons, legs, etc.) ainsi que par des subventions de l'Etat (communes, départements, régions, ARS, etc.).

2. Gynécologie Sans Frontière (GSF)

Présente dans les camps de migrants du Nord Pas de Calais depuis 2015, GSF réalise une prise en charge médico psychosociale des femmes et des enfants migrants à travers des actions de prévention, de consultation et de suivi des femmes (39).

3. Utopia

L'association Utopia56 est une association d'aide aux exilés permettant un accompagnement social, juridique et matériel. Elle est indépendante et n'est financée que par des dons de particuliers. Sur le plan sanitaire, elle permet le transport des migrants jusqu'aux structures de soins en affrétant quotidiennement un minibus faisant le tour des différents campements. Elle permet également de faire le lien entre les structures médicales, sociales et associations d'aide aux migrants de Calais (24).

iv. Praticiens Libéraux

Les consultations de médecine générale de ville ainsi que les consultations spécialisées sont accessibles aux migrants à condition de bénéficier d'une protection sociale type AME ou PUMa. Cependant, le recours à la médecine de ville reste une exception ; en cause, le nombre de médecins insuffisant pour l'ensemble de la population de Calais (40) ainsi qu'un manque d'information des migrants sur le système médical français.

V- CHOIX DU SUJET

A. Enjeu de santé publique

La santé des personnes précaires et en particulier des personnes migrantes est une priorité pour l'OMS et l'Union Européenne (41).

En France, la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, consacre un chapitre entier à l'accès aux soins et dispose dans son article 67 que : « L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'État ainsi que les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des personnes les plus démunies » (42). Cette position est constante dans la réglementation sanitaire française et communautaire.

Les migrants consultant à la PASS de Calais font partie de cette population précaire ciblée par l'Etat. Afin de remplir ces objectifs fixés, une connaissance parfaite de la population et de son état de santé est nécessaire.

B. Données de la littérature

Selon une revue de la littérature réalisée par l'OMS en 2014 concernant *Les caractéristiques de santé publique de la santé des migrants dans la région Européenne* (43) puis dans son rapport de 2018 (44), on constate qu'il existe peu de données spécifiques sur l'état de santé des demandeurs d'asile et des réfugiés, rendant difficile l'évaluation de l'impact des difficultés d'accès aux soins. Ces données se limitent principalement à la maternité et aux maladies mentales, avec peu de données claires sur les maladies infectieuses et les maladies chroniques.

Pourtant, la collecte des informations sur " l'origine " des individus est autorisée dès lors que celle-ci est définie par des variables sociodémographiques classiques (lieu de naissance, nationalité, nationalité des parents, etc.). Ce sont surtout des réticences culturelles et politiques à voir ce champ de la santé investi par la recherche et les pouvoirs publics qui expliquent l'insuffisance des études statistiques (45).

D'après l'OMS, les études réalisées tendent à montrer qu'aujourd'hui, l'état de santé des nouveaux migrants apparaît comme moins bon que celui de la population générale, à âge et sexe donnés (46) (47).

En ce qui concerne le cas particulier de Calais, quelques études épidémiologiques ont été entreprises notamment par l'ARS Haut de France et *Santé Publique France* en 2015 lors de la présence de « la grande jungle » dans un contexte de médiatisation important (48) (49). Conjointement, un travail de thèse a été réalisé par le Dr Poisvert sur l'état de santé des migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais de novembre 2015 à avril 2016 (50). Mais depuis le démantèlement, plus aucune surveillance sanitaire systématique de l'état de santé des migrants n'est effectuée sur le territoire malgré la persistance de leur présence, certes moins importante qu'en 2015.

En outre, le financement des PASS ne répond pas au principe de la tarification à l'acte (33). Le détail des prestations médicales n'est pas renseigné informatiquement après le passage du patient. Par conséquent, les informations médicales des migrants consultant à la PASS ne figurent pas au sein du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), limitant les possibilités d'études descriptives à partir des données informatisées hospitalières.

A ce jour, nous n'avons donc aucune connaissance de l'évolution de l'état de santé de la population migrante consultant à la PASS de Calais, ce qui justifie l'intérêt de ce travail de thèse.

C. *Rôle du médecin généraliste*

« Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité » (51).

« Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient » (51).

Ces passages du *Serment d'Hippocrate* et de la *Déclaration de Genève* définissent le rôle du médecin quant à la prise en charge des personnes vulnérables et illustrent l'importance de ce devoir pour l'ensemble de la communauté médicale.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a d'ailleurs intégré « la prise en charge des migrants » aux différents champs d'activité du médecin généraliste au sein de son référentiel des métiers (52).

Du fait de l'augmentation du nombre de migrants et de la détérioration de leur état de santé, il est de plus en plus fréquent pour les médecins d'être confrontés à cette problématique sur l'ensemble du territoire. Il est donc impératif d'apprendre à mieux connaître cette population et ses besoins spécifiques.

J'ai pu constater cette réalité à la fin de mon cursus universitaire, au cours duquel j'ai exercé au sein du service de la PASS de Calais en temps qu'interne de médecine générale puis en tant que médecin. Cette expérience sur le terrain m'a permis d'être confrontée aux difficultés de prise en charge des migrants et de prendre conscience des obstacles qui s'opposent à leur bonne santé. J'ai voulu étudier de plus près cette population afin de comprendre en détail ses spécificités et les pathologies concernées afin de pouvoir répondre aux besoins de façon adaptée. Ce travail de thèse en est le résultat.

VI- PROBLEMATIQUE

Nous nous sommes demandé quelles pouvaient être les principales pathologies des patients migrants consultant à la PASS de Calais. Nous avons cherché à savoir si les pathologies qu'ils présentaient étaient liées à leur origine (pathologies d'importation) ou si elles étaient au contraire liées à leur condition de vie sur le territoire d'accueil (pathologies d'acquisition) et au parcours migratoire. De plus, nous avons cherché à savoir si la distribution des pathologies observées avait évolué dans le temps ou si elle était comparable à celle observée pendant la période de la « grande Jungle » de 2015. Si des évolutions étaient constatées, nous en avons recherché les causes.

Enfin, nous avons voulu savoir quelles étaient les caractéristiques de la population étudiée sur le plan socio-démographique (âge, sexe, origine), social (couverture sociale, mode d'hébergement...) et administratif (demande d'asile, titre de séjour...), tous facteurs influençant probablement le profil sanitaire et le parcours de soins des patients.

A. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail de recherche est de décrire les principales pathologies des patients migrants consultant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais de novembre 2018 à avril 2019, ainsi que leurs caractéristiques socio démographiques et épidémiologiques.

B. Objectifs secondaires

Ce travail de thèse a pour autre objectif de décrire la population migrante consultant à la PASS de Calais et de tenter de caractériser les déterminants et l'origine des pathologies présentées. Ces résultats pourront être analysés en parallèle avec les données recueillies deux ans auparavant, période de la « grande Jungle », ce qui nous permettra de suivre l'évolution de cette population et de son état de santé au cours du temps.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I- TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale monocentrique.

II- POPULATION DE L'ÉTUDE

La population étudiée est celle des patients migrants consultant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du Centre Hospitalier de Calais.

A. Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les patients de nationalité étrangère consultant à la PASS quel que soit leur statut (demandeurs d'asile, personnes en situation de séjour irrégulier, personnes sans droit, etc.).

B. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients ne consultant pas pour un motif médical ou n'ayant pas bénéficié de prise en charge médicale (patient parti avant la consultation) ainsi que les dossiers non retrouvés ou dont les données étaient inexploitable (données illisibles).

III- PERIODE D'ÉTUDE ET RECUEIL DE DONNEES

A. Période de recueil de données

Il a été décidé de reprendre les mêmes modalités de recueil que celles réalisées dans l'étude du Dr Poisvert en 2015 et 2016 concernant les consultations de migrants à l'antenne de la PASS délocalisée de Calais (50), en les adaptant au contexte actuel. Cela nous a permis d'avoir un élément de comparaison et d'analyser l'évolution de la population et de ses pathologies au cours du temps.

Celui-ci avait choisi de recueillir les consultations médicales effectuées chaque première semaine de chaque mois de novembre 2015 à avril 2016. Le nombre de patients consultant à la PASS ayant diminué au cours des dernières années, nous avons choisi de doubler la période de recueil.

Nous avons donc sélectionné l'intégralité des consultations effectuées lors des deux premières semaines de chaque mois, de novembre 2018 à avril 2019, soit douze semaines pendant 6 mois.

Comme le Dr Poisvert deux ans auparavant, nous n'avons pas réalisé de randomisation, celle-ci étant difficile à mettre en place compte tenu du nombre important de dossiers traités par mois et de leur archivage non informatisé.

Chaque semaine comportant 5 jours de consultations, le recueil a donc été réalisé sur 60 jours de consultations. Pour des raisons d'organisation (mardi 1^{er} férié et données de la troisième semaine étant incomplètes), nous avons choisi de répartir les 10 jours de consultations du mois de janvier sur les 3 premières semaines.

Ainsi, les données ont été recueillies du 5 au 9 novembre 2018 (semaine 45), du 12 au 16 novembre 2018 (semaine 46), du 3 au 7 décembre 2018 (semaine 49), du 10 au 14 décembre 2018 (semaine 50), du 2 au 4 janvier 2019 (semaine 1), du 7 au 11 janvier 2019 (semaine 2), du 14 au 15 janvier 2019 (semaine 3), du 4 au 8 février 2019 (semaine 6), du 11 au 15 février 2019 (semaine 7), du 4 au 8 mars 2019 (semaine 10), du 11 au 15 mars 2019 (semaine 11), du 1^{er} au 5 avril 2019 (semaine 14) et du 8 au 12 avril 2019 (semaine 15).

B. Mode de recueil de données

Les données ont été recueillies à partir de deux sources :

- Les feuilles d'émargement administratives réalisées à l'accueil par les professionnels de santé (secrétaire, infirmier, traducteur ou médecin) lors de chaque passage de patient. Elles contiennent le nom, prénom, nationalité, sexe, lieu de résidence, couverture sociale, statut administratif et orientation après le passage en consultation (Annexe 2).
- Les dossiers médicaux papiers renseignés lors de chaque consultation médicale par le personnel soignant de la PASS. Chaque patient bénéficie d'un dossier médical qui est repris lors de consultations itératives. Il contient les informations administratives du patient (nom, prénom, date de naissance, adresse, statut administratif avec documents à l'appui, déclaration à *France Terre d'Asile* si Mineurs Non Accompagnés) et les informations médicales renseignées par l'infirmier et le médecin lors de la consultation et des soins (motif de consultation, examen clinique, diagnostic, soins et traitements dispensés) (Annexe 1).

Les données sur les dossiers papiers ont ensuite été saisies sur le logiciel Microsoft Excel® afin d'être exploitées.

C. Données recueillies

Les données recueillies et leurs variables, ont été les suivantes :

- Date et semaine de consultation correspondante
- Sexe
- Age
- Nationalité
- Lieu d'hébergement ou de résidence :
 - SDF,
 - CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.
 - CHRS Le Moulin Blanc à Calais
 - CHRS Le Chenal à Calais
 - CHRS Charles Gide à Calais
 - FTDA St Omer : Foyer pour MNA géré par l'association France Terre d'Asile à St Omer,
 - SAVI LVA : Service d'Accueil Vers l'Intégration géré par l'association La Vie Active à Condette
 - Centre maternel La Fontaine à Calais
 - Particulier : ami, connaissance, famille, etc.
 - Logement personnel
 - Secours Catholique
 - Emmaüs
 - GSF : association Gynécologie Sans Frontière
- Couverture sociale : inexistante, AME, PUMa + CMU-C, PUMa + complémentaire santé autre, PUMa sans complémentaire santé.

- Statut administratif : sans-papiers, demandeur d'asile, bénéficiaire d'un titre de séjour, étudiant étranger, citoyen de l'Union Européenne.
- Pour les patients mineurs : Mineur Accompagné, Mineur Non Accompagné (MNA) reconnu par l'Etat, MNA non reconnu par l'Etat (et dans ce cas, présence ou non d'une déclaration à France Terre D'Asile).
- Motif de consultation
- Pathologie principale diagnostiquée correspondant au diagnostic principal posé par le médecin, ou à défaut, celui écrit au premier rang.
- La ou les pathologies associées correspondant aux diagnostics associés renseignés par le médecin.
- Orientation après la consultation.

D. Regroupement des données

Afin de faciliter l'interprétation des résultats, les données concernant l'âge ont été regroupées par classes d'âge, les données concernant la nationalité ont été regroupées par zones géographiques et les motifs de consultation ont été regroupés par grandes catégories de motifs (Annexe 4).

Afin de faciliter l'interprétation des données concernant les pathologies, celles-ci ont été uniformisées grâce à l'utilisation de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (53).

Dans un second temps, devant le nombre important de pathologies répertoriées rendant difficile l'interprétation, les pathologies ont été regroupées par grandes catégories de pathologies proches des grands chapitres de la CIM10 (Annexe 5).

IV- ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

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 par le Centre Hospitalier de Calais, responsable des données. La procédure d'anonymisation a été élaborée conjointement avec le Délégué à la Protection des données de l'Université de Lille et le DPD du GHT Côte d'Opale selon le régime « Étude rétrospective en interne » sur la base légale de la « Compatibilité du traitement ultérieur à des fins de recherches scientifiques » (54).

Les déclarations de cette étude au registre de chaque établissement ont pour numéro de récépissé :

- Centre Hospitalier de Calais et GHT Côte d'Opale : n° 2219549 v 0 ;
- Université de Lille : n° 2019-111.

A. Organisation préalable

i. Constitution d'un fichier de correspondance

Afin de conserver l'anonymat des données, un fichier de correspondance a été créé sous format Excel. Il était composé des données suivantes : code de pseudonymisation, nom, prénom, sexe, date de naissance et nationalité. Il a été stocké sur les serveurs distants de l'Université de Lille hébergés en interne, et accessible via l'application NextCloud à partir de la connexion au compte universitaire.

ii. Constitution d'un fichier de données d'analyse

Le fichier d'analyse a été composé sous format Excel avec les données suivantes : code de pseudonymisation, date, sexe, âge, nationalité, type d'hébergement, couverture sociale, statut administratif, statut administratif spécifique des mineurs, motif de consultation, diagnostic principal et diagnostics associés. Il a été stocké sur une zone chiffrée de l'ordinateur personnel et du disque dur externe de la chercheuse.

iii. Chiffrement des équipements

Afin de conserver le fichier de données d'analyse de façon sécurisée, un espace chiffré sur le disque dur de l'ordinateur et le disque dur externe de la chercheuse a été créé à l'aide du logiciel Veracrypt. Les données étaient accessibles par mot de passe.

B. Collecte des données

i. Accès aux données

Les fiches d'enregistrement ont été utilisées afin d'identifier le dossier médical de chaque patient grâce aux nom, prénom, et date de naissance.

ii. Collecte des données

Les données nécessaires du dossier médical ont été collectées puis réparties entre le fichier de données d'analyse et le fichier de correspondance, comme décrit dans la précédente phase.

C. Exploitation des données

i. Analyse statistique

Le fichier de données d'analyse (pseudonymisé) a été transféré à l'équipe de biostatisticiens de l'Université de Lille et stocké sur une zone chiffrée de leurs équipements. Après transfert des résultats statistiques à la chercheuse, les statisticiens ont supprimé les données de leurs équipements.

ii. Retranscription des résultats

Les résultats ont ensuite été retranscrits en les agrégeant suffisamment pour les rendre anonymes : il n'était plus possible de singulariser les profils des personnes dont les données ont été collectées.

iii. Conservation des données

Le fichier de correspondance et le fichier de données d'analyse ont été supprimés à l'issue de la soutenance. Seuls les résultats agrégés sont conservés indéfiniment.

V- METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

L'analyse statistique des données a été réalisée par l'équipe de Biostatistique de l'unité de Méthodologie - Biostatistique et Data Management du CHU de Lille à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

A. Analyse univariée

Dans un premier temps, une analyse descriptive univariée du nombre de consultations recueillies, de l'échantillon étudié, des diagnostics principaux et des diagnostics associés a été effectuée. Cette analyse a été réalisée sur le nombre de dossiers inclus (figure 4).

Par soucis de comparaison avec l'étude du Dr Poisvert (50), nous avons fait le choix de considérer chaque passage en consultation indépendamment et de ne pas tenir compte dans l'analyse statistique du fait qu'un patient pouvait consulter plusieurs fois sur la période étudiée. En effet, en 2015, un nouveau dossier était ouvert à chaque nouvelle consultation pour un même patient. Ce n'est plus le cas aujourd'hui car les patients bénéficient désormais d'un dossier médical personnel, utilisé pour chaque consultation itérative.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile en cas de distribution non Gaussienne. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement et à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquences et de pourcentages.

B. Analyse bivariée

Dans un second temps, il a été réalisé une analyse descriptive bivariée des origines géographiques selon la période de consultation et la classe d'âge ; du statut administratif selon l'origine géographique, le sexe et le lieu de résidence ; et des pathologies selon l'origine géographique, la classe d'âge, le sexe, la période de consultation, le lieu de résidence et le statut administratif. Les analyses bivariées n'ont pas donné lieu à des tests de significativité statistique car ce n'était pas l'objectif de ce travail.

Ces analyses bivariées ont été réalisées sur le nombre de dossiers analysés, c'est-à-dire ceux dont nous disposons des informations médicales (figure 4).

VI- RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

La recherche bibliographique a été réalisée sur les bases de données spécialisées PubMed, EM Consulte, Google scholar, SUDOC ainsi qu'avec l'aide du Service Commun de Documentation de l'Université de Lille et de leur archive institutionnelle PEPITE.

Les mots clés étaient : « migrant », « santé des migrants », « permanences d'accès aux soins de santé », « précarité », « accès aux soins », « jungle de calais ».

La bibliographie a été réalisée à l'aide du logiciel ZOTERO® et a été mise en page selon le système Vancouver.

RESULTATS

I- EFFECTIF DE L'ECHANTILLON ETUDIE

A. Effectif total

Sur les 1604 dossiers de consultations recueillis, 115 ont été exclus, soit 7% : 27 en novembre, 16 en décembre, 17 en janvier, 20 en février, 18 en mars et 17 en avril.

En effet, les feuilles d'émergement avec la description des patients concernés (âge, origine, protection sociale, lieu de résidence, statut administratif) étaient disponibles et toutes exploitables mais certains dossiers médicaux associés n'étaient pas retrouvés ou ne permettaient pas d'obtenir les informations médicales et ont été exclus.

Parmi les dossiers de consultations exclus, 83 dossiers médicaux n'étaient pas retrouvés dans les archives, 23 concernaient des personnes parties avant soins, 2 ne comportaient pas des données assez lisibles pour être exploités et 7 concernaient un motif non médical de consultation.

Au total, 1489 dossiers de consultations ont été analysés de novembre 2018 à avril 2019, représentant 60 jours de consultations.

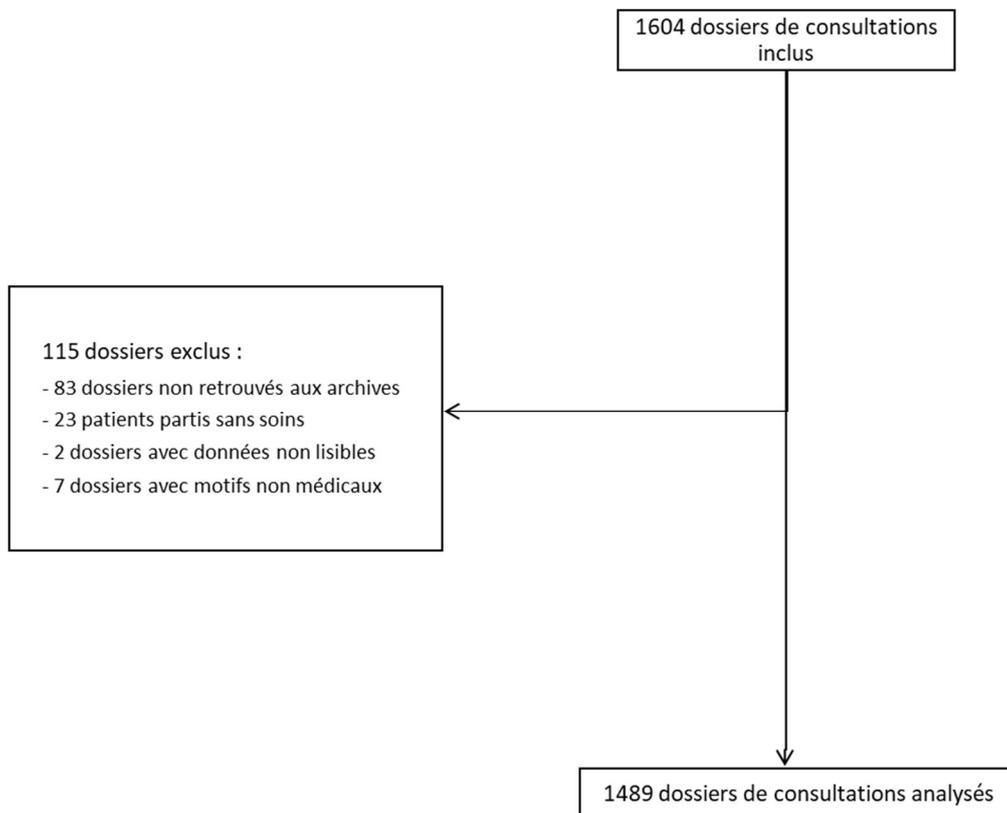


Figure 4 : Diagramme de flux

B. Nombre de passages par patient

Sur les 1604 dossiers de consultation inclus, on compte 895 patients différents, étant donné qu'un même patient pouvait consulter plusieurs fois sur la période étudiée.

Le nombre moyen de passages sur la période étudiée est de : 1,8 +/- 1,5. La médiane est de 1,0 passage (Q1 : 1,0 ; Q2 : 2,0). Le nombre minimum de passage est de 1, et le nombre maximum est de 14.

C. Nombre de consultations par semaine

Mois	Semaine	Effectif	Proportion
Novembre 2018	45	162	10,1%
	46	135	8,4%
Décembre 2018	49	140	8,7%
	50	137	8,5%
Janvier 2019	1	63	3,9%
	2	131	8,2%
	3	61	3,8%
Février 2019	6	124	7,7%
	7	122	7,6%
Mars 2019	10	116	7,2%
	11	119	7,4%
Avril 2019	14	151	9,4%
	15	143	8,9%

Données manquantes : 0

Tableau 1 : Répartition du nombre de consultations sur la période étudiée (2 semaines par mois pendant 6 mois).

Le nombre moyen de consultations par semaine est de 123,38 +/- 30,15.

D. Nombre de consultations par jour

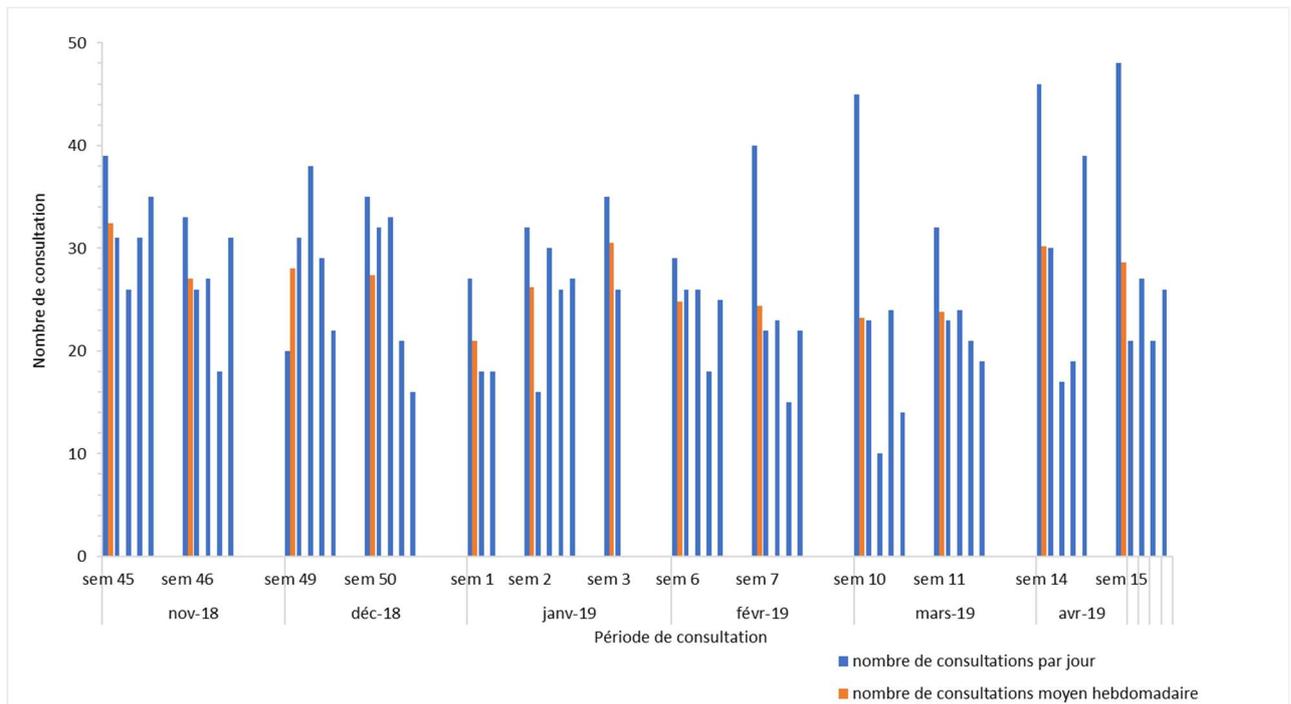


Figure 5 : Nombre de consultations par jour pour chaque semaine considérée

Le nombre moyen de consultations par jour est de : 26,7 +/- 8,1. Le nombre minimum est de 10 (le 06/03/19), le nombre maximum est de 48 (le 08/04/19).

Le nombre moyen de consultations par jour est de 29,7 pour le mois de novembre (semaines 45-46), 27,7 pour décembre (semaines 49-50), 26,8 pour janvier (semaines 1-2-3), 24,6 pour février (semaines 6-7), 23,5 pour mars (semaines 10-11) et 29,4 pour avril (semaines 14-15).

II- DESCRIPTION DE LA POPULATION MIGRANTE CONSULTANT A LA PASS

A. Sexe

Sexe	Effectif	Proportion
Homme	1437	89,6%
Femme	167	10,4%

Données manquantes : 0

Tableau 2 : Répartition des patients par sexe

B. Age

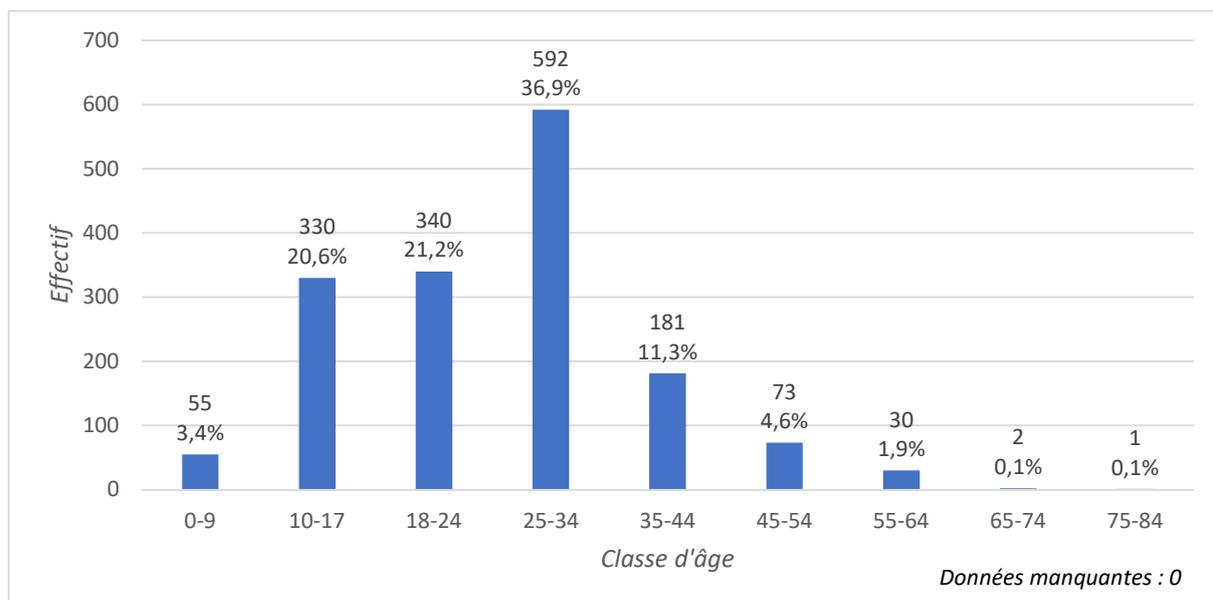


Figure 6 : Distribution des âges des patients par classe d'âge

L'âge moyen est de 26,4 ans +/- 10,6 et l'âge médian est de 25,0 ans (Q1 : 18 ; Q4 : 32). L'âge minimal est de moins d'un an et l'âge maximal est de 77 ans.

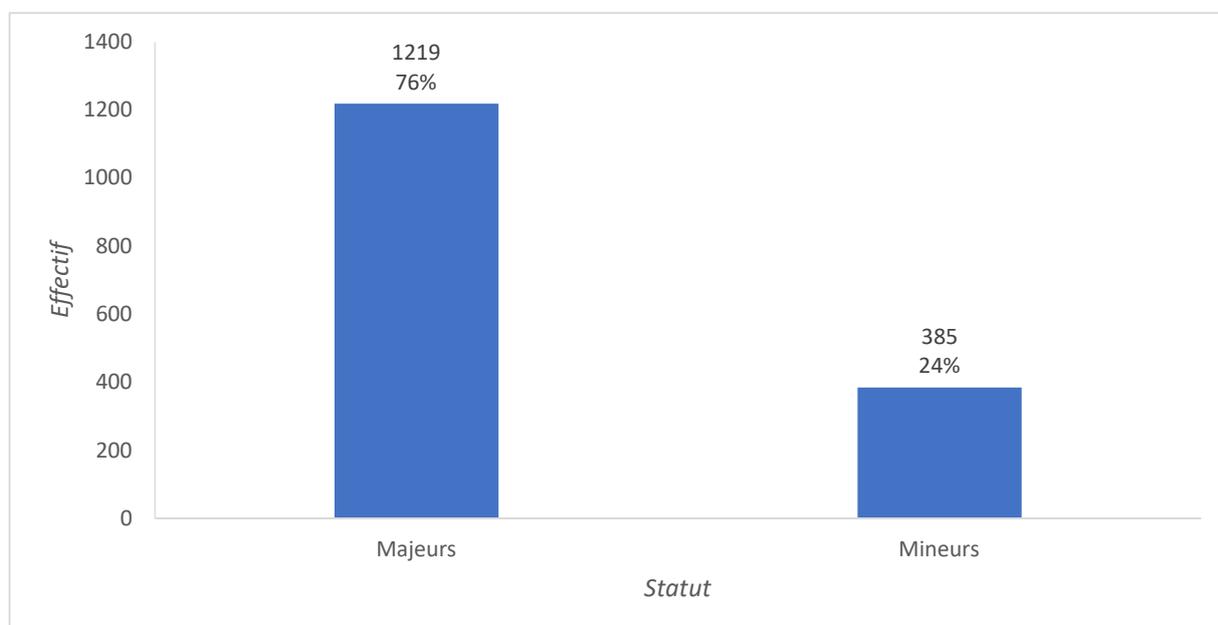


Figure 7 : Répartition des mineurs et des majeurs dans la population étudiée

C. Origine géographique

i. Par nationalité

Au total, 45 nationalités différentes sont représentées.

Nationalité	Effectif (N=1604)	Proportion
Iran	461	28,74%
Afghanistan	403	25,12%
Erythrée	212	13,22%
Soudan	118	7,36%
Irak	110	6,86%
Ethiopie	61	3,80%
Roumanie	22	1,37%
Pakistan	20	1,25%
Lituanie	16	1,00%
Syrie	15	0,94%
Guinée Conakry	14	0,87%
Algérie	12	0,75%
Cameroun	10	0,62%
Libye	10	0,62%
RDC	8	0,50%
Mali	8	0,50%
Sénégal	8	0,50%
Egypte	7	0,44%
Maroc	7	0,44%
Pologne	7	0,44%
Gambie	6	0,37%
Albanie	6	0,37%
Somalie	5	0,31%
Niger	5	0,31%
Nigeria	5	0,31%
Palestine	5	0,31%
Hongrie	5	0,31%
Tchad	4	0,25%
Côte d'Ivoire	4	0,25%
Argentine	4	0,25%
Suriname	4	0,25%
Sierra Leone	3	0,19%
Kenya	2	0,12%
Liberia	2	0,12%
Inde	2	0,12%
Tadjikistan	2	0,12%
Lettonie	2	0,12%
Kosovo	2	0,12%
Togo	1	0,06%
Burkina Faso	1	0,06%
Guinée Bissau	1	0,06%
Tunisie	1	0,06%
Yémen	1	0,06%
Birmanie	1	0,06%
Brésil	1	0,06%

Données manquantes : 0

Tableau 3 : Origine géographique des patients par nationalité

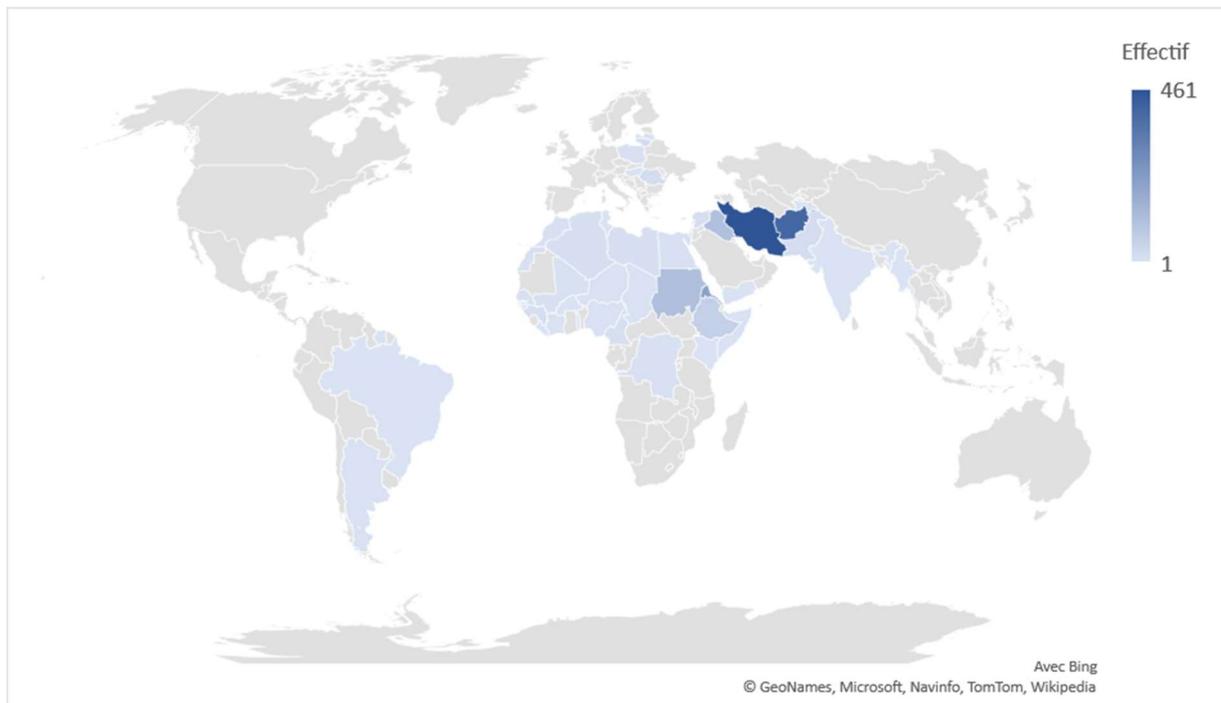


Figure 8 : Représentation des effectifs de patients pour chaque pays sur une carte du monde

ii. Par regroupement géographique

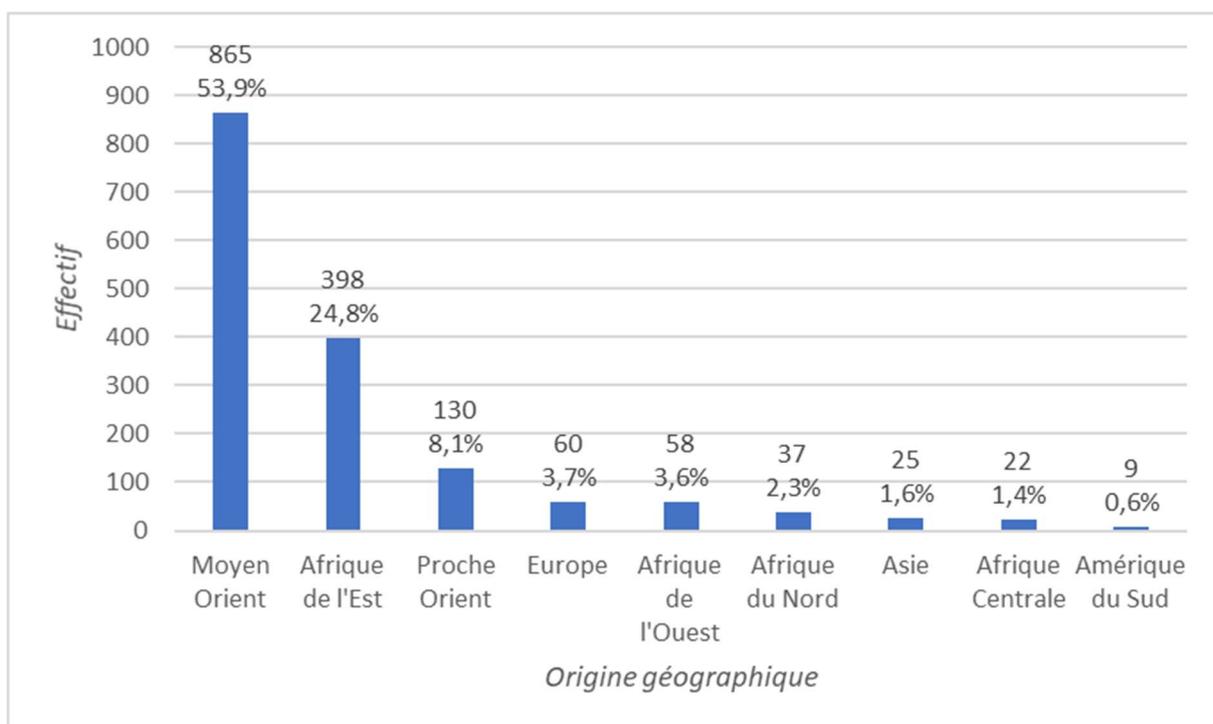


Figure 9 : Origine des patients par regroupement géographique

Les regroupements géographiques réalisés sont les suivants :

- Moyen Orient : Afghanistan, Iran, Yémen.
- Afrique de l'Est : Soudan, Somalie, Ethiopie, Erythrée, Kenya.
- Proche Orient : Irak, Palestine, Syrie
- Europe : Kosovo, Pologne, Lituanie, Lettonie, Roumanie, Hongrie, Albanie.
- Afrique de l'Ouest : Côte d'Ivoire, Mali, Burkina Faso, Guinée Conakry, Guinée Bissau, Niger, Nigéria, Libéria, Togo, Gambie, Sierra Leone, Sénégal.
- Afrique du Nord : Algérie, Egypte, Libye, Maroc, Tunisie.
- Asie : Inde, Pakistan, Tadjikistan, Birmanie.
- Afrique Centrale : République Démocratique du Congo, Tchad, Cameroun.
- Amérique du Sud : Argentine, Brésil, Suriname.

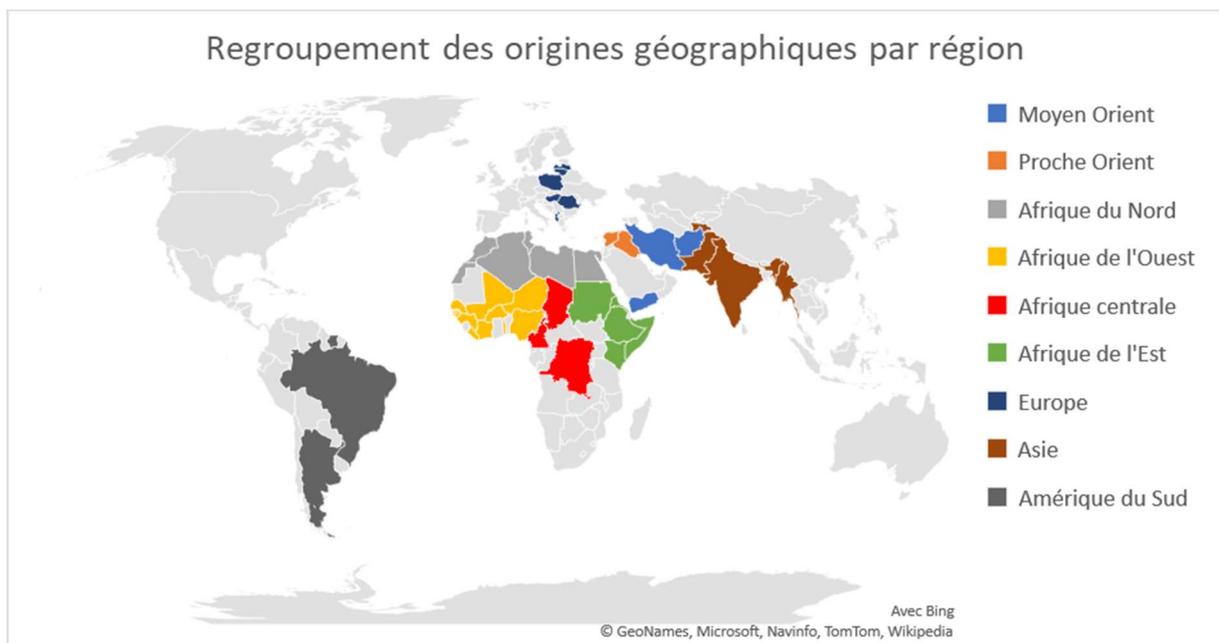


Figure 10 : Représentation des regroupements géographiques effectués sur une carte du monde

iii. Evolution des origines géographiques dans le temps

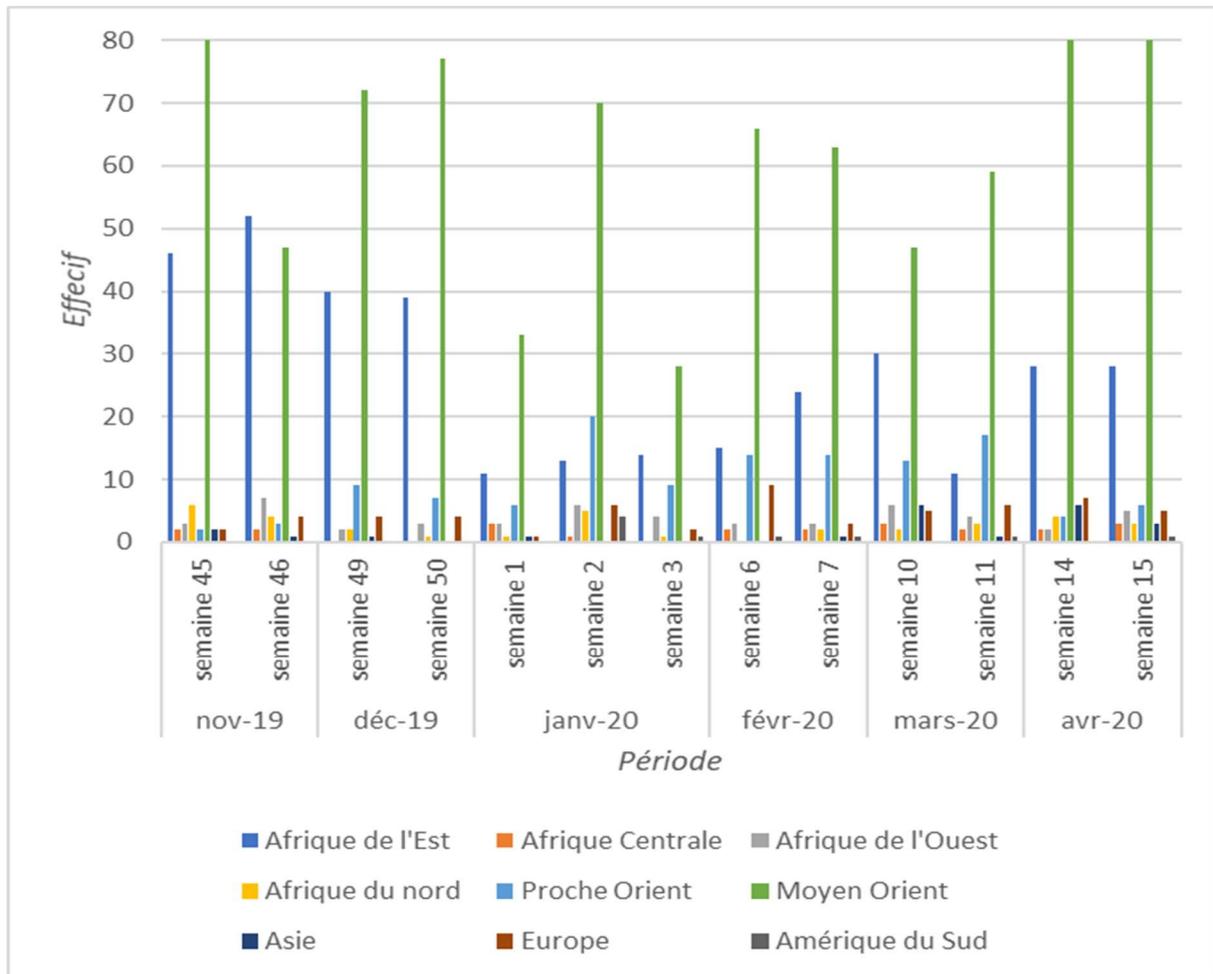


Figure 11 : Evolution des origines géographiques des patients dans le temps après regroupement géographique

iv. Age en fonction des origines géographiques

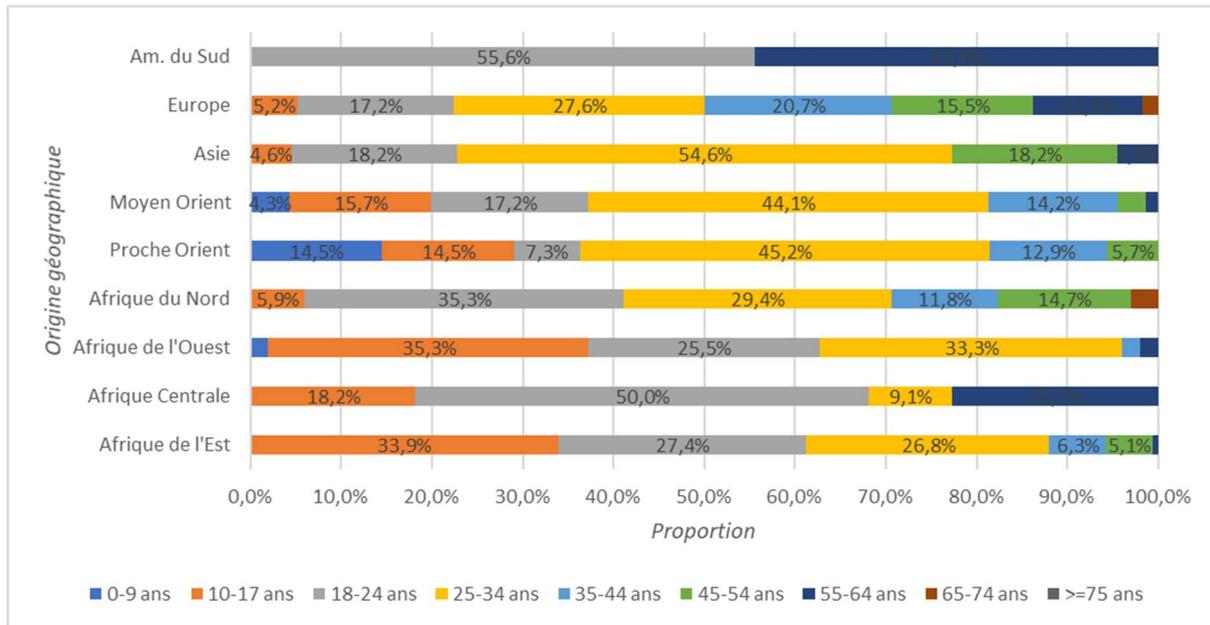


Figure 12 : Classe d'âge en fonction de l'origine géographique

D. Statut administratif

i. Statut administratif de la population étudiée

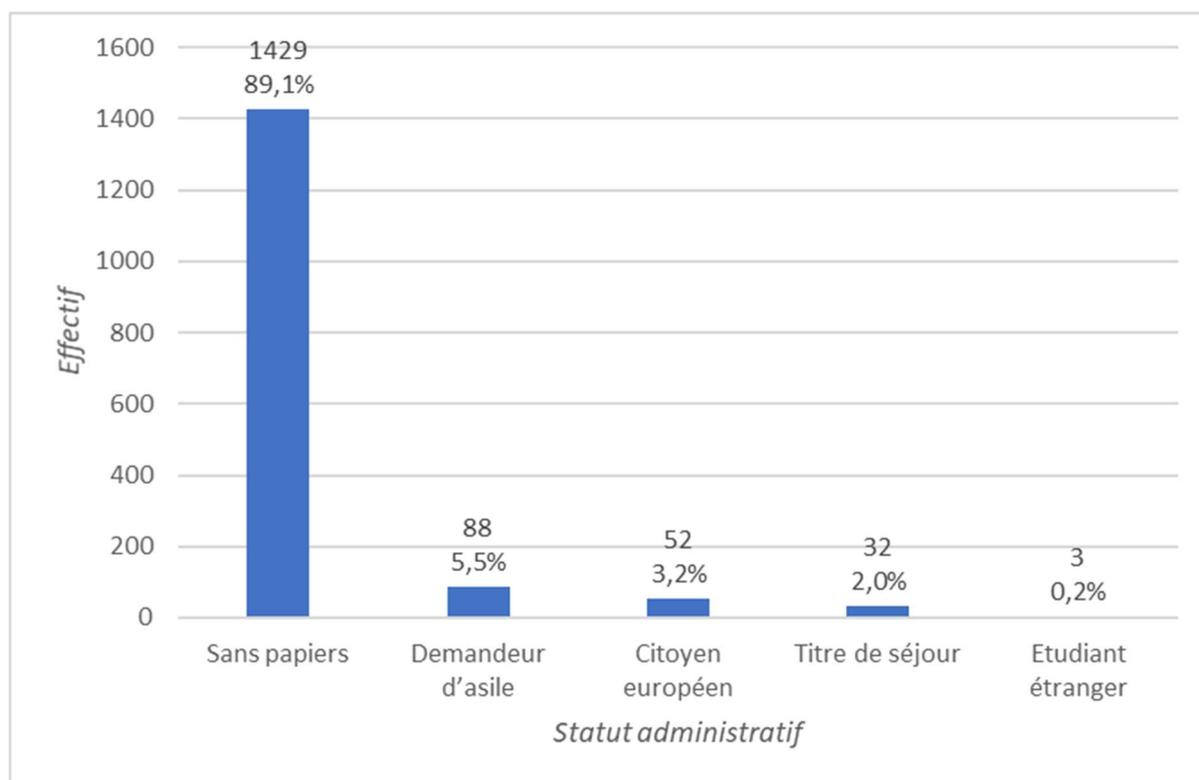


Figure 13 : Répartition du statut administratif de la population étudiée

ii. Statut administratif des mineurs

Statut administratif	Effectif (N=347) *	Proportion
MNA non reconnu non signalé à FTA	178	51,30%
MNA non reconnu signalé à FTA	101	29,10%
MNA reconnu	5	1,44%
Mineur accompagné	63	18,16%

Données manquantes : 0

*N=347 car réalisé sur nombre de dossiers analysés

Tableau 4 : Statut administratif des mineurs

iii. Statut administratif par regroupement de nationalité

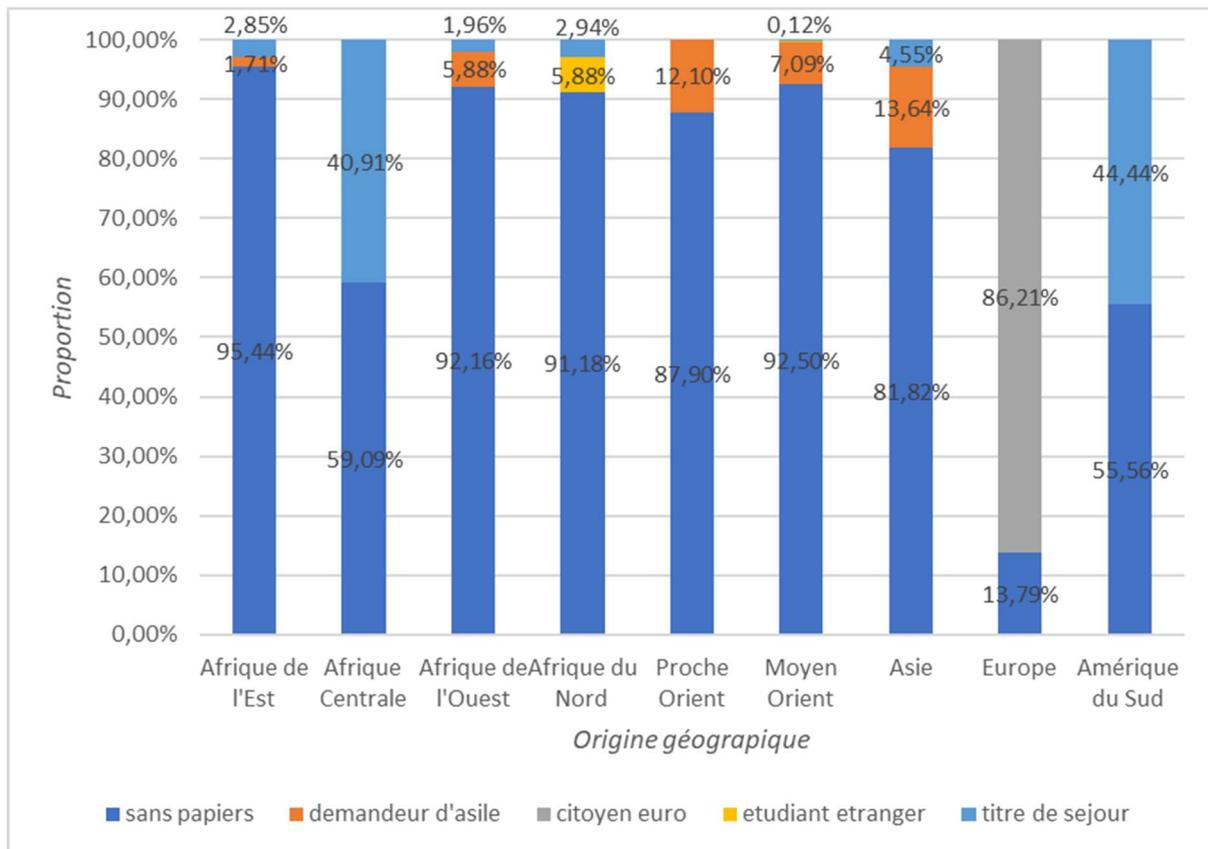


Figure 14 : Répartition du statut administratif en fonction de l'origine géographique

iv. Statut administratif par sexe

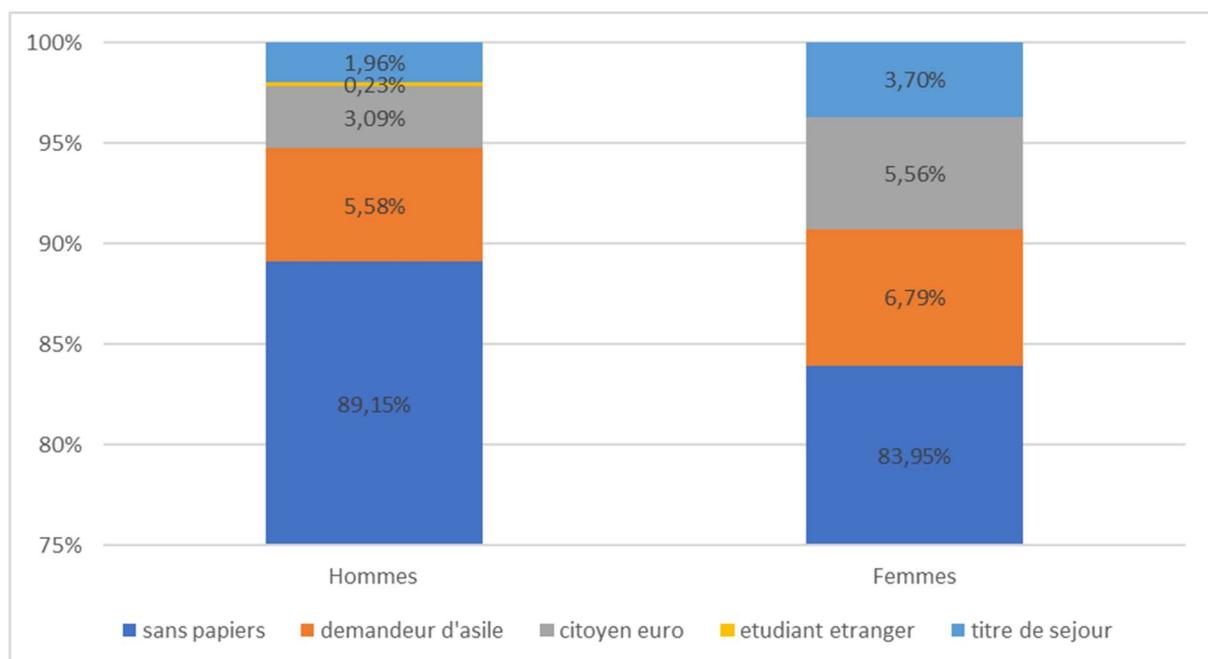


Figure 15 : Répartition du statut administratif pour chaque sexe.

E. Protection sociale

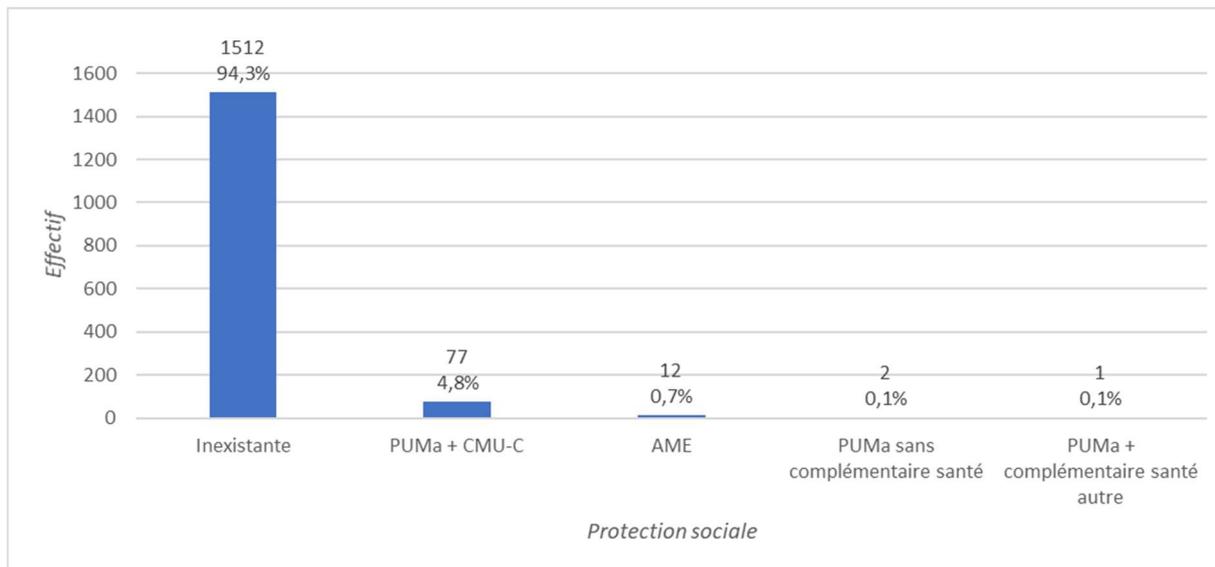


Figure 16 : Répartition du type de protection sociale

F. Lieu de résidence

i. Lieu de résidence de la population étudié

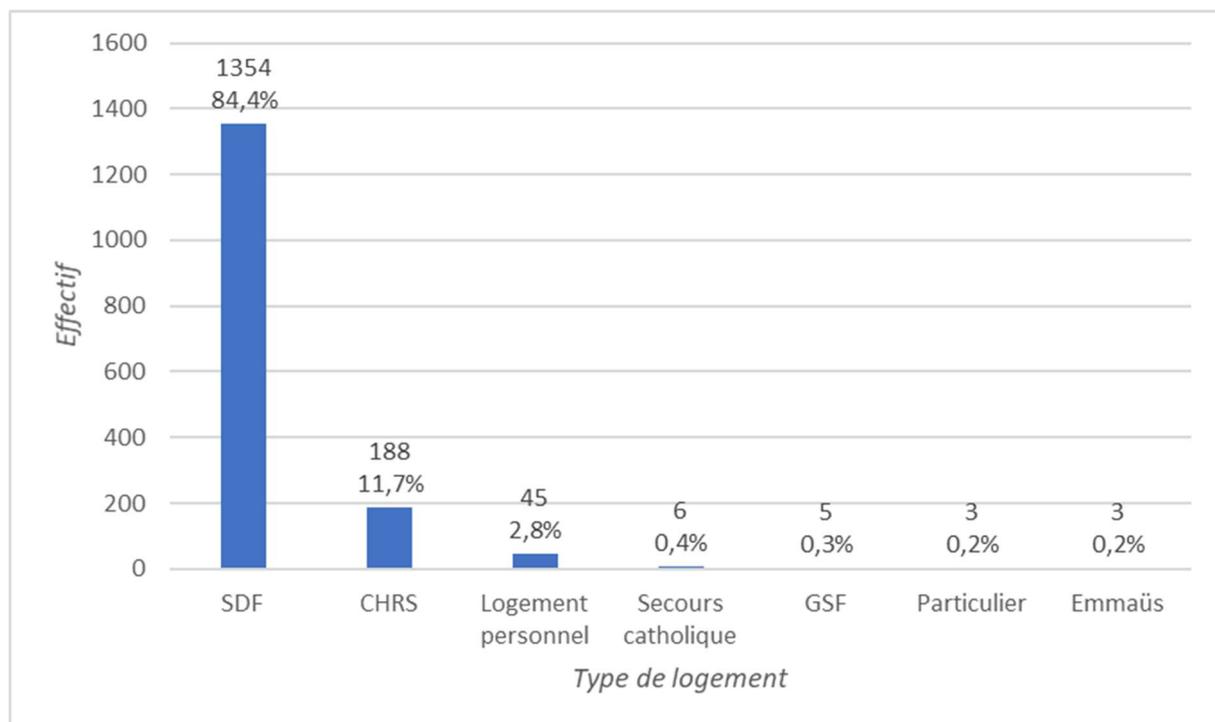


Figure 17 : Répartition du lieu de résidence de la population étudiée

Type de CHRS	Effectif (N=188)	Proportion
Le Moulin blanc	136	75,6%
Le Chenal	33	18,7%
Charles Gide	4	2,3%
SAVI LVA	3	1,7%
France Terre d'Asile	2	1,1%
Centre maternel La Fontaine	1	0,6%

Données manquantes : 9

ii. Détail du sous-groupe CHRS

Tableau 5 : Répartition au sein du sous-groupe CHRS

iii. Lieu de résidence en fonction du statut administratif

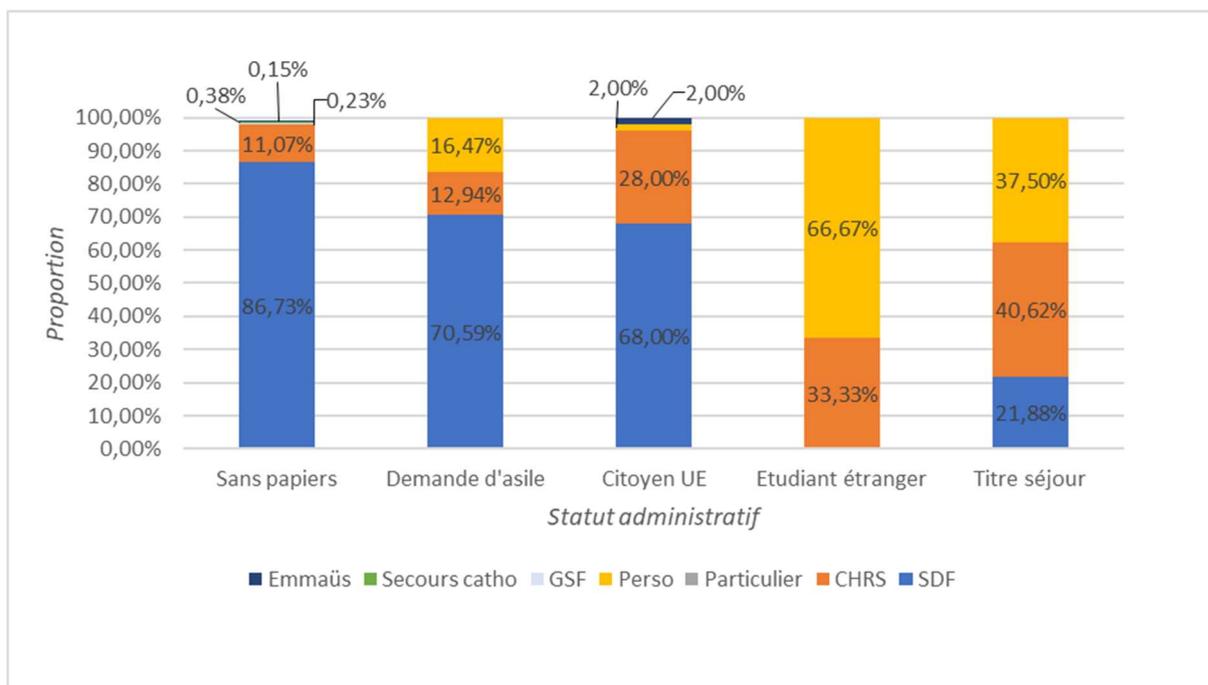


Figure 18 : Lieu de résidence en fonction du statut administratif

iv. Lieu de résidence des mineurs

Lieu de résidence	Effectif (N=347)	Proportion
SDF	289	83,3%
CHRS	51	14,7%
GSF	4	1,1%
Particulier	2	0,6%
Logement personnel	1	0,3%

Tableau 6 : Lieu de résidence des mineurs

v. Lieu de résidence en fonction du statut administratif chez les mineurs

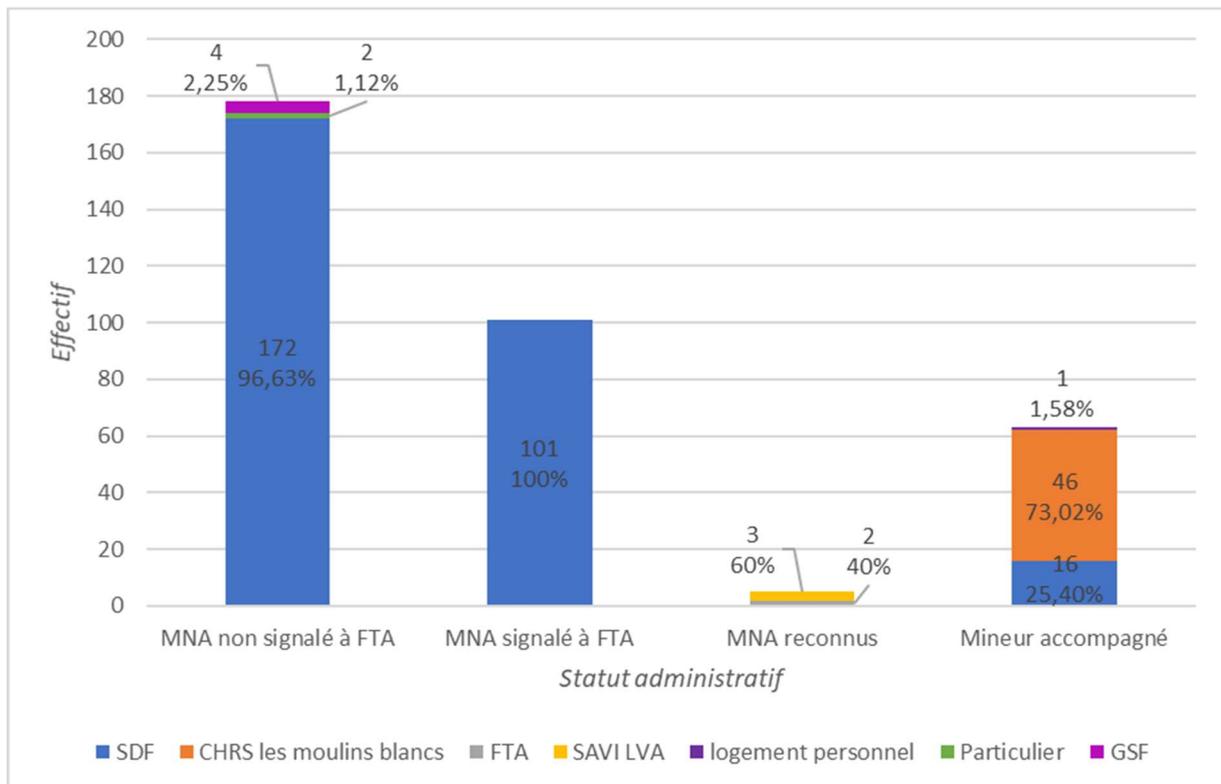


Figure 19 : Lieu de résidence en fonction du statut administratif dans le sous-groupe mineur

III- MOTIF DE CONSULTATION APRES REGROUPEMENT

Motif de consultation	Effectif (N=1604)	Proportion
Traumatologique	273	18,06%
Dermatologique	245	16,20%
Dentaire	178	11,77%
Respiratoire	150	9,92%
Infectieux	130	8,60%
Digestif	104	6,88%
Rhumatologique/Locomoteur	76	5,03%
Psychiatrique	76	5,03%
ORL	58	3,84%
Neurologique	30	1,98%
Gynécologique/Obstétrique	30	1,98%
Endocrinologique/Nutrition	26	1,72%
Cardiovasculaire	25	1,65%
Départ avant soins	23	1,52%
Divers	22	1,46%
Dépistage/Prévention	21	1,39%
Urologique	13	0,86%
Hématologique	13	0,86%
Ophtalmologique	12	0,79%
Soins IDE	7	0,46%

Données manquantes : 92

Tableau 7 : Motifs de consultation après regroupement par catégorie

IV- PATHOLOGIES DES PATIENTS CONSULTANT A LA PASS

A. Pathologies (principales et associées) regroupées par catégorie

Pathologies	Effectif (N=3208) *	Proportion
Infectieuses	359	22.19%
Traumatologiques	264	16.32%
Respiratoires	228	14.09%
Dentaires	186	11.50%
Digestives	97	6.00%
Psychiatriques	85	5.25%
Dermatologiques	75	4.64%
Rhumatologiques/Loco	72	4.45%
Cardiovasculaires	36	2.22%
Endocriniennes/Nutritionnelles	31	1.92%
Soins infirmiers	30	1.85%
Gynécologiques/Obstétricales	28	1.73%
Neurologiques	25	1.55%
Dépistage/Vaccination/Prév.	24	1.48%
ORL	21	1.30%
Divers	18	1.11%
Urologiques	15	0.93%
Ophtalmologiques	12	0.74%
Hématologiques	12	0.74%

*Données manquantes : 1590***

* N= 3208 = 1604 diagnostics principaux + 1604 diagnostics associés

** 1590 = 115 données issues des dossiers exclus * 2 + 2 diagnostics principaux manquants + 1358 diagnostics associés manquants

Tableau 8 : Pathologies (principales et associées) après regroupement par catégorie

B. Pathologies principales

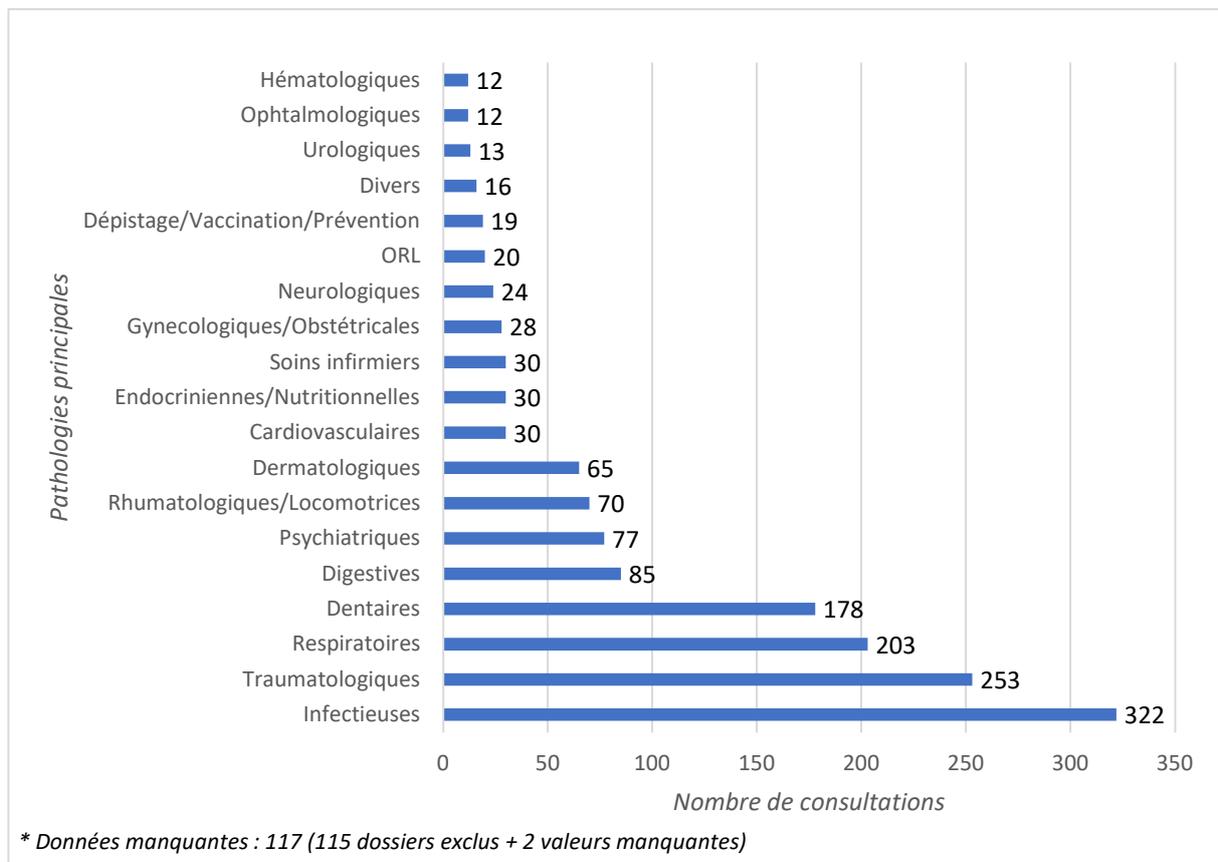


Figure 20 : Pathologies principales après regroupement par catégorie

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies infectieuses	322	21,65%
gale	199	13,38%
mycose	23	1,55%
hepatite virale	19	1,28%
tuberculose pulmonaire	13	0,87%
immunodeficiencia humana viral VIH sida	12	0,81%
diarree sanglante presumee infectieuse	9	0,61%
infection virale virose	8	0,54%
diarree aigue	6	0,40%
teigne	6	0,40%
tuberculose latente	5	0,34%
herpes	4	0,27%
maladie sexuellement transmise mst	3	0,20%
oxyurose	3	0,20%
pediculose poux	3	0,20%
diarree et gastroenterite inf	2	0,13%
tuberculose contact	2	0,13%
tuberculose système nerveux	2	0,13%
fièvre	1	0,07%
infection bacterienne	1	0,07%
varicelle zona	1	0,07%

Tableau 9 : Pathologies principales infectieuses

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies traumatologiques	253	17,01%
plaie ouverte non precisee	51	3,43%
contusion genou	29	1,95%
plaie autre partie pied	25	1,68%
brulures multiples	21	1,41%
contusion partie autre jambe	19	1,28%
plaie tete	12	0,81%
entorse cheville	9	0,61%
fracture poignet main	9	0,61%
fracture jambe	8	0,54%
plaie bras	8	0,54%
contusion epaule et bras	7	0,47%
fracture pied sauf cheville	6	0,40%
brulure poignet et main	5	0,34%
plaie multiple hanche et cuisse	5	0,34%
contusion ongle doigt	4	0,27%
fracture os de la face et crane	4	0,27%
traumatisme contusion abdominale	4	0,27%
brulure cheville et pied	3	0,20%
brulure hanche MI sauf cheville pied	3	0,20%
entorse poignet	3	0,20%
contusion hanche	2	0,13%
contusion avant bras	2	0,13%
contusion main poignet	2	0,13%
entorse doigt	2	0,13%
lesion traumatique du tendon achille	2	0,13%
brulure tete et cou	1	0,07%
brulure OGE	1	0,07%
contusion cuisse	1	0,07%
contusion paroi abdominale	1	0,07%
entorse genou	1	0,07%
luxation epaule	1	0,07%
polytraumatisme	1	0,07%
TC avec PCI	1	0,07%

Tableau 10 : Pathologies principales traumatologiques

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies respiratoires	203	13,65%
infection aigue des VRI	88	5,92%
infection aigue des VRS	83	5,58%
grippe virus grippal non identifie	17	1,14%
pneumopathie	8	0,54%
asthme	5	0,34%
toux	2	0,13%

Tableau 11 : Pathologies principales respiratoires

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies dentaires	178	11,97%
douleur dentaire parodonte dent	176	11,84%
gingivite	2	0,13%

Tableau 12 : Pathologies principales dentaires

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies digestives	85	5,72%
RGO	30	2,02%
douleurs abdominales et pelviennes	20	1,34%
constipation	8	0,54%
RCH	7	0,47%
gastrite	6	0,40%
cytolyse hep ou autre anomalie dig	4	0,27%
nausees vomissements	4	0,27%
hernie inguinale	2	0,13%
ictere	1	0,07%
maladie des voies biliaires	1	0,07%
perte de poids anormale	1	0,07%
rectorragies	1	0,07%

Tableau 13 : Pathologies principales digestives

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies psychiatriques	77	5,18%
episode depressif	33	2,22%
trouble delirant	10	0,67%
sevrage alcool	8	0,54%
trouble anxieux anxiete	6	0,40%
dependance opiaces	5	0,34%
ivresse aigue	5	0,34%
stress post traumatique	5	0,34%
trouble du comportement	2	0,13%
crise panique	1	0,07%
dependance alcool	1	0,07%
hallucinations	1	0,07%

Tableau 14 : Pathologies principales psychiatriques

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies rhumatologiques/loco	70	4,71%
lombalgie basse lumbago	39	2,62%
myalgie	14	0,94%
nevralgie	5	0,34%
douleur MI	4	0,27%
douleur articulaire	3	0,20%
tendinite	2	0,13%
arthrose	1	0,07%
goutte	1	0,07%
rachialgie dorsale	1	0,07%

Tableau 15 : Pathologies principales rhumatologiques et de l'appareil locomoteur

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies dermatologiques	65	4,37%
abcès cutanés furoncles et anthrax	28	1,88%
maladie de la peau	17	1,14%
dermatose	5	0,34%
acné	4	0,27%
impétigo	3	0,20%
œdème localisé	2	0,13%
rash et éruptions cutanées	2	0,13%
troubles de la sensibilité cutanée	2	0,13%
eczéma dermatite atopique	1	0,07%
psoriasis	1	0,07%

Tableau 16 : Pathologies principales dermatologiques

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies cardiologiques/vasculaires	30	2,02%
hypertension artérielle essentielle	6	0,40%
malaise sans PCI fatigue AEG	6	0,40%
hémorroïdes	5	0,34%
arythmie cardiaque	4	0,27%
étourdissement/éblouissement/vertige	4	0,27%
douleur thoracique	3	0,20%
AVC non précisé	1	0,07%
palpitations	1	0,07%

Tableau 17 : Pathologies principales cardiologiques/vasculaires

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies endoc/nutri	30	2,02%
diabète sucré non insulino-dépendant	16	1,08%
hypothyroïdies hors carence en iode	10	0,67%
hypovolémie déshydratation	4	0,27%

Tableau 18 : Pathologies principales endocriniennes/nutritionnelles

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Soins infirmiers	30	2,02%
soins de pansement	21	1,41%
delivrance de traitement	7	0,47%
soins infirmiers autres	2	0,13%

Tableau 19 : Pathologies principales nécessitant des soins infirmiers

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies gynécologiques/obst	28	1,88%
grossesse examen normal	11	0,74%
meno metrorragie	5	0,34%
suivi gynecologique	5	0,34%
affection du sein	2	0,13%
amenorrhée et hypomenorrhée	2	0,13%
contraception	2	0,13%
vaginite	1	0,07%

Tableau 20 : Pathologies principales gynécologiques/obstétricales

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies neurologiques	24	1,61%
epilepsie	12	0,81%
cephalee	7	0,47%
migraine	5	0,34%

Tableau 21 : Pathologies principales neurologiques

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies ORL	20	1,34%
otite moyenne non précisée	10	0,67%
otite externe	5	0,34%
bouchon cerumen	4	0,27%
otalgie	1	0,07%

Tableau 22 : Pathologies principales ORL

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Dépistage/vaccination/prévention	19	1,28%
examen depistage maladie infectieuse	12	0,81%
sujet inquiet pour son etat de sante	2	0,13%
surveillance apres piqure de septique aes	2	0,13%
vaccination	3	0,20%

Tableau 23 : Pathologies principales entrant dans la catégorie vaccination/ dépistage/ prévention

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies diverses	16	1,08%
tumeur de siege et évolution autres	9	0,61%
allergie	4	0,27%
agression sexuelle	1	0,07%
consultation examen laboratoire	1	0,07%
examen a des fins administratives	1	0,07%

Tableau 24 : Pathologies principales diverses

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies urologiques	13	0,87%
colique nephretique	7	0,47%
resultats anormaux de prlvts sur OGE	2	0,13%
douleur miction	1	0,07%
dysfonction erectile	1	0,07%
hematurie	1	0,07%
prostatite	1	0,07%

Tableau 25 : Pathologies principales urologiques

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies ophtalmologiques	12	0,81%
conjonctivite	8	0,54%
affection œil et annexes	3	0,20%
vices refraction et trouble accommodation	1	0,07%

Tableau 26 : Pathologies principales ophtalmologiques

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies hématologiques	12	0,81%
thalassemie	6	0,40%
lipome	5	0,34%
anémie	1	0,07%

Tableau 27 : Pathologies principales hématologiques

C. Pathologies associées

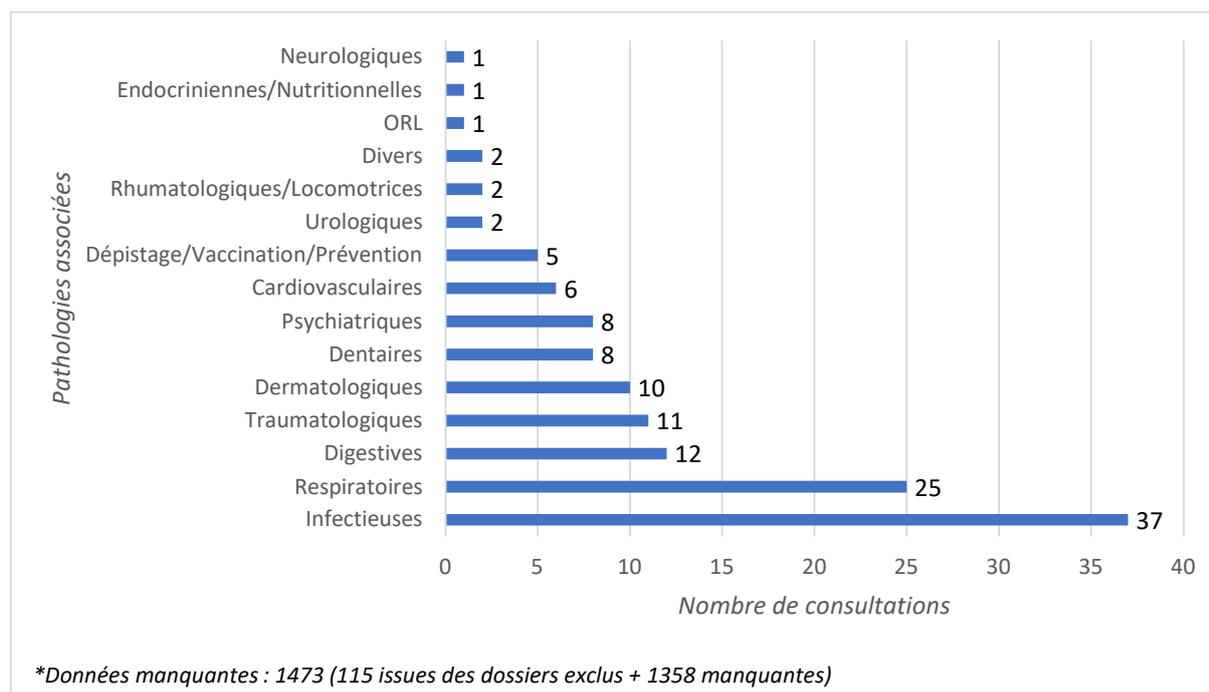


Figure 21 : Pathologies associées après regroupement par catégorie

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies infectieuses	37	28,24%
gale	17	12,98%
hepatite virale (sans coma)	9	6,87%
mycose	9	6,87%
VIH sida	1	0,76%
infection virale virose	1	0,76%

Tableau 28 : Pathologies associées infectieuses

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies respiratoires	25	19,08%
infection aigue VRS	12	9,16%
BPCO	5	3,82%
infection aigue VRI	4	3,05%
asthme	3	2,29%
grippe virus grippal non identifie	1	0,76%

Tableau 29 : Pathologies associées respiratoires

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies digestives	12	9,16%
RGO	6	4,58%
constipation	3	2,29%
douleurs abdominales et pelv	1	0,76%
gastrite	1	0,76%
nausees vomissements	1	0,76%

Tableau 30 : Pathologies associées digestives

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies traumatologiques	11	8,40%
plaie ouverte autre partie pied	3	2,29%
plaie ouverte tete	2	1,53%
contusion cuisse	1	0,76%
contusion epaule et bras	1	0,76%
contusion genou	1	0,76%
contusion partie autre jambe	1	0,76%
fracture avant bras	1	0,76%
plaie ouverte non precisee	1	0,76%

Tableau 31 : Pathologies associées traumatologiques

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies dermatologiques	10	7,63%
impetigo	4	3,05%
maladie de peau	3	2,29%
abcès cutanés furoncles et anthrax	2	1,53%
acne	1	0,76%

Tableau 32 : Pathologies associées dermatologiques

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies dentaires	8	6,11%
douleur dentaire parodonte dent	8	6,11%

Tableau 33 : Pathologies associées dentaires

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies psychiatriques	8	6,11%
trouble anxieux anxiete	3	2,29%
trouble delirant	2	1,53%
agitation	1	0,76%
dependance tabac	1	0,76%
episode depressif	1	0,76%

Tableau 34 : Pathologies associées psychiatriques

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies cardiologiques/vascu	6	4,58%
hypertension arterielle essentielle	6	4,58%

Tableau 35 : Pathologies associées cardiologiques et vasculaires

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Dépistage/vaccination/prévention	5	3,82%
examen depistage maladie inf	4	3,05%
vaccination	1	0,76%

Tableau 36 : Pathologies associées entrant dans la catégorie dépistage/vaccination/prévention

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies urologiques	2	1,53%
douleur a la miction	2	1,53%

Tableau 37 : Pathologies associées urologiques

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies rhumatologiques/loco	2	1,53%
myalgie	2	1,53%

Tableau 38 : Pathologies associées rhumatologiques/appareil locomoteur

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies diverses	2	1,53%
examen a des fins administratives	1	0,76%
resultats d'examens	1	0,76%

Tableau 39 : Pathologies associées diverses

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies ORL	1	0,76%
bouchon cerumen	1	0,76%

Tableau 40 : Pathologies associées ORL

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies endocriniennes/nutri	1	0,76%
diabete sucre non insulino-dependant	1	0,76%

Tableau 41 : Pathologies associées endocriniennes/nutritionnelles

Pathologies associées	Effectif (N=1604)	Proportion
Pathologies neurologiques	1	0,76%
insomnie	1	0,76%

Tableau 42 : Pathologies associées neurologiques

V- FOCUS SUR CERTAINES PATHOLOGIES (PRINCIPALES)

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion	Effectifs cumulés	Proportions cumulées
gale	199	13,38%	199	13,38%
douleur dentaire	176	11,84%	375	25,22%
infection aigue VRI	88	5,92%	463	31,14%
infection aigue VRS	83	5,58%	546	36,72%
plaie ouverte	51	3,43%	597	40,15%
lombalgie basse	39	2,62%	636	42,77%
episode depressif	33	2,22%	669	44,99%
RGO	30	2,02%	699	47,01%
contusion du genou	29	1,95%	728	48,96%
abcès furoncles	28	1,88%	756	50,84%
plaie ouverte pied	25	1,68%	781	52,52%
mycose	23	1,55%	804	54,07%
brulures multiples	21	1,41%	825	55,48%
soins de pansement	21	1,41%	846	56,89%
douleur abdo/pelv	20	1,34%	866	58,24%
Contusion jambe	19	1,28%	885	59,52%
hepatite virale	19	1,28%	904	60,79%
grippe virus grippal	17	1,14%	921	61,94%
maladie de la peau	17	1,14%	938	63,08%
DNID	16	1,08%	954	64,16%
myalgie	14	0,94%	968	65,10%
tuberculose pulm	13	0,87%	981	65,97%
epilepsie	12	0,81%	993	66,78%
depistage maladie inf	12	0,81%	1005	67,59%
VIH sida	12	0,81%	1017	68,39%
plaie ouverte tete	12	0,81%	1029	69,20%
grossesse	11	0,74%	1040	69,94%

*Données manquantes 117***Tableau 43 :** Focus sur les pathologies les plus fréquentes issues des pathologies principales

VI- PATHOLOGIES CHRONIQUES

Pathologies chroniques	Effectif pathologies principales (N=1604)	Effectif pathologies associées (N=1604)	Effectif pathologies principales et associées (N=3208)
épisode dépressif	33	1	34
hépatite	19	9	28
DNID	16	1	17
VIH	12	1	13
Epilepsie	12	0	12
hypothyroïdie	10	0	10
Tumeur non spécifiée	9	0	9
HTA	6	1	7
RCH	7	0	7
thalassémie	6	0	6
dépendance opiacées	5	0	5
BPCO	0	5	5
arythmie cardiaque	4	0	4
asthme	0	3	3
dépendance au tabac	1	0	1
dépendance alcool	1	0	1
AVC	1	0	1
psoriasis	1	0	1
arthrose	1	0	1
Total	144	21	165

Tableau 44 : Liste et effectif respectif des pathologies considérées comme chroniques

VII- EVOLUTION DES PATHOLOGIES (PRINCIPALES ET ASSOCIEES) DANS LE TEMPS

A. Evolution dans le temps des pathologies (principales et associées) regroupées par catégorie

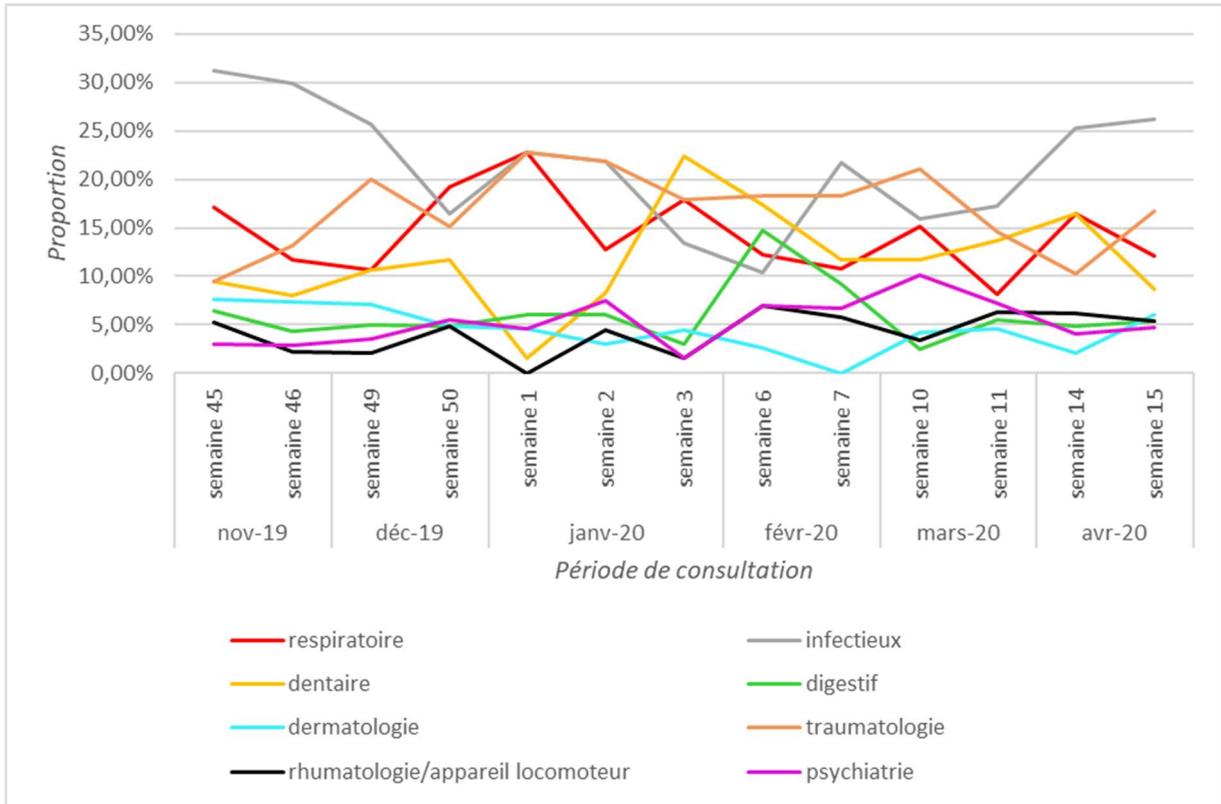


Figure 22 : Evolution dans le temps des 8 catégories de pathologies les plus représentées

B. Répartition dans le temps de la gale

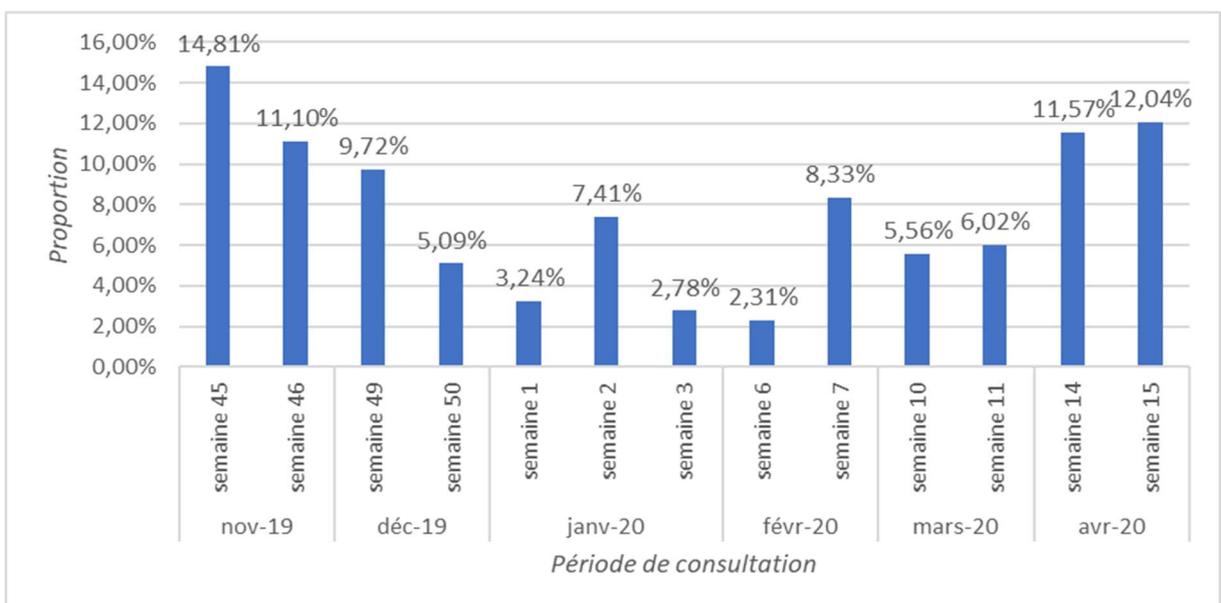


Figure 23 : Répartition de la gale (diagnostic principal ou associé) au cours du temps

C. Répartition dans le temps des pathologies dentaires

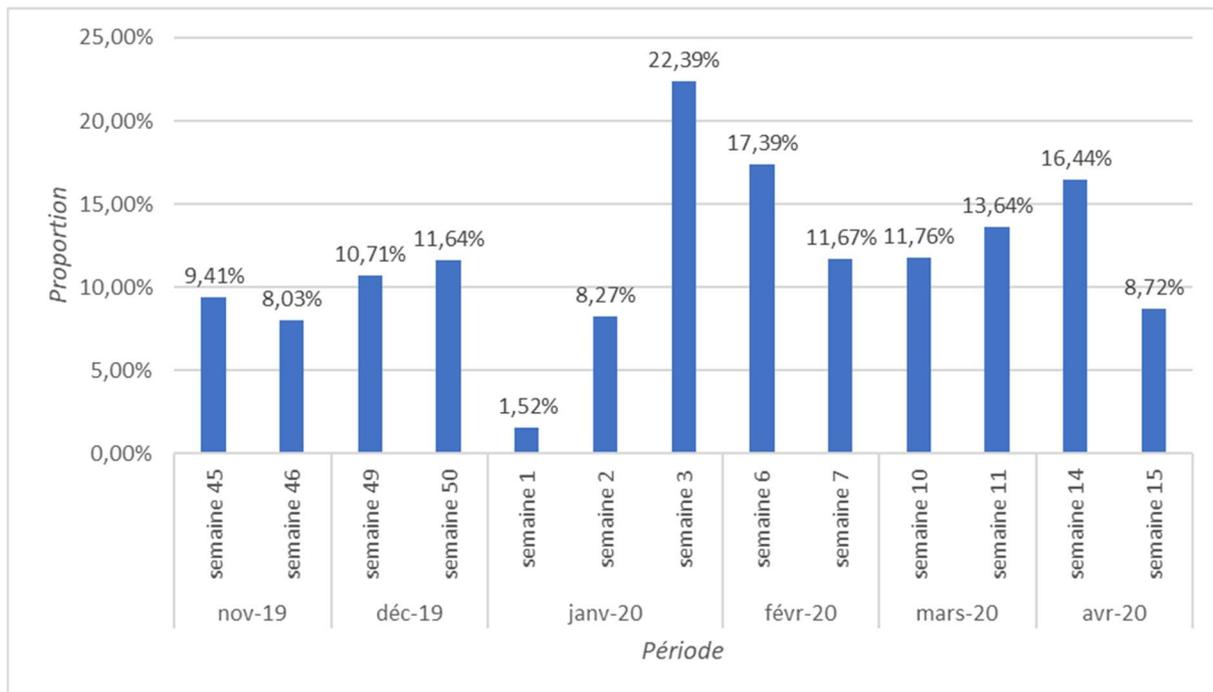


Figure 24 : Répartition des pathologies dentaires (diagnostic principal ou associé) au cours du temps

D. Répartition dans le temps des infections respiratoires basses

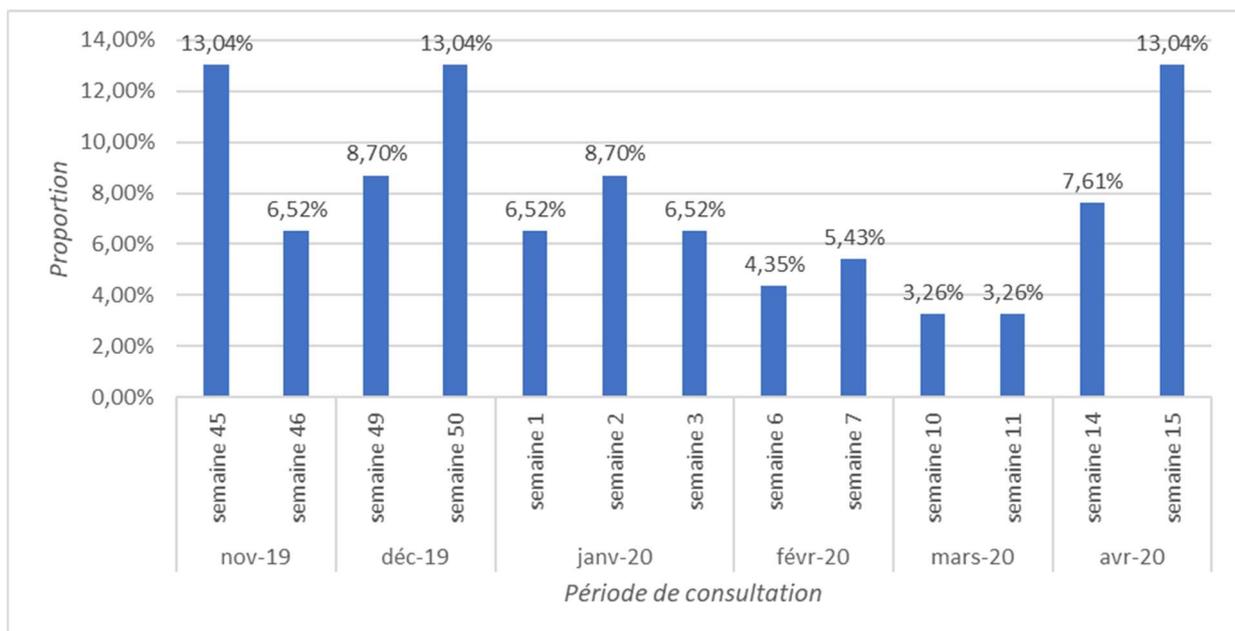


Figure 25 : Répartition des infections respiratoires basses (diagnostic principal ou associé) au cours du temps

E. Répartition dans le temps des infections respiratoires hautes

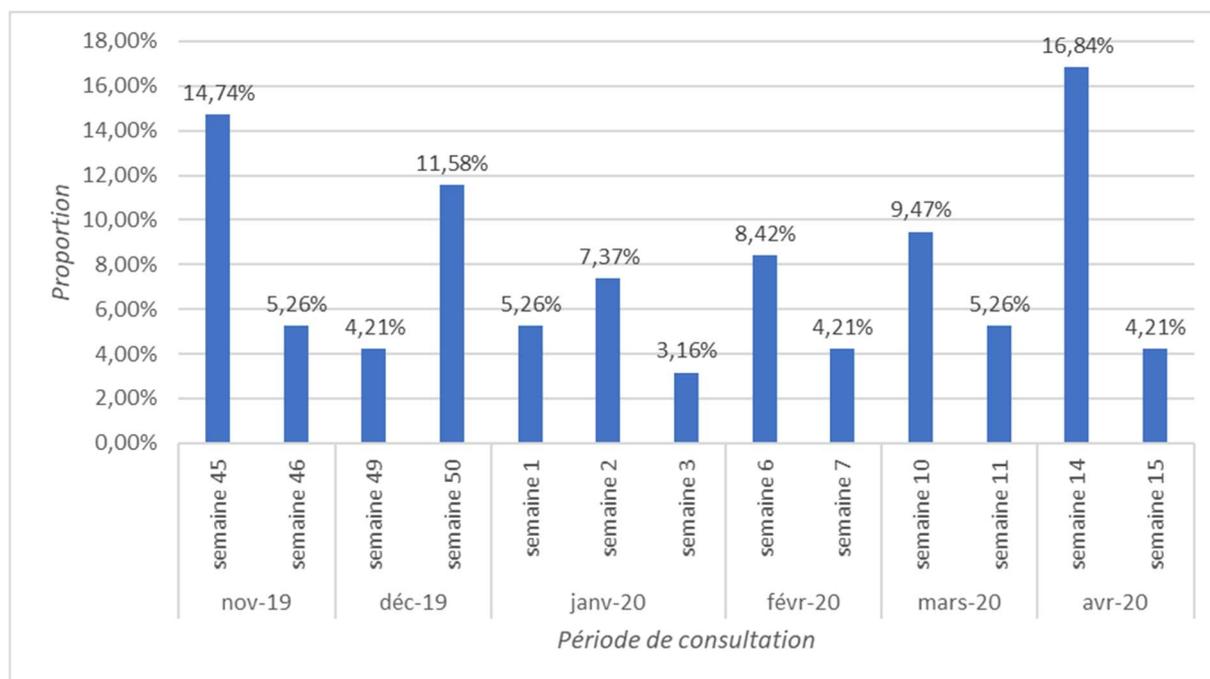


Figure 26 : Répartition des infections respiratoires hautes (diagnostic principal ou associé) au cours du temps

VIII- PATHOLOGIES PAR REGROUPEMENT GEOGRAPHIQUE

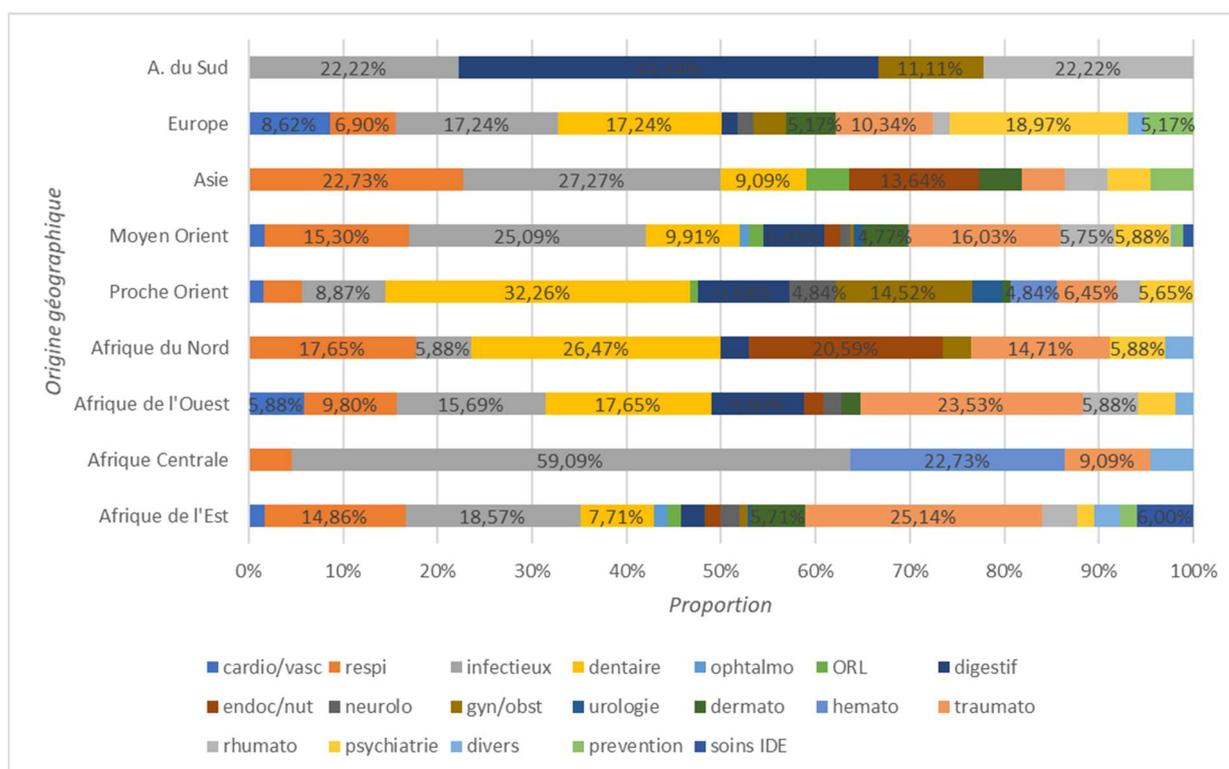


Figure 27 : Pathologies principales et associées en fonction de l'origine géographique

IX- PATHOLOGIES PAR CLASSE D'ÂGE

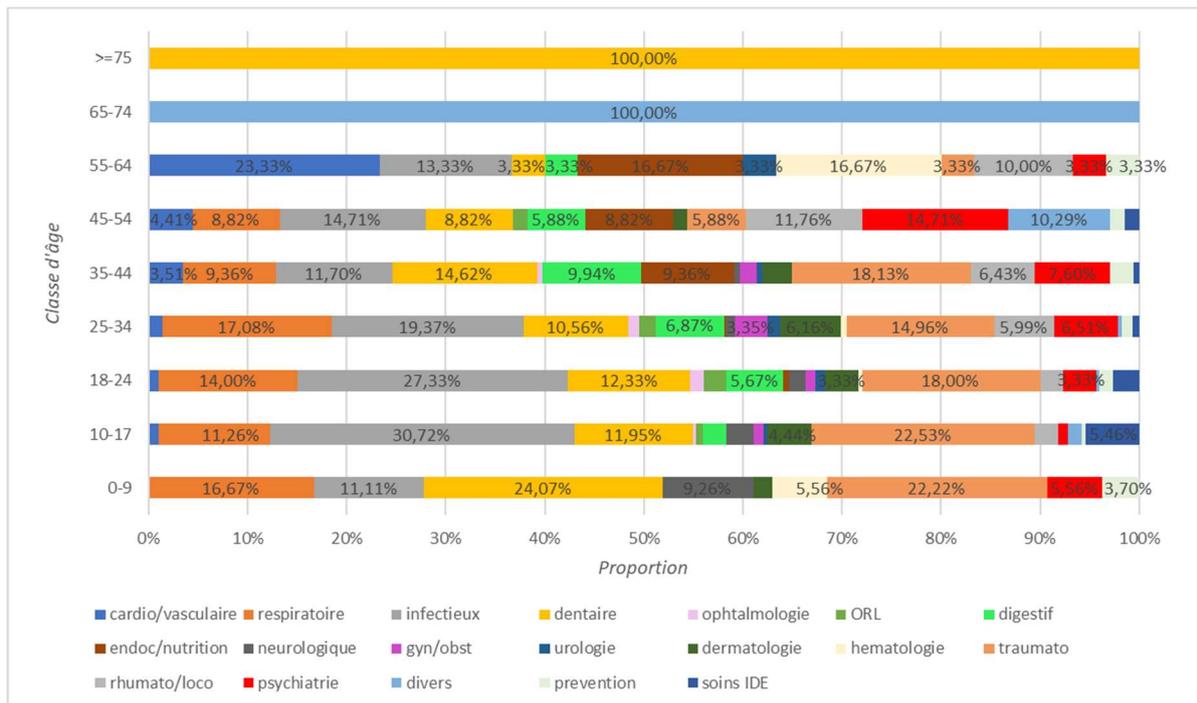


Figure 28 : Pathologies (principales et associées) en en fonction de la classe d'âge

X- PATHOLOGIES PAR SEXE

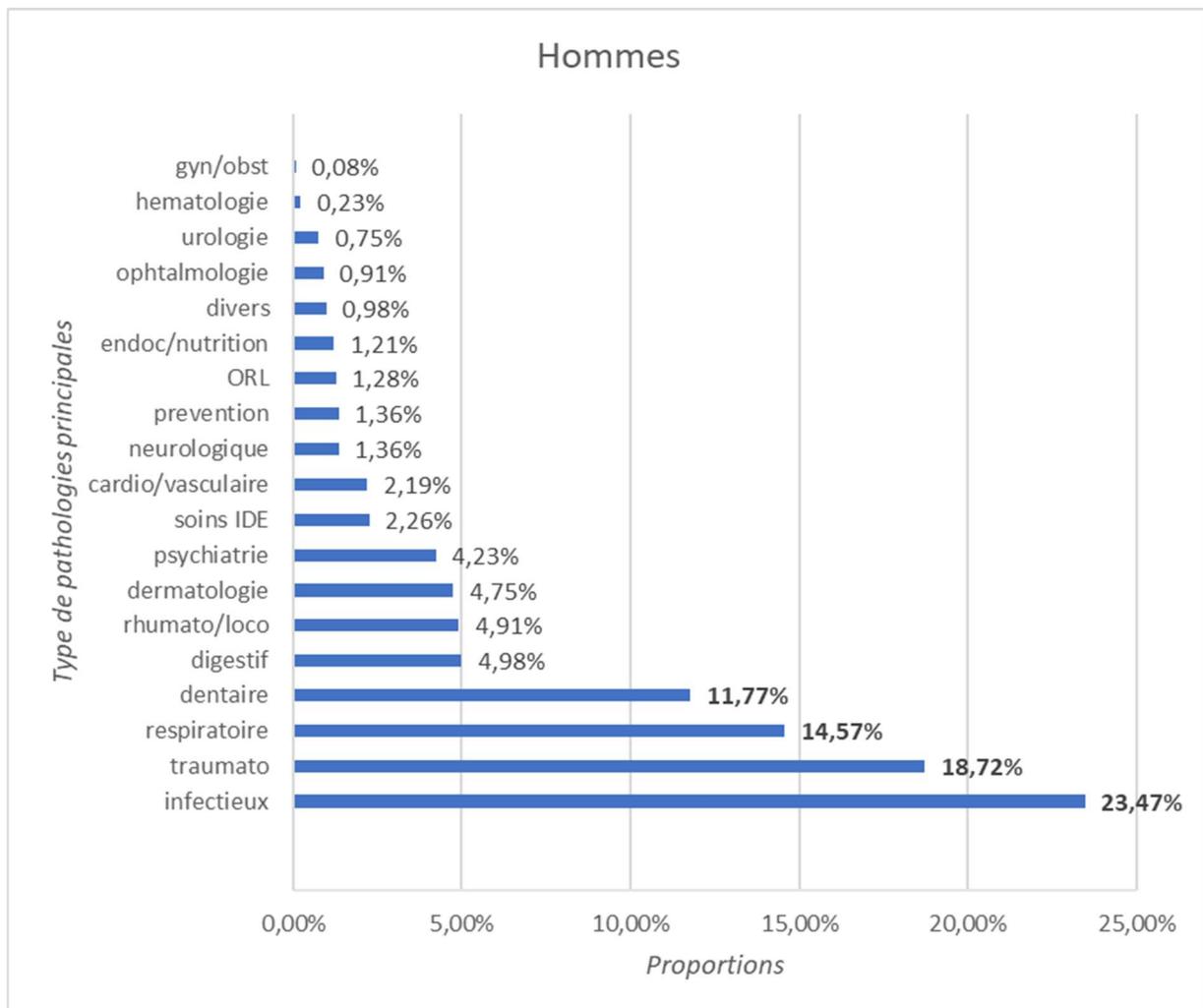


Figure 29 : Répartition des pathologies (principales et associées) chez les hommes

Les pathologies principales et associées les plus rencontrées chez les hommes sont : les pathologies infectieuses (23,47%), traumatologiques (18,72%), respiratoires (14,57%) et dentaires (11,77%).

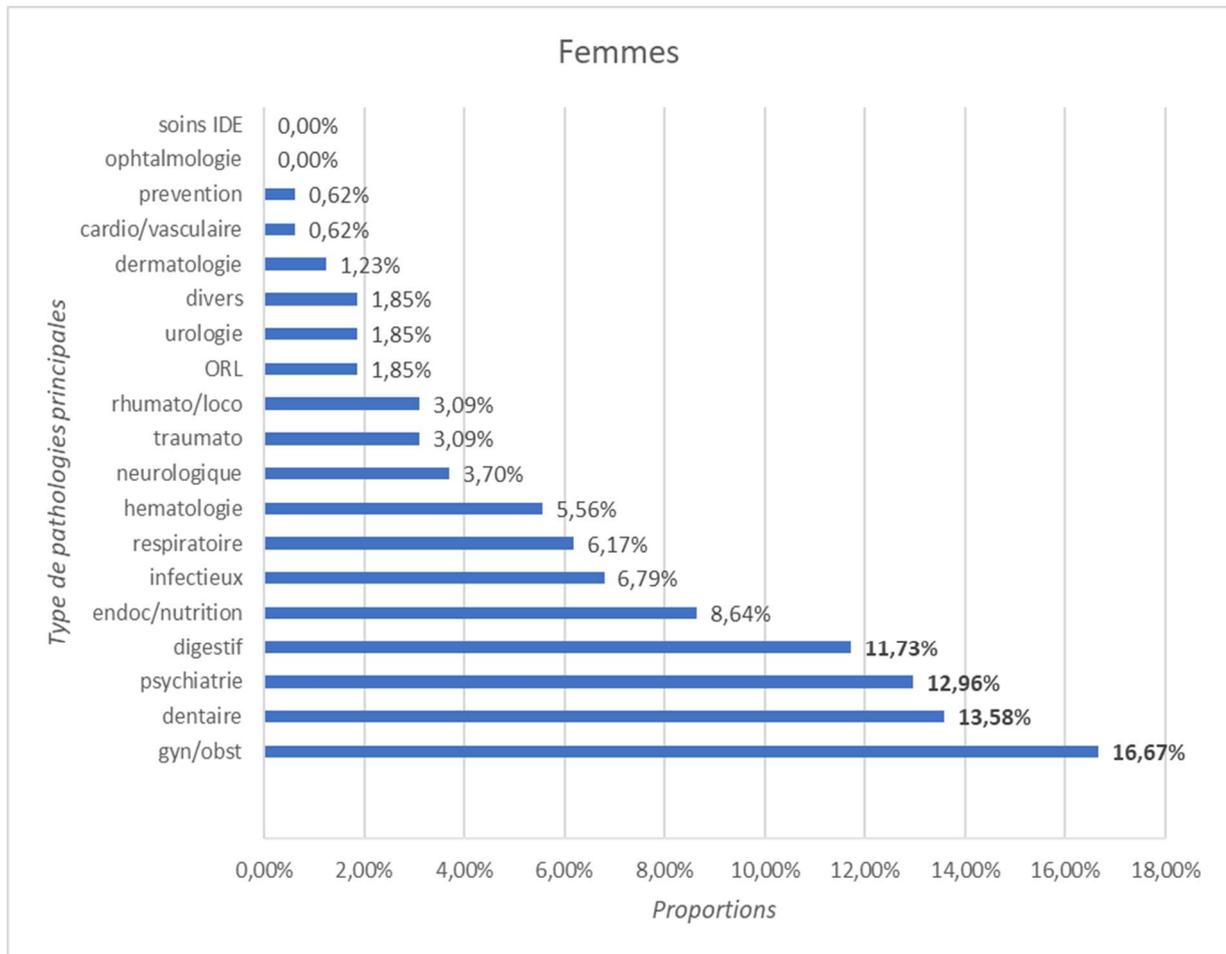


Figure 30 : Répartition des pathologies (principales et associées) chez les femmes

Chez les femmes, les pathologies principales et associées les plus rencontrées sont : les pathologies gynécologiques (16,67%), dentaires (13,58%), psychiatriques (12,96%) et digestives (11,71%).

XI- PATHOLOGIES EN FONCTION DU LIEU DE RESIDENCE

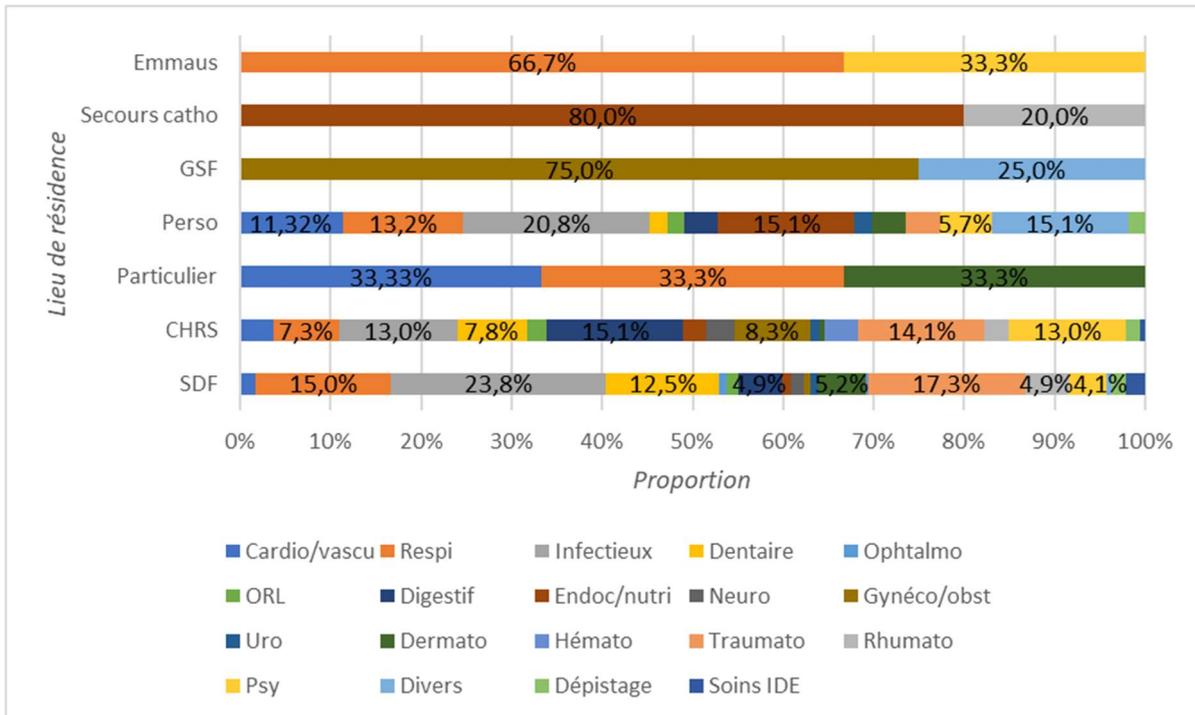


Figure 31 : Pathologies (principales et associées) en fonction du lieu de résidence

XII- PATHOLOGIES EN FONCTION DU STATUT ADMINISTRATIF

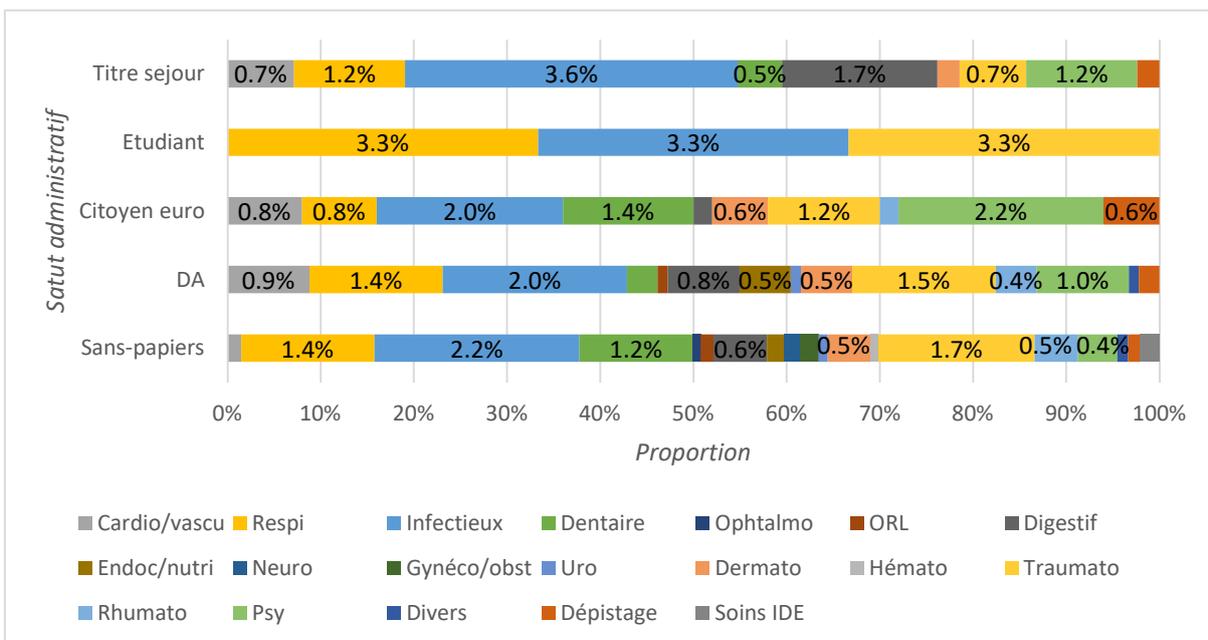


Figure 32 : Pathologies (principales et associées) en fonction du statut administratif

XIII- ORIENTATION APRES CONSULTATION

Pathologies principales	Effectif (N=1604)	Proportion
Sortie	1555	96,95%
SAU	46	2,87%
Urgences gynécologiques	2	0,12%
Psychiatrie	1	0,06%

Données manquantes : 0

Tableau 45 : Orientation de la population étudiée après la consultation

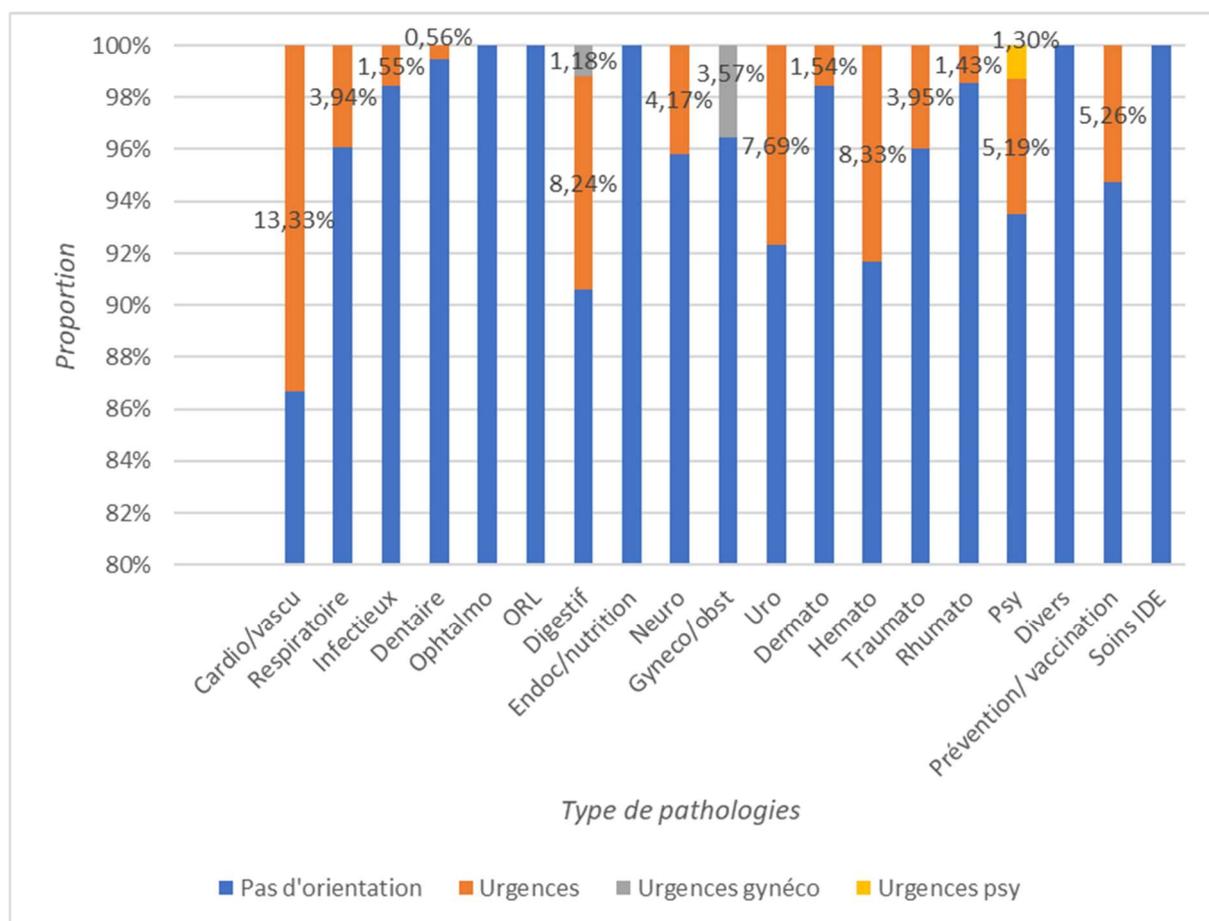


Figure 33 : Orientation en fonction des pathologies

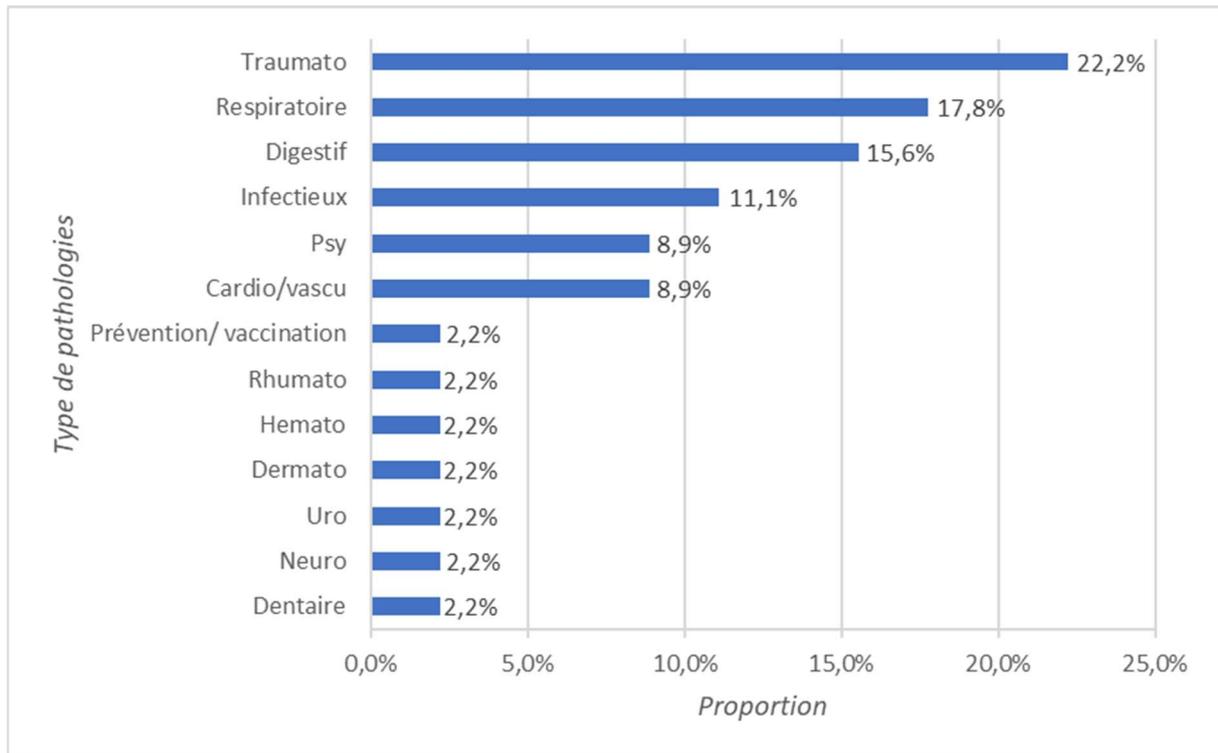


Figure 34 : Types de pathologies ayant nécessité une orientation aux urgences générales

DISCUSSION

Ce travail a pour objectif de décrire les caractéristiques et les pathologies principales des patients migrants consultant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais, de novembre 2018 à avril 2019. Les données recueillies sur cette période ont permis d'analyser 1489 dossiers de consultations.

Cette étude montre que les patients consultant à la PASS de Calais sont le plus souvent des hommes jeunes, originaires du Moyen Orient ou d'Afrique de l'Est. Les trois origines géographiques les plus représentées sont l'Iran, l'Afghanistan et l'Erythrée. Pour la plupart, ils sont sans-papiers, n'ont pas de protection sociale et vivent à la rue.

Parmi eux, on compte 24% de mineurs, dont une majorité de MNA non reconnus par l'état et sans logement.

Les principales pathologies observées sont majoritairement d'origine infectieuse, traumatologique, respiratoire puis dentaire. Le nombre de cas de gale représente 13,4% des diagnostics principaux à l'issue des consultations, celui des douleurs dentaires 11,8% et celui des infections respiratoires inférieures : 5,9%.

Les femmes migrantes sont, pour leur part, confrontées à des problématiques de santé particulières telles que les pathologies gynécologiques (16,7%), dentaires (13,6%) et psychiatriques (13,0%).

Enfin, les pathologies mentales représentent une part peu élevée des activités de la PASS (5,25% des consultations), tout comme les actions de prévention (1,5%).

I- DISCUSSION DE LA METHODE

A. Biais

i. Biais de sélection

Afin de mettre en parallèle les données avec celles des études similaires antérieures, le recueil de données n'a été effectué que sur deux semaines par mois pendant 6 mois, entraînant un biais de sélection. De plus, l'absence de randomisation dans la collecte, dû au nombre important de données et à l'absence de leur archivage informatique, a empêché l'analyse exhaustive des dossiers de consultation.

Un second biais de sélection peut être présent. En effet, il n'existe pas, à ce jour, d'examen médical systématique pour les patients migrants de Calais ; ceux-ci consultent à la PASS de leur propre initiative ou sur les conseils des associations sur le terrain. En outre, les patients résident parfois à plusieurs kilomètres de la PASS et ont plus de difficultés d'accès que les personnes résidant proche de l'hôpital qui peuvent être alors sur-représentés. Pour parer à cela, il existe cependant plusieurs associations qui se déplacent directement sur les campements (UTOPIA, cliniques mobiles de MdM et de la Croix Rouge, GSF etc.) et permettent le transport jusqu'à la PASS si nécessaire (37) (38).

Un dernier biais de sélection peut exister, en particulier pour le recueil du type de protection sociale. Par définition, les PASS sont des structures utilisées par les personnes en situation de précarité sociale, qui n'ont pas de couverture sociale ou que celle-ci est incomplète. Par conséquent, les migrants ayant une couverture complète et adaptée consultent moins souvent la PASS car ils peuvent utiliser les structures de soin général. Cette catégorie de migrants est donc sous représentée dans cette étude.

ii. Biais d'information

Les contrôles d'identité ne sont pas toujours réalisables, en pratique, à l'accueil de la PASS. En effet, beaucoup de migrants ne sont pas en mesure de fournir les documents administratifs nécessaires, souvent perdus sur le parcours migratoire ou non disponibles dans certains pays d'origine. En outre, certains donnent parfois une fausse identité, de peur d'être arrêtés par les autorités ou de ne pas pouvoir présenter une demande d'asile en Angleterre par la suite, étant déjà connus sur le territoire français.

Les informations concernant l'identité, l'âge ou l'origine géographique sont donc, dans certains cas, des informations purement déclaratives et non vérifiables, entraînant un biais d'information.

Il en est de même pour les documents concernant le statut administratif tels que les récépissés de demande d'asile ou les attestations de droits à la sécurité sociale. Les migrants ne les présentent pas toujours de façon spontanée, ignorant le droit et le fonctionnement administratif français.

Ce biais d'information entraîne probablement une sous-évaluation du nombre de demandeurs d'asile et de personnes ayant une protection sociale.

iii. Biais de mesure

La complexité des prises en charge des patients migrants (notamment à cause de la barrière linguistique, des représentations culturelles, des difficultés sociales ajoutées etc.) peut exposer le personnel soignant à une source d'erreurs médicales et de diagnostics erronés, incertains ou méconnus, difficilement mesurables dans les faits.

De plus, le recueil de données est réalisé à partir de dossiers papiers, et les diagnostics sont notés par écrit par le médecin sous une forme non standardisée ne relevant pas de référentiel (CIM 10, etc.), pouvant entraîner un biais de mesure.

B. Limites de l'étude

i. Surreprésentation des pathologies hivernales

Cette étude est réalisée sur la période de novembre à avril, période pour laquelle les pathologies hivernales saisonnières sont fréquentes (grippe, bronchites, rhinites etc.) et par conséquent surreprésentées.

ii. Type d'étude

Il s'agit ici d'une étude monocentrique transversale, réalisée au sein de la PASS de Calais sur une période donnée. Elle ne concerne que les migrants présents sur les territoires environnants la ville de Calais qui sont une majorité de personnes en transit, désireux de rejoindre l'Angleterre (20). Ainsi, ils ne sont pas représentatifs des migrants présents dans toute la France et les données concernant leur état de santé ne sont pas extrapolables.

iii. Pas d'étude de prévalence

Par soucis de comparaison avec l'étude du Dr Poisvert, les analyses ont été réalisées sur l'ensemble des passages des patients et nous avons choisi de ne pas tenir compte du fait qu'un patient pouvait consulter plusieurs fois sur la période étudiée. Les pathologies nécessitant des consultations itératives (pathologies chroniques ou nécessitant des soins pendant plusieurs jours) peuvent être ainsi sur-représentées et les analyses socio-démographiques peuvent être biaisées. Cependant, ce biais ne semble pas conséquent étant donné le nombre moyen de passage par patient recueilli qui s'élève à 1,8 avec un nombre médian de 1 passage (Q1 : 1 et Q4 : 2).

Nous disposons néanmoins du nombre de passages par patient et d'un « numéro patient », attribué à chaque migrant consultant à la PASS lors du recueil de donnée. Il serait donc possible de réaliser une nouvelle étude socio démographique et

épidémiologique plus représentative de la population migrante de Calais en tenant compte de ce biais.

iv. Classification et regroupement de pathologies effectuées

L'existence de plus de 100 diagnostics principaux répertoriés rend difficile l'interprétation des données. Un regroupement secondaire selon les grands chapitres de la CIM-10 a été réalisé dans le but de déterminer leur représentativité au sein de la population étudiée. Ce choix de regroupement permet de standardiser et de comparer les données à celles existantes sur la population migrante en France.

Cependant, elle présente quelques différences par rapport à la classification simplifiée utilisée en 2015/2016 par le Dr Poisvert dans son travail de thèse (par exemple, le diagnostic de gale était regroupé dans les pathologies dermatologiques, alors que dans l'étude concernée ici, il est regroupé dans les pathologies infectieuses tout comme dans la CIM-10).

v. Origines géographiques

Pour faciliter l'interprétation des résultats concernant les origines géographiques, un regroupement par grande catégorie a été réalisé. Compte tenu de l'absence de référentiel standardisé, la répartition par région géographique aurait pu être différente.

vi. Variabilité dans le temps et l'espace

La population migrante est par définition mouvante. Le nombre et l'origine des migrants sont donc fluctuants au cours du temps et dépendent des flux migratoires, des décisions politiques et des voies de passage empruntées.

Par conséquent, le nombre de patients et leurs origines géographiques peuvent varier dans le temps et dans l'espace et les résultats obtenus dans cette étude peuvent être très différents dans une autre région d'Europe ou sur une autre période donnée.

vii. Sources bibliographiques

Il existe peu de références scientifiques relatives à la situation et à la santé des migrants de Calais, en particulier depuis le démantèlement de la « jungle » ayant pour conséquence une diminution de la médiatisation et de l'intérêt public. Les références de cette étude, concernant par exemple les lieux et conditions de vie des migrants, sont en partie des références journalistiques et associatives limitant les possibilités d'interprétation.

C. Forces de l'étude

i. Taille de l'échantillon

Le nombre de données important (1489 dossiers de consultations analysés) ainsi que le faible nombre de données manquantes sur une période de 6 mois apportent de la robustesse aux résultats présentés.

ii. Seule étude sur ce terrain et à cette période

A ce jour, il n'existe plus de surveillance sanitaire par Santé Publique France de la population migrante de Calais et cette étude est la seule connue qui s'intéresse aux pathologies des migrants depuis le démantèlement de la Jungle.

De plus, elle permet une étude des conditions de vie, du statut administratif et de la couverture sociale des migrants, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant.

iii. Lieu de l'étude

La PASS est actuellement la principale structure de santé utilisée par les migrants de Calais en dehors des cliniques mobiles des associations (qui redirigent très souvent vers la PASS) et l'hôpital qui reste un recours d'urgence. Réaliser une étude au sein de cette structure en fait un observatoire privilégié de la santé des migrants sur ce territoire.

iv. Complémentarité avec des études antérieures

En 2014, une étude réalisée par le Dr Hendrycks a permis d'étudier les pathologies présentées par les migrants consultant au Service d'Accueil des Urgences du CH de Calais (55).

En 2015 et 2016 le Dr Alexandre Poisvert a complété ce travail en réalisant une étude descriptive des pathologies des patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais sur le site Jules Ferry (50) et il retrouvait les mêmes résultats que Santé Publique France (anciennement InVS) dans sa veille sanitaire sur la même période, publiée au *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* de février 2016 (49).

Enfin en 2016, le Dr De Palleja a réalisé un autre travail de thèse « Être migrant à Calais : un facteur de risque traumatique ? » qui se focalisait sur les motifs de recours traumatologiques des migrants de Calais au sein du SAU du CH de Calais (56).

Cette nouvelle étude réalisée sur une période plus récente à la PASS de Calais permet de compléter les données de ces trois travaux et de constater l'évolution des pathologies dans le temps.

II- DISCUSSION DES RESULTATS

A. Profil d'un patient migrant consultant à la PASS de Calais

i. Age et sexe

Le profil type de patient migrant retrouvé à la PASS de Calais correspond à ce qui a été constaté dans la littérature scientifique, c'est-à-dire majoritairement des hommes jeunes.

Les hommes représentent en effet 89,6 % (n=1437) de l'effectif total, contre 10,4% de femmes (n=167).

L'âge moyen est de 26,4 ans +/- 10,61. La classe d'âge la plus représentée est celle des 25-34 ans et elle concerne plus d'un tiers de l'effectif total. Les 18-34 ans représentent près de 60% de la population et 82% de l'effectif a moins de 35 ans.

385 migrants se déclarent comme mineurs soit 24% de l'effectif total avec une prédominance des 10-17 ans. Seulement 3 personnes ont plus de 64 ans dans l'étude.

Une étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans 30 PASS en 2016 (49) retrouvait le même type de patients avec une prédominance d'hommes jeunes, tout comme Médecin du Monde dans son rapport d'activité de ses CASO plus récemment en 2018 (57). Cependant, la population de Calais semble encore plus jeune avec un âge médian de 25 ans, comparé à ces deux autres études où il se situe plutôt entre 30 et 35 ans.

On constate également que la proportion de femmes à la PASS de Calais est moins importante que dans ces deux études françaises (qui retrouve environ 35% de femmes) mais qu'elle semble se rapprocher des données issues de l'UNHCR qui dénombre 15% de femmes parmi la population migrante entrant en méditerranée (1).

Concernant les mineurs, leur proportion paraît plutôt similaire aux chiffres retrouvés au pourtour méditerranéen (22-28% fin 2018) (1) et dans les lieux de passage vers la France comme à Briançon (36%) (58). Cependant, elle paraît plus importante que dans les autres centres de santé en France : 9% retrouvés par l'observatoire du SAMU

Social de Paris en 2015-2016 (49), 11% dans les centres du COMEDE en 2019 (59), et 14,8% dans les CASO de MdM en 2018 (57).

ii. Origine géographique

A Calais, sur la période étudiée, on retrouve 45 nationalités différentes.

L'origine géographique la plus représentée est le Moyen Orient avec 865 patients, soit 53,9% de l'échantillon. Viennent ensuite l'Afrique de l'Est avec 24,8% (n=398) et le Proche Orient avec 8,1% (n=130) des patients.

Dans le détail, on retrouve parmi les nationalités les plus représentées : l'Iran avec 28,7%, l'Afghanistan avec 25,1%, l'Erythrée avec 13,2%, le Soudan avec 7,4%, l'Irak avec 6,9%, et l'Ethiopie avec 3,8%.

L'ensemble des origines géographiques paraît stable tout au long de la période étudiée.

Ces données diffèrent de celles collectées chez les migrants arrivant en Méditerranée en 2018 (1) qui met en évidence une majorité de personnes originaires de Guinée, du Maroc et du Mali. Les afghans n'apparaissent qu'en 5^{ème} position, tandis que les iraniens et érythréens sont présents en plus faible proportion dans le pourtour méditerranéen.

C'est également le cas pour les études françaises dans les PASS en 2016 (49) ainsi que les centres de santé de MdM en 2018 (57) et du COMEDE en 2019 (59) pour lesquelles on retrouve une majorité de personnes originaires d'Afrique subsaharienne, d'Europe et du Maghreb.

La migration à Calais semble donc sélective et peut s'expliquer en partie par la forte proportion de communautés ethniques (Erythréens, Afghans, Iraniens, Kurdes etc.) déjà présentes en Angleterre ainsi que par le choix d'un pays anglophone par certaines populations (20).

iii. Age en fonction de l'origine géographique

Dans la plupart des zones géographiques, les classes d'âges prédominantes sont celles des 18-24 ans et des 25-34 ans. Cependant, on retrouve une plus grande proportion de mineurs pour l'Afrique de l'Est et de l'Ouest : plus d'un migrant sur trois.

Concernant les enfants en bas âge (0-9 ans), ils sont exclusivement originaires du Moyen Orient, du Proche Orient et pour une petite proportion d'Afrique de l'Ouest.

iv. Evolution du profil de patient dans le temps à la PASS

En comparaison avec les études de Calais réalisées en 2015 et 2016 (50) (48), on retrouve le même profil type de patient au cours du temps.

En effet, les hommes sont toujours représentés en majorité (91,5% en 2015 contre 89,6% en 2018), et la moyenne d'âge reste stable, n'augmentant que d'une seule année entre les deux périodes.

On retrouve cependant plus d'enfants de 0 à 9 ans (1,43 % en 2015-2016 contre 3,4% dans cette étude) et la proportion de mineurs a doublé en 2 ans.

Concernant l'origine géographique, on constate que la population de l'étude est plus variée qu'en 2015 car 20 nationalités viennent s'ajouter.

En majorité, les patients proviennent des mêmes régions, (à savoir le Moyen Orient, l'Afrique de l'Est et le Proche Orient), avec quelques évolutions pour certaines nationalités.

On remarque une augmentation de la proportion d'iraniens qui devient à partir de 2018, la nationalité la plus rencontrée. Les afghans, qui étaient prédominants en 2015, présentent une légère diminution en termes de proportion mais reste tout de même la 3^{ème} nationalité la plus retrouvée dans cette étude.

On constate également une diminution de la proportion de migrants syriens et soudanais ainsi qu'une petite augmentation des migrants irakiens par rapport à 2015.

Concernant l'Erythrée et l'Ethiopie les proportions sont sensiblement identiques sur les deux périodes.

Une population nouvelle vient s'ajouter en proportion non négligeable aux différentes origines des migrants. Ainsi les migrants originaires d'Europe occupent la 4^{ème} place des zones géographiques les plus fréquemment retrouvées avec 60 patients, alors qu'ils n'y en avaient aucun en consultation à la PASS délocalisée en 2015. Les nationalités retrouvées sont la Roumanie, la Lituanie, et la Hongrie. On peut émettre l'hypothèse que ces populations étaient déjà présentes en 2015 à l'époque de la

« grande Jungle », mais qu'elles ne consultaient probablement pas à l'antenne délocalisée de la PASS située aux abords du bidonville, vivant plutôt en centre-ville.

B. Conditions de vie d'un patient migrant consultant à la PASS de Calais

i. Statut administratif de la population

89,1% des migrants consultant à la PASS sont sans-papiers, c'est-à-dire sans autorisation légale de séjour sur le territoire français. 5,5% sont demandeurs d'asile et 3,2% sont citoyens de l'Union Européenne.

32 personnes ont un titre de séjour, soit 2% de la population étudiée, et sont originaires des pays suivants : Cameroun (n=9), Ethiopie (n=5), Afghanistan (n=4), Suriname (n=4), Soudan (n=3), Erythrée (n=2), Iran (n=2), Algérie (n=1), Guinée Conakry (n=1) et Pakistan (n=1).

Concernant les 3 étudiants étrangers (soit 0,2%), ils viennent respectivement de Tunisie, d'Iran et du Maroc.

Parmi les patients originaires d'Europe, la majorité bénéficie du statut de citoyen de l'Union Européenne mais 13,79% restent sans-papiers et correspondent aux migrants originaires du Kosovo (pays ne faisant pas partie de l'UE).

Enfin, on constate que la répartition des statuts administratifs selon le sexe suit globalement la même tendance, à noter qu'il n'y a pas d'étudiante étrangère dans la population étudiée.

La proportion de migrants en situation irrégulière semble beaucoup plus importante à Calais, comparée au reste de la France. En effet, dans l'étude de 2016 réalisée sur 30 PASS de France (49), on dénombrait un tiers de migrants en cours de demande d'asile ou n'ayant pas de droits de séjour. Plus récemment en 2018, Médecin du Monde a constaté que 62% des personnes consultant dans ses CASO étaient en situation irrégulière (57).

ii. Couverture sociale

La très grande majorité des patients migrants consultant à la PASS de Calais sur la période étudiée n'a aucune couverture sociale (94,3%).

Selon l'IRDES dans son graphique du mois de février 2020, l'accès à une couverture sociale (AME) est plus faible chez les personnes sans papiers en situation de grande

précarité (60), caractéristique prédominante de la population migrante de Calais ce qui appuie les résultats retrouvés.

4,8% des migrants de la PASS de Calais bénéficient tout de même de la PUMa associée à la CMU-C, 0,75% de l'AME et une partie infime bénéficie de la PUMa associée à une complémentaire santé type « mutuelle ».

Cependant, ils paraissent moins bien couverts que la plupart des migrants en France. En effet, 2/3 des patients consultant dans 30 PASS de France en 2016 (49) et 86% des patients des CASO de MdM en 2018 (57) n'avaient pas de couverture maladie.

Plus récemment en 2019, le COMEDE constatait dans son rapport d'activité annuel (59), que près de 80% des personnes consultant dans ces différents centres de la région parisienne étaient dépourvues de protection maladie lors du premier recours à ces structures.

Dans son guide « soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire », le COMEDE expose plusieurs raisons à ce manque de protection sociale (61). D'une part, il s'agit d'une population en transit n'ayant pas pour volonté de rester en France. La santé et la prévention ne sont pas une priorité dans ces conditions de vie, d'où l'absence de régularisation administrative en termes de santé. D'autre part, si elles décident d'initier des démarches en vue d'une ouverture de droits, les personnes migrantes sont confrontées à de nombreux obstacles :

- Complexité des procédures administratives, d'autant plus que l'année 2015 a été marquée par de nombreuses réformes (loi de santé, loi immigration, loi asile, réforme PUMa...) qui sont venues modifier en profondeur le contexte législatif français en matière d'accueil et d'intégration des étrangers. De nouvelles réformes du système de santé sont en cours en 2020, compliquant une nouvelle fois les démarches et réduisant peu à peu les droits des migrants.
- Difficultés liées à l'application du droit par les organismes de protection sociale et inadaptation de l'organisation interne des caisses aux problématiques d'accès aux droits des personnes précaires.
- Dans les périodes d'attente ou de rupture de droits pour la protection maladie, les personnes migrantes doivent faire face à des situations fréquentes de restriction ou de refus de soins, « en ville » comme à l'hôpital.

- Peur des instances administratives en ce qui concerne les personnes présentes sur le territoire de façon irrégulière.
- Obstacles linguistiques dans les démarches administratives et dans la démarche de soin, ne pouvant être levés qu'en recourant à l'interprétariat professionnel. Cette prestation reste très peu utilisée dans les dispositifs de santé en dépit de son inscription dans le code de la santé publique depuis la loi de janvier 2016.

Ces difficultés d'accès à une protection sociale expliquent que la majeure partie des structures de soins utilisées par les migrants soient des structures délivrant des soins gratuitement et s'inscrivant dans une démarche humanitaire. Malheureusement, ces soins se limitent souvent à des soins d'urgence, ou au mieux, des soins primaires ponctuels.

iii. Lieu de résidence

La plupart des migrants consultant à la PASS de Calais vivent à la rue, avec une proportion de 84,41% de personnes sans-abris. 11,7% sont cependant hébergés, notamment en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Cette proportion était similaire à celle de 2016 dans l'étude réalisée sur 30 PASS de France (49).

Les personnes ayant la plus grande proportion de SDF sont les sans-papiers, ce qui était attendu. Mais il est intéressant de relever que parmi les demandeurs d'asile, 70,6% sont à la rue alors même que leur statut leur permet d'être logé par l'Etat en attente de leur réponse de demande d'asile. De plus, seulement 2 personnes viennent de structures spécialisées pour les demandeurs d'asile (en l'occurrence, 2 mineurs hébergés à France Terre d'Asile) mais aucun de CADA, HUMA, CAES, etc (62).

Concernant les étudiants étrangers et les détenteurs de titre de séjour, on remarque qu'ils ont le plus souvent leur propre logement (respectivement 66,6% et 37,50%) ou qu'ils sont hébergés en CHRS (33,3% et 40,6%).

Enfin, 22% des personnes détenant un titre de séjour et 68% des citoyens UE sont sans domicile fixe, alors même que leur statut leur permet d'avoir un logement personnel en France.

iv. Conditions de vie des mineurs

Parmi les 347 mineurs analysés, 18,16% sont accompagnés par au moins un de leur parent ou à défaut, de leur représentant légal. Dans ce cas, ils sont majoritairement hébergés en CHRS (73,02%).

Seulement 5 mineurs sur les 284 qui ne sont pas accompagnés sont reconnus Mineurs Non Accompagnés par l'Etat et sont pris en charge par une structure adaptée (France Terre d'Asile à St Omer ou le Service d'Accompagnement Vers l'Intégration de l'association La Vie Active à Condette).

Le reste des Mineurs Non Accompagnés ne sont pas pris en charge par l'Etat et ils sont quasiment tous sans abris (sauf 2 MNA hébergés par un particulier et 4 par GSF).

Enfin, 36,2% de ces MNA non reconnus par l'état ont été signalés à FTDA par la PASS. Ce signalement est à réaliser par les professionnels de santé à l'association FTDA par fax afin de notifier la présence d'un mineur non accompagné sur le territoire. Si ce signalement n'est pas fait, c'est soit par refus du mineur, soit parce qu'il a déjà était réalisé ou qu'il a été oublié.

La situation des mineurs à Calais parait beaucoup plus inquiétante que dans les autres régions de France. Dans les chiffres du rapport d'activité des CASO de MdM (57), c'est moins de la moitié des mineurs qui sont à la rue ou dans les squats, contre plus de 3 mineurs sur 4 à Calais.

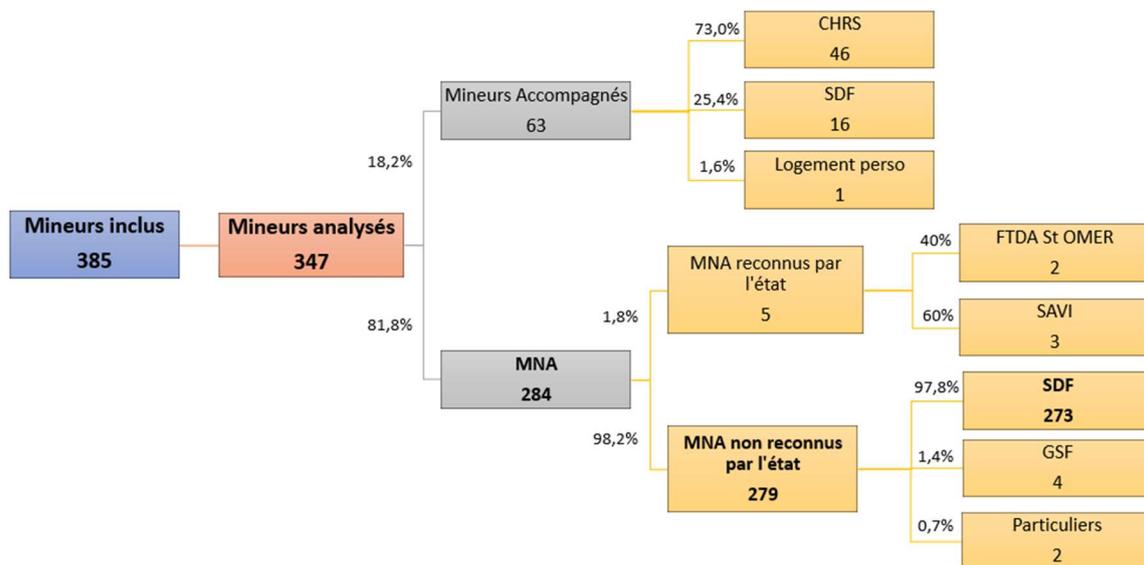


Figure 35 : Conditions de vie des mineurs

C. Pathologies des migrants consultant à la PASS de Calais

i. Types de Pathologies

1. Pathologies Infectieuses

Les pathologies infectieuses concernent 359 patients soit 22,19% des consultations.

Parmi ce type de pathologie, la gale figure en première position avec 13,38% des diagnostics principaux (n=199) et le prurit demeure le premier motif de recours des patients (13,4% des patients). Viennent ensuite les diagnostics de mycoses avec 1,55%, les hépatites virales avec 1,28% et la tuberculose pulmonaire avec 0,87% de l'effectif total.

Il est difficile de comparer les chiffres relatifs au diagnostic de gale à ceux retrouvés en France dans la population générale en l'absence de déclaration obligatoire de cette maladie. Cependant une étude publiée dans le BEH en 2013 sur la recrudescence de la gale en Aquitaine évaluée sur les données de SOS Médecins Aquitaine de 2007 à 2011 (63) montrait une prévalence de cas de gale variant de 4,4 à 15,6/1000 consultations, soit plus de dix fois moins qu'à la PASS de Calais entre 2018 et 2019.

Une autre étude réalisée par le Dr Lecarpentier dans son travail de thèse à évaluer le nombre de diagnostic de gale retrouvé chez les migrants en 2017 et 2018 lors des consultations à la PASS de Briançon (58), région frontalière avec l'Italie et principal point d'entrée en France de cette population. Elle retrouvait une proportion conséquente de l'ordre de 7% mais toujours bien en dessous des chiffres de Calais.

On peut émettre l'hypothèse que cette augmentation de cas de gale chez les migrants de Calais est favorisée par la promiscuité et les conditions de vie empêchant un traitement optimal et une hygiène adaptée.

2. Pathologies Traumatologiques

16,32% des consultations ont mené à un diagnostic principal ou associé d'ordre traumatologique, soit 264 personnes.

Les pathologies au sein de cette catégorie sont multiples et variées (plaies, contusions, brûlures, fractures, etc.). Selon le défenseur des droits lors de son observation en 2015 puis en 2018 « elles sont consécutives notamment à des risques pris lors d'une tentative de passage en Angleterre (chutes, accidents de la route), à des violences survenues dans la vie quotidienne des migrants, souvent entre communautés, ou

encore à des violences policières, violences dont les médecins de la PASS entendent régulièrement le récit (coups, gaz lacrymogènes) » (5). On peut ajouter à cela, les accidents liés aux lieux de vie particulièrement insalubres (brûlures avec feux de bois, etc.).

Cette proportion de pathologie est d'ailleurs probablement sous-évaluée en raison du recours fréquent aux urgences pour ce type de pathologie qui nécessite des soins et du matériel spécialisé non disponible à la PASS. En effet, dans l'étude du Dr Hendrycks menée en 2014 au SAU du CH de Calais (55), on recensait 41,6% de causes traumatiques parmi les consultations de migrants aux urgences. Plus récemment, le travail de thèse du Dr De Palleja en 2017 avait montré que le motif traumatologique représentait 45,7% des consultations de migrants au SAU du CH de Calais et qu'il était significativement plus élevé, comparé au reste de la population générale (56).

3. Pathologies Respiratoires

Parmi les 1489 dossiers de consultations analysées, 14,09% soit 228 personnes présentent un diagnostic principal ou associé de pathologie respiratoire. 5,92% consultent pour un diagnostic principal d'infection respiratoire basse, 5,58% pour une infection respiratoire haute et 1,14% pour une grippe ; les diagnostics de pneumopathies et d'asthme étant représentés en plus faibles proportions.

La période de recueil de donnée peut expliquer une partie de ces résultats, les infections respiratoires étant plus fréquentes en période hivernale. Cependant, une étude comparative des motifs de consultations entre les patients de médecine générale de ville et ceux des CASO de Médecin du Monde réalisée en 2017 (64) révèle que chez ces derniers, les infections sont plus fréquemment diagnostiquées et notamment les infections aiguës hivernales.

Il existe donc probablement une augmentation de ces infections respiratoires chez les migrants par rapport à la population générale pouvant s'expliquer par leur condition de vie précaire et au fait qu'ils vivent en majorité à la rue.

4. Pathologies Dentaires

11,50% des diagnostics recueillis à l'issue des consultations concernent une pathologie dentaire (n=186). C'est plus que la consommation de soins dentaires

générale en France qui représente environ 6 % de la consommation médicale totale (65).

Cette part non négligeable de diagnostic peut s'expliquer en partie par la présence d'une PASS dentaire les lundis et mardis matin à Calais. Cependant, il est très probable que la population migrante soit plus vulnérable concernant ce type de pathologie du fait des facteurs sociaux et des conditions de vie défavorables auxquels ils sont confrontés.

En effet, une étude transversale conduite en 2003 dans le service d'odontologie du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière a analysé les facteurs influençant l'état dentaire. Elle a montré que les principaux facteurs de risque d'un mauvais état dentaire étaient : la précarité, l'avancée en âge et la nationalité étrangère. Ces différences sociales retrouvées s'expliquaient en partie par des différences d'exposition aux facteurs de risque (notamment mauvaise hygiène dentaire, alimentation inadéquate, addictions, etc.) mais aussi par des disparités d'accès aux soins (66).

5. Pathologies Digestives

Les pathologies digestives représentent 6% des consultations avec comme principale pathologie, le reflux gastro œsophagien (2,02% des pathologies principales) et les douleurs abdomino-pelviennes (1,34%). Ce type de pathologie semble peu fréquente à Calais comparé aux chiffres recueillis par 30 PASS en 2016 (49) qui en faisaient son diagnostic de consultation le plus fréquent. On retrouve le même constat dans les CASO de Médecin du Monde pour lesquels 24,3% des consultations concernaient un problème digestif (57). Cependant, dans cette catégorie, les pathologies dentaires étaient incluses.

6. Pathologies Psychiatriques

5,25% de la population étudiée soit 85 personnes ont consulté pour une pathologie psychiatrique. On retrouve comme diagnostics principaux prédominants, les épisodes dépressifs (2,22% ; n=33) ainsi que les troubles délirants (0,67% ; n=10). A cela s'ajoute 19 personnes qui ont consulté pour des pathologies addictives, 7 pour des troubles anxieux ou panique et 5 pour un syndrome de stress post traumatique. A noter que pendant cette période, la PASS ne bénéficiait plus de la présence d'un psychologue.

La part des pathologies psychiatriques à Calais semble peu élevée alors même que plusieurs études montrent qu'elles représentent un problème de santé récurrent chez les personnes en migration (67).

En effet, dans l'étude publiée dans le BEH « *La santé et l'accès aux soins des migrants primo-arrivants : résultat des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens* » (49), plus de la moitié des personnes interrogées sur leur état psychologique 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.

Dans une revue de la littérature incluant 598 travaux de 2005 à 2012 portant sur les problèmes de santé des migrants en Europe (68), les problèmes psychologiques semblaient les plus répandus. De plus, elle montrait une association entre l'augmentation du stress, de la dépression, de l'anxiété, des troubles du sommeil et des symptômes somatiques chez les migrants en situation irrégulière avec leurs conditions de vie précaires.

Malgré cette prévalence importante de pathologies psychiatriques chez les migrants dans la littérature, de nombreuses études montrent que le statut d'immigré est associé à un taux plus faible de recours aux soins de santé mentale et cela même en cas de droits ouverts. Une étude qualitative réalisée en 2017 auprès de mineurs non accompagnés dans les PASS, révèle d'ailleurs qu'aucun des interrogés n'abordait la santé mentale (69). Ce faible taux de recours était expliqué principalement par les barrières linguistique et culturelle (70).

Les migrants de Calais sont pour la majorité de passage sur ce territoire et les priorités de santé se portent donc plus volontiers sur les pathologies entravant leur passage en Angleterre. Ils expriment en premier lieu les pathologies urgentes et ponctuelles lors des consultations à la PASS et les problématiques de santé mentales passent en second plan. C'est d'ailleurs pour cette raison que se sont créées des unités mobiles spécifiques gérées par la Croix Rouge (38) et Médecin du Monde (37) afin d'améliorer la santé mentale en agissant directement sur le terrain.

7. Pathologies Dermatologiques

75 personnes présentent un diagnostic de pathologie dermatologique, soit 4,64% de l'ensemble des dossiers de consultation inclus. Les pathologies principales les plus retrouvées sont les abcès (n=28) et les maladies de peau (n=17) et peuvent être également expliquées par les conditions de vie et surtout le manque d'accès à l'hygiène.

De plus, les gales surinfectées sont catégorisées dans le diagnostic « gale » et donc dans la catégorie « infectieuse », engendrant probablement une sous-évaluation des pathologies dermatologiques.

8. Pathologies Gynécologiques

Dans cette étude, les pathologies gynécologiques concernent 16,27% des femmes consultant à la PASS de Calais soit 28 dossiers de consultations sur 167. Cela représente 1,73% des consultations totales.

Parmi ces diagnostics, 11 concernent des grossesses avec examen normal, 5 des suivis gynécologiques standards, 5 des ménorragies, et une partie moins importante concerne des affections du sein, des aménorrhées, des demandes de contraception et des vaginites. Un cas d'agression sexuelle chez une femme a été recueilli mais il a été comptabilisé dans la catégorie « diverse ».

Ce chiffre peu élevé de pathologies gynécologiques à Calais peut être expliqué par la poursuite des actions de l'association GSF, spécialisées dans les consultations de la femme, réduisant ainsi l'effectif de pathologies gynécologiques à la PASS. De plus, sur la période de consultation étudiée, les médecins consultants étaient exclusivement des hommes, pouvant représenter un frein à la consultation pour ce motif.

En comparaison, dans les CASO de MdM (57), les pathologies gynécologiques représentent 7,6% de l'ensemble des motifs de consultation en 2018 (sachant que la proportion de femmes qui consultaient était plus importante : 32%). Du côté de la frontière franco-italienne, 2,5% des consultations de la PASS de Briançon concernaient également des pathologies de la femme (58).

9. Dépistage/Vaccination/Prévention

24 consultations sur la période étudiée concernent des actes de prévention, soit 1,48% de l'effectif total. Dans le détail, on compte 17 dépistages de maladies infectieuses (tuberculose, IST, bilharziose...), 2 accidents d'exposition aux virus, et 4 vaccinations.

D'après les recommandations du Ministère des Solidarités et de la Santé dans son instruction du 8 juin 2018, « la prise en charge des migrants primo-arrivants suppose d'initier le parcours de santé par un rendez-vous santé ayant pour objectifs : l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun » (71).

Ce rendez-vous de santé est difficilement réalisable auprès des migrants de Calais car il s'agit majoritairement d'une population en transit, priorisant les pathologies aiguës. C'est pour cela que les actions de prévention et de dépistages restent minimales malgré les dispositifs mis en place et qu'elles n'apparaissent pas comme des priorités lors des consultations.

D'ailleurs, dans une étude comparative réalisée en 2011-2012 (64), il a été constaté que les situations de prévention étaient peu fréquentes dans les consultations des CASO de MdM touchant les migrants (0,1%) alors qu'elles représentaient le premier résultat de consultation en médecine générale de ville (11,7%).

ii. Evolution des pathologies au cours du temps

De novembre 2018 à avril 2019, les pathologies rencontrées à la PASS de Calais semblent stables en termes de répartition (figure 22).

Par ailleurs, il semble intéressant de vérifier ce constat sur un plus long terme. Nous disposons pour cela, d'une étude similaire réalisée deux ans auparavant par le Dr Poisvert au moment de la « grande Jungle » de Calais (50). Cependant, les regroupements de pathologies en grande catégories n'ont pas été réalisés selon les mêmes critères. Par exemple, le diagnostic « gale » est classé dans la catégorie dermatologique par le Dr Poisvert alors qu'il est classé dans la catégorie pathologie infectieuse dans cette étude ; les « infections respiratoires » sont classées dans les pathologies infectieuses par Alexandre Poisvert, mais classées dans la catégorie respiratoire dans cette étude.

Concernant les catégories de pathologies traumatiques, dentaires, gynécologiques et psychiatriques, elles sont assez similaires et peuvent être mises en parallèle. C'est aussi le cas des pathologies principales et associée détaillées car elles sont issues d'une classification proche de la CIM 10 dans ces deux études.

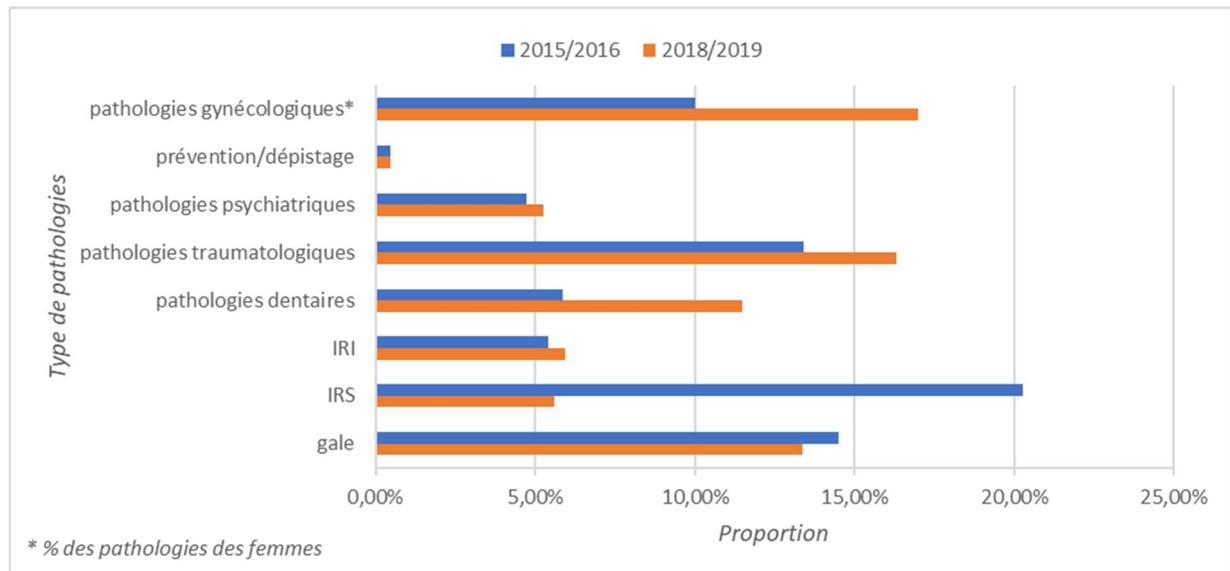


Figure 36 : Evolution des pathologies de 2015 à 2019

Au cours de ces deux périodes, on constate que la répartition du diagnostic principal de gale semble similaire : 14,52% en 2015/2016 et 13,38% en 2018/2019. Dans les deux études c'est une pathologie très fréquente car elle se situe en 2^{ème} position des pathologies les plus retrouvées en 2015/2016 et en 1^{ère} position en 2018/2019.

On fait le même constat pour les infections respiratoires basses qui représentent respectivement 5,42% et 5,92% des pathologies principales sur les deux périodes. On constate cependant une légère baisse des infections respiratoires hautes, passant de 20,25% des diagnostics principaux en 2015/2016 à 5,58% en 2018/2019.

On relève également un doublement de proportion des pathologies dentaires en deux ans (5,87% en 2015/2016, 11,50% en 2018/2019) ainsi qu'une légère augmentation des pathologies traumatologiques (de 13,42% à 16,32%).

Sur le plan des pathologies psychiatriques, la répartition reste similaire malgré l'absence de psychologue dans la deuxième étude (4,72% en 2015/2016 et 5,25% en 2018/2019).

Concernant les pathologies gynécologiques, elles sont retrouvées en proportion plus importante dans cette étude, passant de 10 à 17% des pathologies diagnostiquées chez les femmes en deux ans.

Enfin, on constate une augmentation des actions de prévention passant de 0,47% des consultations en 2015/2016 à 1,48% en 2018/2019. A l'époque, seules 11 vaccinations avaient été réalisées sur la période de l'étude pour un total de 2265 consultations.

iii. Pathologies par sexe, classe d'âge et origine géographique

1. Pathologies (principales et associées) par sexe

Les pathologies les plus rencontrées chez les hommes sont les pathologies infectieuses (23,47%), traumatologiques (18,72%), respiratoires (14,57%) et dentaires (11,77%).

Chez les 124 femmes de l'échantillon étudié, les pathologies les plus rencontrées sont : les pathologies gynécologiques (16,67%), dentaires (13,58%), psychiatriques (12,96%) et digestives (11,71%).

On constate ici que, selon le genre, les problématiques semblent différentes et qu'il est donc important d'adapter la pratique en fonction des spécificités des patients rencontrés.

2. Pathologies (principales et associées) par classe d'âge

La répartition des trois plus grandes catégories de pathologies suit globalement la même tendance selon les différentes classes d'âge.

Cependant, on retrouve une plus grande répartition de troubles neurologiques (épilepsie) chez les enfants de bas âge et une plus grande répartition des pathologies traumatologiques chez les mineurs en général.

La plus grande proportion des troubles psychiatriques se trouve chez les 45-54 ans et la plus grande répartition de pathologies cardio-vasculaires et endocrinologiques se trouve chez les 55-64 ans (diabète, hypothyroïdie, HTA et malaises prédominants).

Il n'y a pas assez d'effectif chez les plus de 64 ans pour pouvoir tirer des conclusions concernant cette classe d'âge.

3. Pathologies (principales et associées) par origine géographique

Parmi les origines géographiques comptant le plus de patients, on voit que la répartition des pathologies suit la même tendance, avec une prédominance des pathologies infectieuses, respiratoires et traumatologiques.

Cependant, on note une plus forte proportion des pathologies gynécologiques chez les personnes originaires du Proche Orient (14,52%) par rapport aux autres groupes.

On constate également une forte proportion de troubles psychiatriques (18,97%) chez les patients originaires d'Europe et une forte proportion de pathologies endocriniennes (20,59%) chez les patients d'Afrique du Nord.

D. Etat de santé de la population étudiée

i. Des pathologies d'importation peu nombreuses

Sur les 1489 dossiers analysés, on dénombre 72 pathologies (principales ou associées) qui pourraient être des pathologies d'importation, ce qui représenterait 4,02% des patients. On dénombre 22 cas de tuberculose (tuberculose latente, pulmonaire, cérébrale), 13 cas de VIH, 28 cas d'hépatite, 6 cas de teigne et 3 cas d'oxyurose. Les pathologies d'importation semblent donc rares chez les migrants de Calais.

Cependant, ce chiffre doit être examiné compte tenu du faible nombre d'actions de dépistage réalisées sur cette population. Les pathologies non symptomatiques telles que les hépatites, le VIH et la tuberculose, ne sont pas forcément connues par le patient ou n'entraînent pas toujours de consultations médicales si elles sont stables. Elles peuvent être ainsi sous-évaluées dans l'étude. Au contraire, elles peuvent être surévaluées du fait que ces pathologies soient souvent chroniques et qu'elles peuvent nécessiter plusieurs passages en consultation pour un même patient.

Enfin, l'article du BEH de décembre 2015 « Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? » (72), a rapporté que parmi 898 adultes infectés par le VIH nés dans un pays d'Afrique subsaharienne, entre 49% et 35% d'entre eux avaient acquis le VIH après leur arrivée en France ; ceci venant une fois de plus nuancer ces chiffres.

ii. Une majorité de pathologies bénignes

Parmi la population de l'échantillon, seulement 48 patients ont nécessité une orientation de type « urgence » (SAU, urgences gynécologiques ou psychiatrie) soit 2,7% des consultations. La majorité d'entre eux présentait des pathologies traumatologiques (10 patients) et le pronostic vital n'était pas engagé. Deux orientations ont été réalisées vers les urgences gynécologiques pour douleurs pelviennes et métrorragies ; et une vers les urgences psychiatriques pour syndrome dépressif.

Pour comparaison, 4,07% des consultations de médecine générale en France mènent à une orientation aux urgences ou vers un spécialiste dans les deux semaines, et 0,6% des consultations sont considérées comme des urgences somatiques critiques (73).

Les consultations de la PASS de Calais semblent suivre cette tendance avec une prédominance de pathologies pouvant être gérées en consultation de médecine générale et plutôt d'origine bénigne.

iii. Quelques pathologies chroniques

165 dossiers sur les 1489 analysés retrouvent un diagnostic de maladie chronique dans les pathologies principales ou associées. Cela représente près de 10% des patients consultant à la PASS et aucun d'entre eux ne bénéficiait de droits ouverts à la sécurité sociale.

C'est moins que la population française générale qui compte 17% de personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) (74). Cependant, il faut garder à l'esprit que la population migrante de Calais demeure en transit dans cette région frontalière et consulte en priorité pour des pathologies aiguës entravant le passage. Enfin, le dépistage de ces maladies chroniques n'est pas régulièrement réalisé en consultation à la PASS de Calais comparé aux consultations classiques de médecine générale.

iv. Pathologies liées aux conditions de vie

Selon le 1^{er} rapport de l'OMS de 2020 portant sur les personnes déplacées en Europe, l'état de santé des nouveaux migrants apparaît aujourd'hui comme moins bon que celui de la population en général, à âge et sexe donnés (46).

Les études récentes constatent que, dans un premier temps, du fait des politiques migratoires sélectives, les migrants présentent un meilleur état de santé à leur arrivée

(75). Ce phénomène appelé « healthy migrant effect » est expliqué en partie par la migration sélective des plus jeunes et des plus sains et à la ré-émigration des gravement malades (76) (77). Ce mécanisme complexe tend cependant à s'inverser au fur et à mesure du temps passé sur le nouveau territoire, les migrants connaissant ensuite des taux de morbidité et de mortalité plus importants que la population générale (78).

Fragilisée par les traumatismes subis pendant le parcours, leur santé est aggravée à leur arrivée par leurs conditions précaires de vie et par la stigmatisation dont ils sont éventuellement l'objet dans le pays d'accueil (46). Ces conditions ont pour conséquence des troubles organiques avec une aggravation des pathologies infectieuses d'origines multiples (ORL, respiratoires, digestives, dermatologiques et dentaires). À ces pathologies s'ajoutent les nombreuses pathologies traumatiques consécutives aux tentatives de passage souvent infructueuses, et aux violences qui marquent la vie quotidienne des migrants, que ce soit entre communautés ou encore en raison des violences policières (5). Enfin, compte tenu de leur parcours de vie, les migrants présentent un risque accru de troubles psychiques (six fois plus fréquents que dans la population générale) générant une intensification des conduites addictives (opiacés, alcool), notamment chez les jeunes (46).

En plus des inégalités socioéconomiques, les études posent aussi la question des différences dans l'accès aux soins. Celui-ci est insuffisant et retardé de surcroît par le délai de trois mois de séjour continu imposé par les pouvoirs publics avant de pouvoir accéder à l'AME (ou, un délai de même durée pour les demandeurs d'asile avant d'accéder à la PUMa). De plus, ce délai est entravé par l'absence habituelle de médecin traitant, et parfois par le refus de soins de certains d'entre eux (près de 10 %), ou du faible accès aux dépistages et aux soins de prévention (vaccinations, soins dentaires) (36).

Toutes ces observations retrouvées dans la littérature scientifique peuvent être appliquées à la population migrante de Calais. En effet, les patients sont le plus souvent des hommes jeunes en bonne santé à l'arrivée sur le territoire et présentent peu de pathologies d'importation. Cependant leurs conditions de vie précaires à Calais, territoire dans lequel ils sont en « transit prolongé », auraient comme conséquence une augmentation de certaines pathologies ainsi qu'une détérioration de leur état de santé. On remarque que, parmi les 15 diagnostics principaux les plus

fréquents, 11 pourraient être expliqués selon ces conditions de vie, soit plus d'un tiers des pathologies rencontrées à la PASS. Parmi ces pathologies on retrouve des pathologies traumatologiques (plaies, contusion, brûlures, etc.), des infections respiratoires hivernales, des pathologies liées à l'hygiène et à l'absence de traitement bien conduit (gale, abcès, mycoses), et des pathologies psychiatriques (dépression, stress post traumatique, anxiété...). De plus, il a été constaté que la plupart des migrants de Calais ne bénéficient pas de protection sociale, ne laissant comme seul recours aux soins, la PASS et les associations d'aide humanitaire.

Ces conclusions se retrouvent dans les études antérieures effectuées sur le terrain. De novembre 2015 à avril 2016, le Dr Alexandre Poisvert a montré que, sur 2265 dossiers de consultation, les principales pathologies observées chez les migrants à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais sur le site Jules Ferry semblaient liées dans la majorité des cas aux conditions de vie précaires de la Jungle (50).

E. Activité de la PASS

i. Nombre et durée des consultations

Durant la période de l'étude, le nombre moyen de consultations par jour s'élève à 26,7 +/- 8,1. Le nombre minimum de consultations est de 10 par jour et le maximum de 48 par jour.

Le jour de la semaine le plus affluant est le lundi avec 36,16 +/-7,96 consultations en moyenne. Le jour où il y a le moins de consultations est le jeudi avec 21,75 +/- 4,84 consultations en moyenne.

Concernant le nombre de consultations moyen par semaine, il reste plutôt constant au cours du temps avec une moyenne de 123,38 +/- 30,15 consultations par semaine, et il varie de 61 consultations/semaine (semaine 1) à 162 consultations/semaine (semaine 45).

Le mois où l'on retrouve le plus de consultations est le mois de novembre avec 297 consultations, et celui où on en retrouve le moins est le mois de mars avec 235 consultations.

ii. Conséquences

Etant donné le nombre moyen de consultations par jour qui est de 26,7 et le fait que la PASS soit ouverte 7h par jour, on peut en déduire le temps de consultation moyen par patient qui est de 15 min.

Ce chiffre reste un chiffre moyen et n'est pas toujours vérifiable en pratique étant donné la variabilité du flux de patients sur une journée et du type de consultation. Il permet cependant de nous donner une idée du temps de prise en charge d'un patient.

iii. Evolution de l'activité dans le temps

On constate qu'en deux ans, l'activité de la PASS a été divisée par trois. En effet, dans l'étude du Dr Poisvert réalisée de novembre 2015 à avril 2016, le nombre de consultations moyen par semaine était de 377,6 (min : 331 ; max : 464) contre 123,4 (min : 61 ; max : 162) dans cette étude (50).

Ceci a logiquement des répercussions sur le temps de consultation moyen par patient qui, en deux ans, est passé de 12 à 15 min en moyenne et de 8 à 10 minutes en période d'affluence maximale.

Sachant que la durée moyenne de consultation en médecine générale est d'environ 18 minutes en France en 2019 (79), on constate que ce chiffre tend à se rapprocher de celui concernant la population générale française avec le temps.

CONCLUSION

Nous nous sommes intéressés aux caractéristiques ainsi qu'aux pathologies présentées par les migrants consultant à la PASS de Calais de novembre 2018 à avril 2019.

Les patients de cette étude ont montré des caractéristiques propres au territoire de Calais du fait de sa proximité avec le Royaume-Uni. Ils sont pour la majorité des hommes jeunes, originaires du Moyen Orient et d'Afrique de l'Est. Ils vivent le plus souvent dehors dans des campements de fortune, ne bénéficient d'aucune couverture maladie et sont présents sur le territoire français de façon illégale sur le plan administratif (pas de demande d'asile ni de titre de séjour). Concernant les demandeurs d'asile, on constate que 70,6% d'entre eux sont sans abris et ne bénéficient pas de logements en structures spécialisées leur étant destinées en théorie.

On retrouve une part non négligeable de mineurs (24%), pour la plupart Mineurs Non Accompagnés, non pris en charge par l'Etat et n'ayant pas d'hébergement ni de droits ouverts à la sécurité sociale.

Cette étude a permis de mettre en évidence que les principales pathologies présentées par les migrants de Calais sont majoritairement d'ordre infectieux, traumatologique, respiratoire puis dentaire. La gale (13,4%), les douleurs dentaires (11,8%) et les infections respiratoires (supérieures : 5,6% ; inférieures : 5,9%) sont les diagnostics principaux les plus fréquents.

Les femmes migrantes sont, pour leur part, confrontées à des problématiques de santé particulières telles que les pathologies gynécologiques (16,7%), dentaires (13,6%) et psychiatriques (13,0%).

Les pathologies rencontrées à la PASS sont le plus souvent bénignes et semblent pour plus d'un tiers d'entre elles, liées aux conditions de vie précaires des personnes sur le territoire. On retrouve peu de pathologies d'importation, et les pathologies chroniques représentent 7% des consultations.

Ce constat, déjà présent en 2015 et 2016 lors de la « jungle » de Calais, n'a pas évolué et, depuis le démantèlement, la situation sanitaire des migrants reste inchangée. Les patients sont moins nombreux mais présentent en général le même type de pathologie

avec cependant une augmentation des diagnostics traumatologiques et dentaires. Quant aux actions de prévention, elles sont plus nombreuses (1,5%) mais représentent toujours une part infime de l'activité de soins de la PASS de Calais. Concernant la part des pathologies psychiatriques, elle semble toujours peu élevée (5,25%) alors même qu'elles représentent un problème de santé récurrent chez les personnes migrantes dans la littérature scientifique.

Ces résultats vont dans le sens du « healthy migrant effect » à savoir que les migrants sont en meilleure santé que la population générale lorsqu'ils entreprennent leur parcours migratoire mais que les déterminants sociaux et les conditions d'accueil ont un impact sur leur état de santé une fois arrivée sur le territoire. Ainsi, l'amélioration des conditions de vie des migrants, la facilitation de l'accès au soin, la prise en charge adaptée de la santé mentale ainsi que le développement des actions de prévention et de dépistage paraissent indispensables à l'amélioration de leur santé.

Il serait intéressant de compléter ce travail par des études mesurant l'impact réel des déterminants sociaux et des conditions de vie sur le territoire de Calais afin de confirmer les résultats retrouvés dans cette étude et de pouvoir les améliorer. Enfin, la situation sociale et sanitaire des mineurs et des femmes dans ce travail semble plus spécifique et tout aussi préoccupante. Il serait donc pertinent d'y accorder une attention particulière et de la développer dans le futur.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Situation Mediterranean Situation [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean#_ga=2.198212397.347021444.1572272821-1993149334.1572272821
2. AGIER M. La Jungle de Calais. PUF; 218 p.
3. Prononcé le 1 mars 2016 - Déclaration de M. Bernard Cazeneuve, ministre de l'intérieur, en réponse | Vie publique.fr [Internet]. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/198130-declaration-de-m-bernard-cazeneuve-ministre-de-linterieur-en-reponse>
4. Les migrants sont de retour à Calais. Le Monde.fr [Internet]. 21 janv 2017 [cité 15 nov 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/01/21/plus-de-deux-mois-apres-le-demantelement-de-la-jungle-les-migrants-sont-de-retour-a-calais_5066640_3224.html
5. Exilés et droits fondamentaux, trois ans après le rapport Calais [Internet]. Défenseur des Droits. 2018 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2018/12/exiles-et-droits-fondamentaux-trois-ans-apres-le-rapport-calais>
6. AFP . En 2019, le nombre de migrants qui ont tenté la traversée de la Manche a été multiplié par quatre [Internet]. Ouest-France.fr. 2019 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/monde/migrants/en-2019-le-nombre-de-migrants-qui-ont-tente-la-traversee-de-la-manche-ete-multiplie-par-quatre-6674560>
7. Définitions [Internet]. Réfugiés et migrants. 2017 [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9finitions>
8. Qui est un migrant ? [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2016 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>
9. Termes clés de la migration [Internet]. Organisation internationale pour les migrations. 2015 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
10. Définition - Immigré | Insee [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328>
11. Djigo S. Les Migrants de Calais, Enquête sur la vie en transit. Agone. (Contre-Feux).
12. History-Of-Calais_Refugee-Rights-Europe.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: https://refugee-rights.eu/wp-content/uploads/2018/10/History-Of-Calais_Refugee-Rights-Europe.pdf

13. Le fonctionnement de l'espace Schengen [Internet]. Toute l'Europe.eu. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.touteurope.eu/actualite/le-fonctionnement-de-l-espace-schengen.html>
14. Vignon J, Aribaud J. Rapport à Monsieur le Ministre de l'Intérieur de la situation des migrants dans le Calais. [Internet]. 2015 juill [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Publications/Rapports-de-l-IGA/Rapports-recents/La-situation-des-migrants-dans-le-Calais>
15. Décret n° 2004-137 du 6 février 2004 portant publication du traité entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord relatif à la mise en oeuvre de contrôles frontaliers dans les ports maritimes de la Manche et de la mer du Nord des deux pays, signé au Touquet le 4 février 2003 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000248992>
16. Décret n° 2018-263 du 11 avril 2018 portant publication du traité entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord relatif au renforcement de la coopération pour la gestion coordonnée de leur frontière commune, signé à Sandhurst le 18 janvier 2018 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036794301/>
17. Akoka K, Clochard O. La loi des « jungles » la situation des exilés sur le littoral de la Manche et de la Mer du Nord ; Rapport d'observation de mission mai-juillet 2008 - Coordination française pour le droit d'asile. [Internet]. Disponible sur: https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2008/09/hc_cfda_rapport2008-exiles-manche-nord.pdf
18. Comme le nombre de réfugiés et de migrants est en constante augmentation, l'OMS investit dans les interventions de santé publique en Europe [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2017/as-refugee-and-migrant-arrivals-steadily-increase,-who-invests-in-europes-public-health-response>
19. McAuliffe M, Ruhs M, Organisation internationale pour les migrations. État de la migration dans le monde 2018 [Internet]. 2018 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://publications.iom.int/fr/books/etat-de-la-migration-dans-le-monde-2018>
20. IOM (International Organization for Migration. CALAIS "JUNGLE": AFGHANS IN TRANSIT A snap-shot report on Afghan migrants in the Calais "Jungle" pre-dismantlement on 24 October 2016. Displacement tracking matrix [Internet]. 2016 nov. Disponible sur: https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/DTM_Calais_Jungle_Afghans_in_Transit_November_2016.pdf?file=1&type=node&id=914
21. Rapport de la mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais / 2015 - Actualités / Archives des actualités / Archives - Ministère de l'Intérieur [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-actualites/2015->

Actualites/Rapport-de-la-mission-d-evaluation-du-dispositif-de-prise-en-charge-sanitaire-des-migrants-a-Calais

22. Déclaration UE-Turquie, 18 mars 2016 [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2016/03/18/eu-turkey-statement/>
23. Mallevoüe D de. Calais : la police applique la tolérance zéro [Internet]. Le Figaro.fr. 2016 [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2016/11/24/01016-20161124ARTFIG00318-calais-la-police-applique-la-tolerance-zero.php>
24. Utopia56 | Mobilisation pour aider les migrants [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.utopia56.com/fr>
25. Chapitre 1er : Droit à l'aide médicale de l'Etat. (Articles L251-1 à L251-3) - Légifrance [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006157607/2020-11-15/>
26. Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
27. SANTE - Bulletin Officiel N°2005-4: Annonce N°40 [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040040.htm>
28. Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>
29. Section 1 : Dispositions relatives aux bénéficiaires (Articles L160-1 à L160-7) - Légifrance [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031668689/2020-11-15/>
30. Couverture maladie complémentaire (mutuelle) [Internet]. [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20314>
31. Bulletin Officiel n°99/1 [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm>
32. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Légifrance [Internet]. [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37144>
33. DGOS. Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation - MIGAC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac/article/les-missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac>

34. Sous-section 1 : Dispositions générales (Articles D162-3 à D162-10) - Légifrance [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000035838233/2017-10-21/>
35. Prises de position – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/category/travaux-et-publications/position/>
36. Spira A. Inégalités sociales de santé. État des lieux, principes pour l'action. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 mai 2020;204(5):486-92.
37. Calais / Dunkerque - Migrants [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/program/calais-dunkerque-migrants>
38. Dispositif mobile de soutien aux exilés des Hauts-de-France [Internet]. Croix Rouge française à Lille. 2018 [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <http://lille.croix-rouge.fr/dmse/>
39. Richard. Mission Camps de Réfugiés [Internet]. GSF Gynécologie Sans Frontières. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://gynsf.org/caminor/>
40. Zonage médecins [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/zonage-medecins>
41. Secrétariat de l'OMS. Soixante dixième assemblée mondiale de la santé ; Point 13.7 de l'ordre du jour provisoire 17 mai 2017 Promotion de la santé des réfugiés et des migrants Projet de cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants. 2017 mai. Report No.: A70/24.
42. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
43. Bradby H, World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Evidence Network. Public health aspects of migrants health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe; 2015.
44. World Health Organization 2018. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region - No public health without refugee and migrant health [Internet]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>
45. SPF. La Santé de l'homme, Sept/oct 2008, n°397 Comment réduire les inégalités sociales de santé ? [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: </notices/la-sante-de-l-homme-sept-oct-2008-n-397comment-reduire-les-inegalites-sociales-de-sante>
46. Le tout premier rapport sur la santé des personnes déplacées en Europe révèle que les réfugiés et les migrants courent plus de risques d'avoir des problèmes de santé que les populations des pays d'accueil [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press->

- releases/2019/migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health-than-host-populations-reveals-first-ever-who-report-on-the-health-of-displaced-people-in-europe
47. Actualité et dossier en santé publique n° 111 - Santé des migrants [Internet]. 2020 [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1172>
 48. Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Caron A, Merlin B, Simon N, et al. A quels risques infectieux sont exposés les populations migrantes ? 3ème journée régionale du groupe vaccination prévention de la spifl- Tours. 16 nov 2018;35.
 49. Lot F, Quelet S. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique / Migrants health and access to care: A public health challenge. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 5 sept 2017;(19-20):66.
 50. Poisvert A. Etude épidémiologique descriptive des pathologies observées chez les patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais sur le site Jules Ferry de novembre 2015 à avril 2016 [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7899>
 51. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
 52. Les référentiels métiers [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/cabinet-carriere/referentiels-metiers>
 53. CIM-10 Version : 2008 [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
 54. CHAPITRE II - Principes | CNIL [Internet]. [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees/chapitre2#Article5>
 55. Hendrycks A. Accueil de la population migrante dans le service des urgences du Centre Hospitalier de Calais : Enquête épidémiologique, rétrospective sur la population migrante avec revue des pathologies sur l'année 2014. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université de Médecine de Lille Henri Warembourg;
 56. De Palleja G. Etre migrant à Calais : un facteur de risque traumatique? [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine]. [Lille]: Université de Médecine de Lille Henri Warembourg; 2017.
 57. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2018 [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2019/10/15/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2018>

58. Lecarpentier C. Problématique médicale et sociale d'une vague migratoire nouvelle sur Briançon : bilan d'une année de prise en charge et vécus des parcours de soins. 24 avr 2019;97.
59. Rapport d'activité et d'observation 2019 | Comede [Internet]. [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/>
60. Graphique du mois : février 2020 - Irdes [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/presse/2020/le-graphique-du-mois-fevrier-l-acces-a-l-aide-medicale-de-l-etat-plus-faible-pour-les-personnes-sans-papiers-en-situation-de-grande-precarite.html>
61. COMEDE (Comité pour la santé des exilés). Guide pratique pour les professionnels - Migrants/Etrangers en situation précaire - Soins et accompagnement [Internet]. 2015^e éd. 2015. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf
62. L'Accueil des demandeurs d'asile | OFII [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ofii.fr/demande-d-asile>
63. SPF. Recrudescence de la gale en Aquitaine : évaluation à partir des données de SOS Médecins et des ventes de scabicides de 2007 à 2011. Aquitaine, France [Internet]. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: </notices/recrudescence-de-la-gale-en-aquitaine-evaluation-a-partir-des-donnees-de-sos-medecins-et-des-ventes-de-scabicides-de-2007-a-2011.-aquitaine-france>
64. Huaume H. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : Une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecin du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. :7.
65. Azerad J, Souames M. État Dentaire, Recours Aux Soins et Précarité. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique [Internet]. [cité 12 nov 2020]; Disponible sur: https://www.academia.edu/29635826/%C3%89tat_Dentaire_Recours_Aux_Soins_et_Pr%C3%A9carit%C3%A9
66. Azogui-lévy S, Bourdillon F, Ittah-Desmeulles H, Rosenheim M, Souames M, Azerad J. État dentaire, recours aux soins et précarité. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. juin 2006;54(3):203-11.
67. Bouhenia M, Farhat JB, Coldiron ME, Abdallah S, Visentin D, Neuman M, et al. Quantitative survey on health and violence endured by refugees during their journey and in Calais, France. International Health. 1 nov 2017;9(6):335-42.
68. Santé et accès aux soins pour les sans-papiers vivant dans l'Union Européenne: un examen de la portée [Internet]. [cité 12 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4186209/>
69. SPF. Mineurs étrangers isolés : enquête sur leur vécu et leur représentation des soins. [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: </auvergne-rhone-alpes/mineurs-etrangers-isoles-enquete-sur-leur-vecu-et-leur-representation-des-soins>

70. Kirmayer LJ, Weinfeld M, Burgos G, du Fort GG, Lasry J-C, Young A. Use of Health Care Services for Psychological Distress by Immigrants in an Urban Multicultural Milieu. *Can J Psychiatry*. mai 2007;52(5):295-304.
71. INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants - Légifrance [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43755>
72. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al; groupe ANRS-Parcours. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS). *Bull Épidémiol Hebd*. 2015;(40-41):752-8.
73. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. *DRESS - Ministère des solidarités de la santé et de la famille*. avr 2006;51.
74. Ameli.fr - Prévalence [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
75. Aldridge RW, Nellums LB, Bartlett S, Barr AL, Patel P, Burns R, et al. Global patterns of mortality in international migrants : a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. déc 2018;392(10164):2553-66.
76. Domnich A, Panatto D, Gasparini R, Amicizia D. The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today? *Italian Journal of Public Health* [Internet]. 13 sept 2012 [cité 4 déc 2019];9(3). Disponible sur: <http://doi.org/10.2427/7532>
77. Berchet C, Jusot F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. 2012;8.
78. Immigrés et descendants d'immigrés en France - Immigrés et descendants d'immigrés en France | Insee [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374025>
79. Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Études et Résultats, DRESS* [Internet]. 7 mai 2019;(1113). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de dossier médical de consultation

P.A.S.S

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

Dossier médical dans le cadre de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé
UF : 1150 Dossier Médical

IDENTITE présumée

Nom :

Prénom :

Nationalité :

DDN :

Adresse :

Enfant

Patient vient régulièrement

CMU

AME

Suivi Assistante Sociale

CENTRE
HOSPITALIER
Dr Jean Eric TECHER
Calais



PASS Centre Hospitalier
1601 Boulevard des Justes
BP 339 -62107 Calais cedex
Tél : 03.21.46.86.58
Fax : 03.21.46.86.44

PÔLE  **Réponse urgente
médico-technique**

Date/Jour	EXAMEN CLINIQUE OU PARA CLINIQUE	Signature

Annexe 3 : Récépissé de déclaration de conformité (CNIL)

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Etude des pathologies observées chez les patients migrants par l'antenne Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CH de Calais
Référence Registre DPO : 2019-111
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Didier GOSSET Interlocuteur (s) : Mme Justine WYTS -M. le Dr Guy KESSY

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 26 octobre 2020

Délégué à la Protection des Données

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jean-Luc TESSIER', with a horizontal line underneath.

Annexe 4 : Liste des regroupements de motifs de consultation

Motifs de consultations par regroupement en grandes catégories					
Cardio/vasculaire	Ophthalmologie	Traumatologie	Rhumatologie	Dépistage/Prévention	
arythmie	conjonctivite keratite	brulure mi	tc sans pci	tumeur cancer	
douleur thoracique	contusion oeil	brulure ms	arthralgie	consultation contrôle ped	
hta	corps étranger oeil	brulure pelvis	arthrite	dépistage general bs	
cardiopathie ischémique	trouble vision	brulure tronc abdomen	arthrose	dépistage ist	
lipothymie malaise avec pci	ORL	douleur pelviennne	cervicalgie	vaccination	
malaise vertiges	bouchon cerumen	dysmenorrhée	dorsalgie	Soins infirmiers	
palpitations	douleur sinus	douleur bras avant bras	lombalgie	Départ avant soins	
tachycardie	odynophagie	douleur coude	myalgie		
Pneumologie	otalgie	douleur cuisse	sciatalgie/cruralgie		
asthme	otorrhée	douleur epaule	Psychiatrie/addictologie		
bpcoc	rhinorrhée	douleur genou	addiction medicamentuse		
dyspnée	Gastroenterologie	douleur hanche	agitation		
pneumopathie pleurésie	amaigrissement	douleur jambe	alcoolisation aigue		
toux	anorexie	douleur main	angoisse		
Infectiologie	constipation	douleur pied	anxiété		
abcès furoncle	diarrhées	douleur talon	attaque de panique		
hepatite b	douleur abdominale	entorse cheville	épisode dépressif		
hepatite c	épigastralgie	fracture bras	hallucinations		
hyperthermie	gastrite	fracture cheville	ides suicidaires		
IST	hemorroïdes	fracture doigt	psychose schizo phrenie		
mycose	hernie	fracture face	PTSD		
panari	ictère	fracture jambe	sevrage alcool		
pediculose	pathologie biliaire	fracture opn	sevrage autres drogues		
tuberculose contact	patho inflammatoires intestin	fracture pied	sevrage tabagique		
tuberculose dépistage	rectorragie	fracture poignet/main	trouble du comportement		
tuberculose latente	RGO pyrosis	ongle incarné	Divers		
tuberculose maladie autre	vomissements	plie bras avant bras	AES		
tuberculose maladie pulmonaire	Endocrinologie/Nutrition	plie cuir chevelu	agression sexuelle viol		
VIH	diabete insulinodépendant	plie doigt	allergies		
Dentaire	diabete non insulinodépendant	plie face	anomalie bilan sanguin		
abcès dentaire	dysthyroïdie	plie main poignet	asthenie		
douleur dentaire	Neurologie	plie mi	renouvellement de traitement		
gingivite	avc ischémique	plie tronc	resultats bilan sanguin		
	cephalée	te avec pci	transmission dossier medical		

Annexe 5 : Liste des regroupements de pathologies

		Diagnostic CIM 10 par regroupement en grandes catégories			
Cardio/vasculaire					
angine de poitrine angor	I209	infection des voies respiratoires inférieures	J22	tuberculose latente	Z227
arrêt cardiaque	I469	infection des voies respiratoires supérieures	J06	tuberculose osseuse	A180
arrêt respiratoire	R092	sinusite	J189	tuberculose pulmonaire	A169
arterite des membres inférieurs	I702	stridor	J01	tuberculose système nerveux	A17
arythmie cardiaque	I499	toux	R061	varicelle zona	B01
athérosclérose généralisée	I709	trouble respiratoire	R05		
avc non précise comme étant hémorragique ou f	I64		J989	douleur dentaire parodontite dent	K088
bradycardie	R001			gingivite	K05
cardiopathie ischémique aiguë sans précision	I249	coqueluche			
choc	R579	diarrhée aiguë	A370		
douleur thoracique	R074	diarrhée et gastroentérite presomée infectieuse	A04	affection de l'œil et de ses annexes	H579
étourdissement vertige malaise vagal	R42	diarrhée sanglante presomée infectieuse	A090	conjonctivite	H10
hémorroïdes	I84	erysipèle	A099	vices de refraction et trouble accommodation	H52
hypertension artérielle essentielle	I10	fièvre	A46		
hypotension	I959	fièvre éruptive virale éruption virale	R509	anorexie	H933
infarctus du myocarde idm	I219	gale	B09	appendicite aiguë	H612
insuffisance cardiaque globale	I509	gange éruptive virale éruption virale	B86	ascite	R070
maladie du péricarde tamponnade	I319	hépatite virale (sans coma)	R02	constipation	R040
malaise fatigue sans perte de connaissance AEG	R53	herpès	B199	cytolyse hépatique autre anomalie analyse diges	H920
mort subite	R96	immunodéficience humaine virale vih sida	B00	douleurs abdominales et pelviennes	H922
palpitations	R002	infection bactérienne	B24	dysphagie	H60
perte de connaissance syncope lypothymie	R55	infection virale virale	A49	gastrite	H669
phlébite thrombophlébite vaisseaux profond MI	I802	maladie sexuellement transmise mst	B348	hématemèse hémorragie digestive haute	R630
pression artérielle basse isolée hypotension	R031	meningite à méningocoque	A64	hémorragie gastro intestinale	K359
pression artérielle élevée isolée hypertension	R030	mycose	A390	hernie abdominale	R18
tachycardie	R000	oxyurose	B49	hernie inguinale	K590
		paludisme	B80	ictère	R85
		parasitose	B54	insuffisance hépatique hépatite	R10
Pneumologie		pediculose poux	B89	maladie des voies biliaires	R13
asthme	J450	rougeole	B81	maladie du pancréas	K297
bpcp	J44	scarlatine	A059	melena	K920
dyspnée	R060	septicémie sévère	A38	modification du transit intestinal	K922
encorement	R093	teigne	A419	nausées vomissements	K46
grippe virus grippal non identifié	J11	tétanos	B35	occlusions intestinales	K40
hémoptysie	R042	tuberculose contact	A35	perte de poids anormale	R17
hoquet	R066		Z201	rch	K729

Diagnostic CIM 10 par regroupement en grandes catégories						
rectorragies	K839	coma	R402	grossesse diagnostic	Z321	
rgo	K869	convulsions	R568	grossesse examen normal	Z349	
syndrome abdominal aigue	K921	convulsions febriles	R560	meno metrorragie	N921	
ulcere digestif	R194	crampes	R252	suivi gynecologique	Z014	
Endocrinologie/nutrition				R470	vaginite	N760
denutrition	E46	dystonie dyskinesie	G249			
diabete sucre insulinodependant	E109	encephalite	G049	Urologie		
diabete sucre non insulinodependant	E119	encephalopathie	G934	affection des organes genitaux de l'homme		
did avec complication	E108	epilepsie	G409	anurie oligurie		
did avec complication	E118	etat de mal epileptique	G419	colique nephretique		
hyperglycemie	R739	hemiplegie / paraplegie	G822	douleur a la miction		
hyperthyroïdie thyreotoxique	E05	insomnie	G47	dysfonction erectile		
hypoglycemie	E162	meningisme	R291	ecoulement uretral		
hypothyroïdes autres que par carence en iode	E03	meningite bacterienne	G039	hematurie		
hypovolemie deshydratation	E86	migraine	G819	incontinence urinaire		
Hématologie				G831	infection des voies urinaires	N390
adenopathie	R590	monoplegie mi	G832	insuffisance renale		
affection hemorragique	D698	mouvements involontaires anormaux	R258	miction douloureuse		
anemie	D649	somnolence	R400	prostatite		
lipome	D17	syndrome extrapyramidal trouble de la motricite	G259	rau globe vesical		
maladie du sang et organes hematopoietiques	D759	tetanie	R290	resultats anormaux prlv effectués sur OGE de H		
thalassemie	D56	tetraplegie	G825	saignement hemorragie urethre		
thrombopenie sp	D696	tremblement	R251	symptomes et signes relatifs a l'appareil urinaire		
acouphenes	H933	trouble de la marche	R262			
bouchon cerumen	H612	Gynécologie				L029
douleur de gorge	R070	affection des organes genitaux externes de la fer				L709
epistaxis	R040	affection du sein				R230
otalgie	H920	affection liee a la grossesse				L309
otorragie	H922	amenorrhée et hypomenorrhée				L209
otite externe	H60	autres formes davortement				L539
otite moyenne non precisee	H669	avortement medical				L010
Neurologie				contraception		L989
ataxie	R270	dysmenorrhée				L609
cephalee	R51	grossesse accouchement avant arrivee du smur				R601
chute a repetition diffultes a la marche	R268	grossesse avortement spontane fausse couche				R600

Diagnostic CIM 10 par regroupement en grandes catégories						
episode depressif	F329	agression sexuelle	Y05	intoxication medicaments	T509	
hallucinations	R443	certificat	Z022	oedeme angioneurotonique de quince	T783	
ivresse aigue	F100	choc anaphylactique choc allergique	T782	sujet consultant pour des resultats dexamen	Z712	
sevrage alcool	Z502	conseil	Z719	tentative suicide	X84	
dependance tabac	F17	consultation examen laboratoire	Z017	turneur siege autres a evolution imprevisible	D48	
stress post traumatique	F431	consultation examen radiologique	Z016	Dépistage/vaccination/prévention		
trouble anxieux anxiete	F419	effet indésirable dun medicament	T887	examen depistage maladie infectieuse	Z11	
trouble delirant	F220	effet toxique dune substance intoxication	T659	sujet inquiet pour son etat de sante	Z711	
trouble du compo rtement	R462	examen a des fins administratives	Z02	surveillance apres piqure de septique aes	Z038	
violence physique	R456	examen et mise en observation apres agression	Z045	vaccination	Z269	
		Divers	Z044	Soins IDE		
allergie	T784	examen apres allegation de viol	X44	delivrance de traitement	Z76	
adenocarcinome gastrique	C16	intoxication accidentelle	T58	soins de pansement	Z480	
adenocarcinome pulmonaire	C34	intoxication co	T599	soins infirmiers autres	SI	
		intoxication gaz et fumees				

Annexe 6 : Tableaux d'analyses bivariés détaillés

Classe d'âges en fonction des origines géographiques :

Freq Row Pct Col Pct	Afrique de l'Est	Afrique Centrale	Afrique de l'Ouest	Afrique du Nord	Proche Orient	Moyen Orient	Asie	Europe	Am. du Sud
0-9 ans	0	0	1	0	18	35	0	0	0
	0	0	1.85	0	33.33	64.81	0	0	0
	0	0	1.96	0	14.52	4.28	0	0	0
10-17 ans	119	4	18	2	18	128	1	3	0
	40.61	1.37	6.14	0.68	6.14	43.69	0.34	1.02	0
	33.90	18.18	35.29	5.88	14.52	15.65	4.55	5.17	0
18-24 ans	96	11	13	12	9	141	4	10	5
	31.89	3.65	4.32	3.99	2.99	46.84	1.33	3.32	1.66
	27.35	50	25.49	35.29	7.26	17.24	18.18	17.24	55.56
25-34 ans	94	2	17	10	56	361	12	16	0
	16.55	0.35	2.99	1.76	9.86	63.56	2.11	2.82	0
	26.78	9.09	33.33	29.41	45.16	44.13	54.55	27.59	0
35-44 ans	22	0	1	4	16	116	0	12	0
	12.87	0	0.58	2.34	9.36	67.84	0	7.02	0
	6.27	0	1.96	11.76	12.90	14.18	0	20.69	0
45-54 ans	18	0	0	5	7	26	4	9	0
	26.09	0	0	7.25	10.14	37.68	5.80	13.04	0
	5.13	0	0	14.71	5.65	3.18	18.18	15.52	0
55-64	2	5	1	0	0	10	1	7	4
	6.67	16.67	3.33	0	0	33.33	3.33	23.33	13.33
	0.57	22.73	1.96	0	0	1.22	4.55	12.07	44.44
65-74	0	0	0	1	0	0	0	1	0
	0	0	0	50	0	0	0	50	0
	0	0	0	2.94	0	0	0	1.72	0
>=75	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	0	0	0	0	0	100	0	0	0
	0	0	0	0	0	0.12	0	0	0

Statut administratif en fonction du sexe :

Freq Row Pct Col Pct	Sans papiers	Demande d'asile	Citoyen euro	Etudiant étranger	Titre de séjour
Homme	1183	74	41	3	26
	89.15	5.58	3.09	0.23	1.96
	89.69	87.06	82.00	100	81.25
Femme	136	11	9	0	6
	83.95	6.79	5.56	0	3.70
	10.31	12.94	18.00	0	18.75

Statut administratif en fonction de l'origine géographique :

Freq Row Pct Col Pct	Afrique de l'Est	Afrique Centrale	Afrique de l'Ouest	Afrique du Nord	Proche Orient	Moyen Orient	Asie	Europe	Am. du Sud
Sans papiers	335 25.40 95.44	13 0.99 59.09	47 3.56 92.16	31 2.35 91.18	109 8.26 87.90	753 57.09 92.05	18 1.36 81.82	8 0.61 13.79	5 0.38 55.56
DA	6 7.06 1.71	0 0 0	3 3.53 5.88	0 0 0	15 17.65 12.10	58 68.24 7.09	3 3.53 13.64	0 0 0	0 0 0
Citoyen UE	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	50 100 86.21	0 0 0
Etudiant	0 0 0	0 0 0	0 0 0	2 66.67 5.88	0 0 0	1 33.33 0.12	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Titre séjour	10 31.25 2.85	9 28.13 40.91	1 3.13 1.96	1 3.13 2.94	0 0 0	6 18.75 0.73	1 3.13 4.55	0 0 0	4 12.50 44.44

Lieu de résidence en fonction du statut administratif :

Freq Row Pct Col Pct	Sans papiers	Demande d'asile	Citoyen UE	Etudiant étranger	Titre séjour
SDF	1144 91.89 86.73	60 4.82 70.59	34 2.73 68.00	0 0 0	7 0.56 21.88
CHRS	146 78.92 11.07	11 5.95 12.94	14 7.57 28.00	1 0.54 33.33	13 7.03 40.63
Particulier	3 100 0.23	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Perso	15 34.09 1.14	14 31.82 16.47	1 2.27 2.00	2 4.55 66.67	12 27.27 37.50
GSF	4 100 0.30	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Secours catho	5 100 0.38	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Emmaüs	2 66.67 0.15	0 0 0	1 33.33 2.00	0 0 0	0 0 0

Pathologies principales par regroupement géographique :

Freq Row Pct Col Pct	Afrique de l'Est	Afrique Central e	Afrique de l'Ouest	Afrique du Nord	Proche Orient	Moyen Orient	Asie	Europe	A. du Sud
Cardio/vasc	6 20 1.71	0 0 0	3 10 5.88	0 0 0	2 6.67 1.61	14 46.67 1.71	0 0 0	5 16.67 8.62	0 0 0
Respi	52 25.62 14.86	1 0.49 4.55	5 2.46 9.80	6 2.96 17.65	5 2.46 4.03	125 61.58 15.30	5 2.46 22.73	4 1.97 6.90	0 0 0
Infectieux	65 20.19 18.57	13 4.04 59.09	8 2.48 15.69	2 0.62 5.88	11 3.42 8.87	205 63.66 25.09	6 1.86 27.27	10 3.11 17.24	2 0.62 22.22
Dentaire	27 15.17 7.71	0 0 0	9 5.06 17.65	9 5.06 26.47	40 22.47 32.26	81 45.51 9.91	2 1.12 9.09	10 5.62 17.24	0 0 0
Ophthalmo	5 41.67 1.43	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	7 58.33 0.86	0 0 0	0 0 0	0 0 0
ORL	5 25.00 1.43	0 0 0	0 0 0	0 0 0	1 5.00 0.81	13 65.00 1.59	1 5.00 4.55	0 0 0	0 0 0
Digestif	9 10.59 2.57	0 0 0	5 5.88 9.80	1 1.18 2.94	12 14.12 9.68	53 62.35 6.49	0 0 0	1 1.18 1.72	4 4.71 44.44
Endoc/nut	6 20 1.71	0 0 0	1 3.33 1.96	7 23.33 20.59	0 0 0	13 43.33 1.59	3 10 13.64	0 0 0	0 0 0
Neuro	7 29.17 2.00	0 0 0	1 4.17 1.96	0 0 0	6 25.00 4.84	9 37.50 1.10	0 0 0	1 4.17 1.72	0 0 0
Gyn/Obst	3 10.71 0.86	0 0 0	0 0 0	1 3.57 2.94	18 64.29 14.52	3 10.71 0.37	0 0 0	2 7.14 3.45	1 3.57 11.11
Urologie	1 7.69 0.29	0 0 0	0 0 0	0 0 0	4 30.77 3.23	8 61.54 0.98	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Dermato	20 30.77 5.71	0 0 0	1 1.54 1.96	0 0 0	1 1.54 0.81	39 60 4.77	1 1.54 4.55	3 4.62 5.17	0 0 0
Hémato	0 0 0	5 41.67 22.73	0 0 0	0 0 0	6 50 4.84	1 8.33 0.12	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Traumato	88 34.78 25.14	2 0.79 9.09	12 4.74 23.53	5 1.98 14.71	8 3.16 6.45	131 51.78 16.03	1 0.40 4.55	6 2.37 10.34	0 0 0
Rhumato	13 18.57	0 0	3 4.29	0 0	3 4.29	47 67.14	1 1.43	1 1.43	2 2.86

	3.71	0	5.88	0	2.42	5.75	4.55	1.72	22.2 2
Psychiatrie	6	0	2	2	7	48	1	11	0
	7.79	0	2.60	2.60	9.09	62.34	1.30	14.29	0
	1.71	0	3.92	5.88	5.65	5.88	4.55	18.97	0
Divers	10	1	1	1	0	2	0	1	0
	62.50	6.25	6.25	6.25	0	12.50	0	6.25	0
	2.86	4.55	1.96	2.94	0	0.24	0	1.72	0
Prevention	6	0	0	0	0	9	1	3	0
	31.58	0	0	0	0	47.37	5.26	15.79	0
	1.71	0	0	0	0	1.10	4.55	5.17	0
Soins IDE	21	0	0	0	0	9	0	0	0
	70	0	0	0	0	30	0	0	0
	6.00	0	0	0	0	1.10	0	0	0

Données manquantes : 2

Pathologies (principales et associées) par classes d'âges :

Freq Row Pct Col Pct	0-9 ans	10-17 ans	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	>=75 ans
Cardio/vasc	0	3	3	8	6	3	7	0	0
	0	10	10	26.67	20	10	23.33	0	0
	0	1.02	1.00	1.41	3.51	4.41	23.33	0	0
Respi	9	33	42	97	16	6	0	0	0
	4.43	16.26	20.69	47.78	7.88	2.96	0	0	0
	16.67	11.26	14.00	17.08	9.36	8.82	0	0	0
Infectio	6	90	82	110	20	10	4	0	0
	1.86	27.95	25.47	34.16	6.21	3.11	1.24	0	0
	11.11	30.72	27.33	19.37	11.70	14.71	13.33	0	0
Dentaire	13	35	37	60	25	6	1	0	1
	7.30	19.66	20.79	33.71	14.04	3.37	0.56	0	0.56
	24.07	11.95	12.33	10.56	14.62	8.82	3.33	0	100
Ophthalmo	0	1	4	6	1	0	0	0	0
	0	8.33	33.33	50	8.33	0	0	0	0
	0	0.34	1.33	1.06	0.58	0	0	0	0
ORL	0	2	7	10	0	1	0	0	0
	0	10	35.00	50	0	5.00	0	0	0
	0	0.68	2.33	1.76	0	1.47	0	0	0
Digestif	0	7	17	39	17	4	1	0	0
	0	8.24	20	45.88	20	4.71	1.18	0	0
	0	2.39	5.67	6.87	9.94	5.88	3.33	0	0
Endoc/nutri	0	0	2	1	16	6	5	0	0
	0	0	6.67	3.33	53.33	20	16.67	0	0
	0	0	0.67	0.18	9.36	8.82	16.67	0	0
Neuro	5	8	5	5	1	0	0	0	0
	20.83	33.33	20.83	20.83	4.17	0	0	0	0
	9.26	2.73	1.67	0.88	0.58	0	0	0	0
Gyn/Obst	0	3	3	19	3	0	0	0	0
	0	10.71	10.71	67.86	10.71	0	0	0	0
	0	1.02	1.00	3.35	1.75	0	0	0	0
Urologie	0	1	3	7	1	0	1	0	0

	0	7.69	23.08	53.85	7.69	0	7.69	0	0
	0	0.34	1.00	1.23	0.58	0	3.33	0	0
Dermato	1	13	10	35	5	1	0	0	0
	1.54	20	15.38	53.85	7.69	1.54	0	0	0
	1.85	4.44	3.33	6.16	2.92	1.47	0	0	0
Hémato	3	0	1	3	0	0	5	0	0
	25.00	0	8.33	25.00	0	0	41.67	0	0
	5.56	0	0.33	0.53	0	0	16.67	0	0
Traumato	12	66	54	85	31	4	1	0	0
	4.74	26.09	21.34	33.60	12.25	1.58	0.40	0	0
	22.22	22.53	18.00	14.96	18.13	5.88	3.33	0	0
Rhumato	0	7	7	34	11	8	3	0	0
	0	10	10	48.57	15.71	11.43	4.29	0	0
	0	2.39	2.33	5.99	6.43	11.76	10	0	0
Psychiatrie	3	3	10	37	13	10	1	0	0
	3.90	3.90	12.99	48.05	16.88	12.99	1.30	0	0
	5.56	1.02	3.33	6.51	7.60	14.71	3.33	0	0
Divers	0	4	1	2	0	7	0	2	0
	0	25.00	6.25	12.50	0	43.75	0	12.50	0
	0	1.37	0.33	0.35	0	10.29	0	100	0
Prevention	2	1	4	6	4	1	1	0	0
	10.53	5.26	21.05	31.58	21.05	5.26	5.26	0	0
	3.70	0.34	1.33	1.06	2.34	1.47	3.33	0	0
Soins IDE	0	16	8	4	1	1	0	0	0
	0	53.33	26.67	13.33	3.33	3.33	0	0	0
	0	5.46	2.67	0.70	0.58	1.47	0	0	0

Pathologies (principales et associées) en fonction du sexe :

Frequency Row Pct Col Pct	Homme	Femme
Cardio/vasculaire	29 96.67 2.19	1 3.33 0.62
Respiratoire	193 95.07 14.57	10 4.93 6.17
Infectieux	311 96.58 23.47	11 3.42 6.79
Dentaire	156 87.64 11.77	22 12.36 13.58
Ophtalmologie	12 100 0.91	0 0 0
ORL	17 85.00 1.28	3 15.00 1.85
Digestif	66 77.65 4.98	19 22.35 11.73

Endoc/nutrition	16	14
	53.33	46.67
	1.21	8.64
Neurologique	18	6
	75.00	25.00
	1.36	3.70
Gyn/Obst	1	27
	3.57	96.43
	0.08	16.67
Urologie	10	3
	76.92	23.08
	0.75	1.85
Dermatologie	63	2
	96.92	3.08
	4.75	1.23
Hématologie	3	9
	25.00	75.00
	0.23	5.56
Traumato	248	5
	98.02	1.98
	18.72	3.09
Rhumato/loco	65	5
	92.86	7.14
	4.91	3.09
Psychiatrie	56	21
	72.73	27.27
	4.23	12.96
Divers	13	3
	81.25	18.75
	0.98	1.85
Prévention	18	1
	94.74	5.26
	1.36	0.62
Soins IDE	30	0
	100	0
	2.26	0

Pathologies (principales et associées) en fonction du lieu de résidence :

Frequency Row Pct Col Pct	SDF	CHRS	Particulier	Perso	GSF	Secours catho	Emmaüs
Cardio/vascu	22	7	1	6	0	0	0
	61.11	19.44	2.78	16.67	0	0	0
	1.62	3.65	33.33	11.32	0	0	0
Respi	204	14	1	7	0	0	2
	89.47	6.14	0.44	3.07	0	0	0.88
	15.02	7.29	33.33	13.21	0	0	66.67
Infectieux	323	25	0	11	0	0	0
	89.97	6.96	0	3.06	0	0	0
	23.78	13.02	0	20.75	0	0	0

Dentaire	170	15	0	1	0	0	0
	91.40	8.06	0	0.54	0	0	0
	12.52	7.81	0	1.89	0	0	0
Ophtalmo	12	0	0	0	0	0	0
	100	0	0	0	0	0	0
	0.88	0	0	0	0	0	0
ORL	16	4	0	1	0	0	0
	76.19	19.05	0	4.76	0	0	0
	1.18	2.08	0	1.89	0	0	0
Digestif	66	29	0	2	0	0	0
	68.04	29.90	0	2.06	0	0	0
	4.86	15.10	0	3.77	0	0	0
Endoc/nutri	14	5	0	8	0	4	0
	45.16	16.13	0	25.81	0	12.90	0
	1.03	2.60	0	15.09	0	80	0
Neuro	19	6	0	0	0	0	0
	76.00	24.00	0	0	0	0	0
	1.40	3.13	0	0	0	0	0
Gynéco/obst	9	16	0	0	3	0	0
	32.14	57.14	0	0	10.71	0	0
	0.66	8.33	0	0	75.00	0	0
Uro	12	2	0	1	0	0	0
	80	13.33	0	6.67	0	0	0
	0.88	1.04	0	1.89	0	0	0
Dermato	71	1	1	2	0	0	0
	94.67	1.33	1.33	2.67	0	0	0
	5.23	0.52	33.33	3.77	0	0	0
Hémato	5	7	0	0	0	0	0
	41.67	58.33	0	0	0	0	0
	0.37	3.65	0	0	0	0	0
Traumato	235	27	0	2	0	0	0
	89.02	10.23	0	0.76	0	0	0
	17.30	14.06	0	3.77	0	0	0
Rhumato	66	5	0	0	0	1	0
	91.67	6.94	0	0	0	1.39	0
	4.86	2.60	0	0	0	20	0
Psy	56	25	0	3	0	0	1
	65.88	29.41	0	3.53	0	0	1.18
	4.12	13.02	0	5.66	0	0	33.33
Divers	9	0	0	8	1	0	0
	50	0	0	44.44	5.56	0	0
	0.66	0	0	15.09	25.00	0	0
Dépistage	20	3	0	1	0	0	0
	83.33	12.50	0	4.17	0	0	0
	1.47	1.56	0	1.89	0	0	0
Soins IDE	29	1	0	0	0	0	0
	96.67	3.33	0	0	0	0	0
	2.14	0.52	0	0	0	0	0

Données manquantes : 1360

Pathologies (principales et associées) en fonction du statut administratif :

Frequency Row Pct Col Pct	Sans- papiers	DA	Citoyen euro	Etudiant	Titre séjour
Cardio/vascu	21	8	4	0	3
	58.33	22.22	11.11	0	8.33
	1.47	8.79	8.00	0	7.14
Respi	205	13	4	1	5
	89.91	5.70	1.75	0.44	2.19
	14.32	14.29	8.00	33.33	11.90
Infectieux	315	18	10	1	15
	87.74	5.01	2.79	0.28	4.18
	22.00	19.78	20	33.33	35.71
Dentaire	174	3	7	0	2
	93.55	1.61	3.76	0	1.08
	12.15	3.30	14.00	0	4.76
Ophtalmo	12	0	0	0	0
	100	0	0	0	0
	0.84	0	0	0	0
ORL	20	1	0	0	0
	95.24	4.76	0	0	0
	1.40	1.10	0	0	0
Digestif	82	7	1	0	7
	84.54	7.22	1.03	0	7.22
	5.73	7.69	2.00	0	16.67
Endoc/nutri	26	5	0	0	0
	83.87	16.13	0	0	0
	1.82	5.49	0	0	0
Neuro	25	0	0	0	0
	100	0	0	0	0
	1.75	0	0	0	0
Gynéco/obst	28	0	0	0	0
	100	0	0	0	0
	1.96	0	0	0	0
Uro	14	1	0	0	0
	93.33	6.67	0	0	0
	0.98	1.10	0	0	0
Dermato	66	5	3	0	1
	88.00	6.67	4.00	0	1.33
	4.61	5.49	6.00	0	2.38
Hémato	12	0	0	0	0
	100	0	0	0	0
	0.84	0	0	0	0
Traumato	240	14	6	1	3
	90.91	5.30	2.27	0.38	1.14
	16.76	15.38	12.00	33.33	7.14
Rhumato	67	4	1	0	0
	93.06	5.56	1.39	0	0
	4.68	4.40	2.00	0	0
Psy	60	9	11	0	5
	70.59	10.59	12.94	0	5.88
	4.19	9.89	22.00	0	11.90

Divers	17	1	0	0	0
	94.44	5.56	0	0	0
	1.19	1.10	0	0	0
Dépistage	18	2	3	0	1
	75.00	8.33	12.50	0	4.17
	1.26	2.20	6.00	0	2.38
Soins IDE	30	0	0	0	0
	100	0	0	0	0
	2.09	0	0	0	0

Orientation selon le type de diagnostic principal :

Frequency Row Pct Col Pct	Pas d'orientation	Urgences	Urgences gynéco	Urgences psy
Cardio/vascu	26	4	0	0
	86.67	13.33	0	0
	1.81	8.89	0	0
Respiratoire	195	8	0	0
	96.06	3.94	0	0
	13.55	17.78	0	0
Infectieux	317	5	0	0
	98.45	1.55	0	0
	22.03	11.11	0	0
Dentaire	177	1	0	0
	99.44	0.56	0	0
	12.30	2.22	0	0
Ophtalmo	12	0	0	0
	100	0	0	0
	0.83	0	0	0
ORL	20	0	0	0
	100	0	0	0
	1.39	0	0	0
Digestif	77	7	1	0
	90.59	8.24	1.18	0
	5.35	15.56	50	0
Endoc/nutrition	30	0	0	0
	100	0	0	0
	2.08	0	0	0
Neuro	23	1	0	0
	95.83	4.17	0	0
	1.60	2.22	0	0
Gyneco/obst	27	0	1	0
	96.43	0	3.57	0
	1.88	0	50	0
Uro	12	1	0	0
	92.31	7.69	0	0
	0.83	2.22	0	0
Dermato	64	1	0	0
	98.46	1.54	0	0
	4.45	2.22	0	0

Hémato	11	1	0	0
	91.67	8.33	0	0
	0.76	2.22	0	0
Traumato	243	10	0	0
	96.05	3.95	0	0
	16.89	22.22	0	0
Rhumato	69	1	0	0
	98.57	1.43	0	0
	4.79	2.22	0	0
Psy	72	4	0	1
	93.51	5.19	0	1.30
	5.00	8.89	0	100
Divers	16	0	0	0
	100	0	0	0
	1.11	0	0	0
Prévention/ vaccination	18	1	0	0
	94.74	5.26	0	0
	1.25	2.22	0	0
Soins IDE	30	0	0	0
	100	0	0	0
	2.08	0	0	0

AUTEUR : Nom : WYTS

Prénom : Justine

Date de soutenance : 7 janvier 2021

Titre de la thèse : Etude épidémiologique descriptive de l'état de santé des patients migrants consultant à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier de Calais de novembre 2018 à avril 2019.

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : migrant, santé des migrants, PASS, précarité, accès aux soins.

Résumé :

Introduction : Deux ans après le démantèlement de la « Jungle » de Calais, les migrants sont toujours présents mais moins nombreux et dispersés dans plusieurs petits campements. Leurs conditions de vie restent précaires et l'intensification des contrôles à la frontière rend la traversée vers l'Angleterre encore plus dangereuse. La PASS, principal lieu de prise en charge en soins primaires de ces migrants, en fait le constat. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques socio-démographiques et les pathologies des migrants consultant à la PASS de Calais de novembre 2018 à avril 2019.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale monocentrique. Ont été inclus les patients de nationalité étrangère consultant à la PASS de Calais pour un motif médical. Il a été choisi de sélectionner les dossiers issus des consultations effectuées les deux premières semaines de chaque mois. Les pathologies observées ont été uniformisées en utilisant la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'OMS puis elles ont été regroupées par une approche simplifiée proche des grands chapitres de la CIM 10.

Résultats : Au total, 1604 dossiers de consultations ont été inclus et 1489 analysés. Les patients sont en majorité des hommes (89,6%) jeunes (26,4 ans en moyenne). Pour la plupart, ils vivent à la rue (84,4%), n'ont pas de couverture sociale (94,3%) et sont en situation administrative irrégulière (89,1%). Les mineurs représentent 24% et sont le plus souvent des Mineurs Non Accompagnés non pris en charge par l'état (80,2%). 45 nationalités sont représentées, réparties majoritairement entre le Moyen-Orient (53,9%) et l'Afrique de l'Est (24,3%). Les principaux regroupements de pathologies présentés sont infectieux (22,2%), traumatologiques (16,3%), respiratoires (14,1%) et dentaires (11,5%). La gale (13,4%), les douleurs dentaires (11,8%), et les infections respiratoires basses (5,9%) sont les diagnostics les plus fréquents. Les pathologies psychiatriques représentent 5,25%. Chez les femmes, ce sont les diagnostics gynécologiques (16,7%), dentaires (13,6%) et psychiatriques (13,0%) que l'on retrouve le plus. Les pathologies observées sont le plus souvent bénignes. Les patients ne présentent pas de pathologie d'importation mais des pathologies acquises lors de la migration et sur le territoire d'arrivée. Ce constat n'a pas évolué depuis 2015 : les migrants sont moins nombreux mais présentent le même type de pathologie.

Conclusion : Ces résultats vont dans le sens du « healthy migrant effect » à savoir que les migrants sont en meilleure santé que la population générale lorsqu'ils entreprennent le parcours migratoire mais que les déterminants sociaux et les conditions d'accueil ont un impact sur leur santé une fois arrivée. Ainsi, l'amélioration des conditions de vie, la facilitation de l'accès au soin, la prise en charge adaptée de la santé mentale ainsi que le développement des actions de prévention paraissent indispensables à l'amélioration de leur santé. Enfin, la situation des MNA et des femmes semble préoccupante et il serait pertinent de la développer dans le futur.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Grégoire FICHEUR

Assesseurs : Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Isabelle ALACARAZ

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guy-Serge KESSY