



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**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 menée sur
l'année 2014**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 3 novembre 2016 à 18h
Au Pôle Formation
Par Anthony HENDRYCKS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric SENNEVILLE

Monsieur le Professeur Jean-Claude GRANRY

Madame le Docteur Isabelle ALCALRAZ

Monsieur le Docteur Frédéric BATTIST

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Frédéric BATTIST

Avertissement

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

Liste des abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVP : Accident de la Voie Publique

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHAUH : Centre d'Hébergement et d'Accueil des Urgences Humanitaire

CO : Monoxyde de Carbone

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CIV : Communication Inter-Ventriculaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNH : Certificat de Non-Hospitalisation

COMEDE : Comité Médical pour les Exilés

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EEG : Electro-Encéphalogramme

EI : Endocardite Infectieuse

FSUV : Fond pour les Soins Urgents et Vitaux

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

NC : Non-Complicé

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

OPN : Os Propre du Nez

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

SAU : Service d'Accueil et d'Urgences

SCAM : Sortie Contre Avis Médical

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

SSH : Soins de Suite d'Hospitalisations

SSR : Soins de suite et de rééducation

TDM : Tomodensitométrie

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UMCRA : Unité Médicale du Centre de Rétenion Administrative

USC : Unité de Soins Continus

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodéficiencie Humaine

VPPB : Vertige Paroxystique Positionnel Bénin

Table des matières

INTRODUCTION.....	12
Etat des lieux.....	14
1/ Contexte.....	14
2/ Les migrants dans le Calais.....	15
A/ Données historiques et démographiques.....	15
1) Historique de la migration à Calais.....	15
2) Données démographiques.....	15
B/ Conditions de vie et évolution.....	16
C/ Particularités des migrants du Calais.....	18
3/ Etat de santé des migrants	19
A/ Généralités.....	19
B/ Pathologies des migrants.....	21
1) Pathologies infectieuses.....	21
2) Pathologies chroniques.....	22
3) Pathologies circonstanciées.....	22
A) Pathologies liées aux conditions de vie.....	22
B) Pathologies psychiatriques.....	22
C) Pathologies liées aux tentatives de passage.....	22
C/ Patients migrants et recours au SAU.....	23
D/ Patients migrants et protection sociale.....	24
E/ Offre de soins pour les migrants dans le Calais en 2014.....	25
1) les acteurs.....	25
A) La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	25
B) Les Associations.....	26
C) Service d'Accueil et d'Urgences de l'hôpital de Calais.....	27
2) Organisation de l'offre de soins en 2014 et évolution.....	27
MATERIEL ET METHODE.....	28
1/ Type d'étude.....	28
2/ Objectif principal.....	28
3/ Objectifs secondaires.....	28
4/ Critères d'inclusion.....	28
5/ Période d'étude.....	29
6/ Recueil de données.....	29
7/ Données recueillies.....	30
8/ Analyse statistique.....	32
9/ Recherche bibliographique.....	33
RESULTATS.....	34
1/ Données épidémiologiques.....	34
A/ Activité des urgences concernant la population migrante.....	34
B/ Age.....	34
C/ Sexe.....	35
D/ Origine géographique.....	36
E/ Délai d'arrivée sur le territoire Français.....	37

2/ Données relatives à l'admission au SAU	38
A/ Répartitions mensuelles des admissions	38
B/ Répartition quotidienne des admissions	39
C/ Mode d'admission au SAU	40
D/ Motif de recours au SAU	42
E/ Moyen d'expression	43
F/ Recours à un traducteur	44
G/ Classification CIMU à l'admission	45
H/ Délai entre l'apparition de la symptomatologie et l'admission au SAU	45
3/ Données relative à la prise en charge	46
A/ Recours à la paraclinique	46
1) Recours à l'imagerie.....	46
2) Recours à la biologie.....	46
3) Recours à un examen paraclinique autre.....	47
B/ Recours aux avis spécialisés	47
C/ Thérapeutiques employées	48
1) Utilisation d'un traitement médicamenteux.....	48
2) Utilisation d'un traitement chirurgical.....	48
3) Utilisation d'un traitement réanimatoire.....	50
D/ Durée du séjour au SAU	52
4/ Devenir des migrants admis au SAU	52
A/ Orientation	52
B/ Hospitalisation	53
C/ Séjour prolongé en UHCD	55
5/ Pathologie du migrant au SAU de Calais en 2014	56
A/ Généralités	56
1) Diagnostics les plus fréquents.....	56
2) Spécialités d'organe.....	57
3) Mode de restitution des résultats.....	58
B/ Spécialités chirurgicales	59
1) Traumatologie.....	59
2) Chirurgie viscérale.....	67
3) Chirurgie Urologique.....	69
4) Neurochirurgie.....	72
5) ORL - Chirurgie maxillo-faciale – Stomatologie.....	74
6) Odontologie	76
7) Ophtalmologie.....	76
C/ Spécialités médicales	79
1) Maladies infectieuses.....	79
2) Hépto-gastro-entérologie.....	85
3) Pneumologie.....	87
4) Dermatologie.....	89
5) Endocrinologie.....	92
6) Rhumatologie.....	94
7) Gynécologie –Obstétrique.....	96
8) Hématologie.....	96
9) Neurologie.....	96
10) Cardiologie.....	98
11) Néphrologie.....	100
D/ Psychiatrie/ Addictologie	101
E/ Pathologies autres	104
DISCUSSION	107
CONCLUSION	122

ANNEXES.....	123
BIBLIOGRAPHIE.....	126

RESUME

Contexte : La présence des migrants sur le territoire Calaisien est un phénomène qui prend de l'ampleur. A l'issue du processus de migration, l'état de santé des populations migrantes se dégrade plus rapidement que celui des populations non-migrantes. L'accès aux soins pour ces populations est limité et les SAU constituent un recours privilégié. Les revues de pathologies menées en ambulatoire et en hospitalier montrent la prévalence de certaines pathologies : pathologies infectieuses, pathologies psychiatriques et pathologies obstétricales, mais nous ne disposons pas d'études décrivant les pathologies des migrants lorsqu'ils ont recours à un SAU.

Méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique, rétrospective monocentrique et exhaustive au SAU du CH de Calais au cours de l'année 2014.

Résultats : 1462 patients ont été inclus, il s'agissait principalement d'hommes jeunes. 59% ont été admis par les pompiers. 82% sont sortis directement. 29 % n'ont pas bénéficié d'examens paracliniques et la proportion d'urgences vitales était très faible. Les pathologies les plus fréquentes étaient la traumatologie (41.3%), principalement causées par des rixes et le plus souvent bénignes. Le deuxième motif d'admission concernait les maladies infectieuses (29.3%), acquises sur le territoire d'accueil. Les pathologies tropicales étaient rare et nous n'avons pas observé d'épidémies.

Conclusion : Un tiers des affections présentées par les migrants au SAU de Calais en 2014 relevaient de la médecine générale. Les raisons des admissions sont un manque d'accès aux soins primaires et une absence de régulation médicale.

INTRODUCTION

Les personnes qui entreprennent un processus de migration sont initialement en bonne santé. Cependant, il apparaît que leur état de santé se dégrade plus rapidement que celui de la population locale une fois ce processus achevé [1], en raison des conditions et des caractéristiques de vie et ce particulièrement pour les migrants en situation irrégulière.

Les revues de pathologies des patients migrants montrent la prévalence plus importante de certaines affections par rapport à la population générale [2]. En ambulatoire, ce sont les parasitoses intestinales, les psycho-traumatismes, les hépatites virales chroniques, la tuberculose ou encore le VIH. Dans le cadre hospitalier, une étude a été réalisée en 2007 [29] pour décrire les pathologies présentées par des patients bénéficiaires d'Aide Médicale d'Etat (AME) ou des soins urgents. Elle a mis en évidence la prédominance des pathologies obstétricales, des infections à VIH et de manière moins importante, des pathologies cardio-vasculaires, des allergies, des traumatismes, des maladies musculaires, affections neurologiques et autres troubles mentaux.

Les études montrent que les services d'urgences sont souvent utilisés par les migrants comme premier recours pour la consultation médicale et l'obtention des soins [3,22], en raison de leur facilité d'accès spatio-temporelle, de l'absence de barrière administrative, de la gratuité des soins mais surtout par absence d'alternatives pour la consultation médicale.

Toutefois, à ce jour, aucune étude n'a décrit la nature des affections présentées par les migrants lorsqu'ils ont recours à un service d'accueil et d'urgence.

Par ailleurs, la présence des migrants sur le territoire Calaisien et ses diverses répercussions sont un sujet d'actualité quasi-permanent dans les médias depuis le pic migratoire du printemps 2015.

La problématique est toutefois plus ancienne, puisque l'année 2014 avait également été marquée par une première poussée migratoire. La sous-préfecture de Calais avait en effet constaté que le nombre de migrants avait été multiplié par 5 entre décembre 2013 et décembre 2014, passant de 500 à 2500 migrants présents sur le territoire Calaisien.

Par cette étude, nous avons voulu décrire les pathologies présentées par la population migrante lorsqu'elle a recours à un SAU.

Etat des lieux

1/ Contexte

Situé à 35 kilomètres des côtes Anglaises, le Calais et la ville de Calais constituent le point le plus proche de l'Angleterre et de sa législation réputée plus favorable pour l'accès au travail et les demandes d'asile. Cette proximité géographique associée à l'intensité des flux de voyageurs et de marchandises entre le continent européen et le Royaume-Uni (Tunnel sous la manche, port de Calais, ...) font du Calais un endroit stratégique et privilégié pour les populations migrantes.

Si les phénomènes de migration dans le Calais existent depuis la fin des années 1980 et la chute du mur de Berlin, le nombre de migrants a augmenté depuis 2010, en raison des instabilités géopolitiques dans de nombreux pays d'Afrique et du Moyen-Orient. Au cours de l'année 2014 et surtout 2015, le territoire a connu une poussée migratoire exceptionnelle entraînant une augmentation significative de la population migrante présente sur le sol Calaisien.

Cependant, le durcissement de la répression aux frontières Anglaises (pays qui n'appartient pas à l'espace Schengen) a transformé Calais non plus en un endroit de transit, mais en un lieu de stationnement forcé et prolongé pour les populations migrantes.

Cet état de fait implique une organisation spécifique de la part de la population migrante et des autorités afin d'assurer les besoins primaires. Une adaptation progressive des moyens a été observée pour tenter d'améliorer l'habitat, l'alimentation et la santé de la population migrante.

2/ Les migrants dans le Calaisis

A/ Données historiques et démographiques

1) Historique de la migration à Calais

Les premiers migrants originaires d'Ukraine et d'Europe de l'Est sont arrivés dès 1985. Ceux-ci ont été rejoints au gré des conflits armés et instabilités politiques mondiales par les populations du Kosovo, d'Ethiopie et d'Afghanistan.

En 2010, les migrants affluants sont originaires d'Afrique de l'Est (Soudan, Erythrée) et ont été rejoints depuis le printemps 2014 par des migrants d'origine Syrienne ou Irakienne.

2) Données démographiques

Les populations migrantes sont des populations hétérogènes et difficiles à caractériser. En raison d'une situation de précarité administrative, il est difficile d'avoir des données démographiques exactes.

Cependant les estimations démographiques de la sous-préfecture de Calais ont fait état d'un premier pic migratoire au cours du premier semestre 2014.

Des estimations du nombre de migrants présents sur le territoire Calaisien sont fournies régulièrement. Ainsi, fin 2012, il y avait entre 200 à 300 migrants présents sur le territoire Calaisien. Le nombre n'a cessé de croître depuis avec 2500 migrants fin 2014 et plus de 6000 en octobre 2015. Entre octobre 2015 et mars 2016, il y a une baisse du nombre de migrants présents avant un nouveau pic migratoire avec une présence estimée à ce jour de quasiment 10 000 migrants sur le territoire Calaisien (cf. Figure 1).

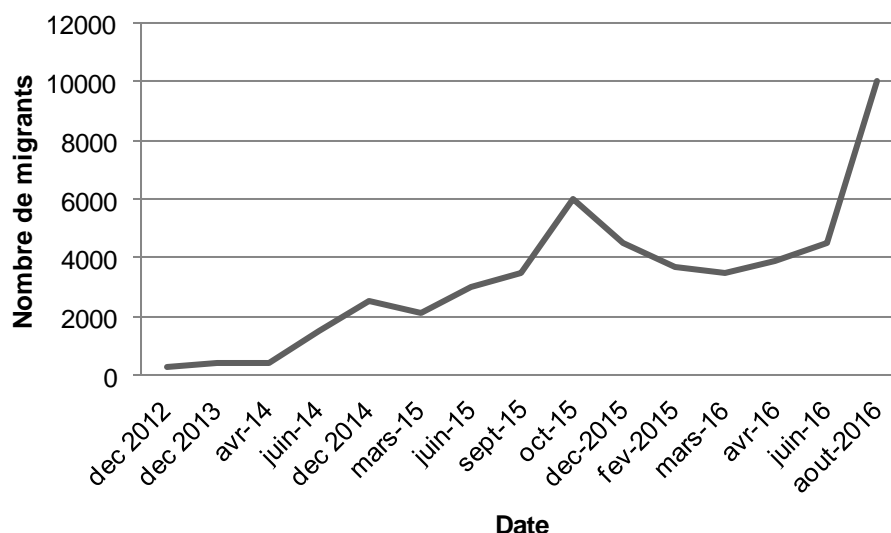


Figure 1 - Nombre de migrants présents sur le territoire Calaisien (source : sous-préfecture de Calais)

B/ Conditions de vie et évolution

A la fin des années 90, devant l'augmentation du nombre de migrants sur le territoire Calaisien, les dispositifs d'accueils se sont progressivement adaptés, afin d'offrir de meilleures conditions de vie pour ces populations. En 1999, le CHAUH de Sangatte (Centre d'Hébergement et d'Accueil d'Urgences Humanitaires) a ouvert sur un site réquisitionné à Eurotunnel, permettant un hébergement et un accès aux soins primaires. Le centre a été fermé en 2002, par le ministre de l'intérieur de l'époque, en raison d'une surpopulation.

En l'absence de solution de recours, les migrants se sont par la suite progressivement regroupés dans des campements de fortune ou des squats insalubres, à l'origine d'une dégradation considérable de leurs conditions de vie.

C'est dans ce contexte qu'est apparue la première « jungle », dans une zone proche de Calais où se sont regroupés jusqu'à 700 migrants. En raison des conditions insalubres et de la multiplication des problèmes d'insécurité, Eric Besson,

le ministre de l'immigration de l'époque, a décidé de démanteler cette « jungle » en septembre 2009, signifiant le retour dans des squats et dans divers camps dispersés dans la ville et en périphérie, notamment près du port de Calais.

En 2014 se développe la « new jungle », sur le site de l'usine Tioxide dans la zone industrielle des Dunes, située dans la lande où s'est formé un bidonville coincé entre rocade, zone industrielle et champ. C'est dans cette zone que s'est créé le centre d'accueil Jules Ferry en 2015.

Les migrants sont également logés dans des squats en ville, dans la promiscuité, le froid et l'humidité, sans sanitaire. Ces squats sont régulièrement démantelés par la police. Ils tentent d'organiser des conditions de vie décentes aidés par les bénévoles et les associations locales.

En raison du pic migratoire constaté à l'époque et afin de subvenir aux besoins alimentaires des migrants, les associations ont dû s'adapter en 2014, en passant de deux distributions à une distribution unique de repas le soir.

Peu de douches ou de sanitaires sont disponibles. Les associations se mobilisent régulièrement pour des collectes de vêtements et de denrées alimentaires.

Les tentatives de passage en Angleterre, par tous les moyens, rythment la vie des migrants jours et nuits.

De nombreux faits-divers sont constatés, à l'origine de tension grandissante, avec les forces de l'ordre et la population Calaisienne, et on constate de nombreux faits de violences avec notamment les passeurs.

C/ Particularités des migrants du Calaisis

Les migrants présents à Calais ont fui majoritairement des situations de guerre et des risques d'atteintes de leur intégrité physique [5], c'est une migration humanitaire ou de refuge. Ils sont dans des situations d'urgences déclenchées par des conflits armés, à l'origine d'un bouleversement de leur condition et de leur mode de vie. Une enquête commanditée par Médecin Sans Frontières en 2015 [30] concernant les migrants de « la new jungle » a estimé que les migrants présents étaient jeunes et étaient principalement originaire d'Afghanistan et de la corne de l'Afrique.

Le parcours emprunté lors de cette fuite est varié en termes de temps et de pays traversés. Les migrants originaires de l'Afrique de l'Est présents sur le territoire Calaisien ont emprunté principalement le trajet qui passe la Libye, la mer méditerranée, l'Italie puis la France. La route dite « des Balkans » (qui passe par l'Iran, la Turquie, la Grèce, l'Europe de l'Est, l'Allemagne puis la France) est plus fréquentée par les migrants issues du Moyen-Orient. Le temps moyen du trajet estimé lors de l'étude est de 100 jours [30]. Une fois en France, le temps passé pour rejoindre Calais est bref et le trajet s'effectue principalement en train.

Lorsqu'ils arrivent à Calais, ils ont un état de santé fragilisé. De nombreux migrants interrogés lors de l'étude déclarent avoir subi des violences et des périodes de détention lors de leur parcours.

Leur objectif, une fois arrivés à Calais, est de passer en Angleterre, pays réputé pour ses conditions d'accueil plus favorables, afin de reconstruire une nouvelle vie. Calais n'est qu'un lieu de passage obligé sur leurs parcours et la plupart des migrants présents à Calais ne désirent pas s'installer durablement en France.

Le durcissement de la sécurité concernant l'accès autour des sites clés constaté au cours de l'année 2015 a entraîné un déplacement progressif d'une partie des migrants vers le Dunkerquois voire même la côte Belge.

Du point de vue législatif, la plupart des migrants présents sur le territoire Calaisien sont considérés comme "sans-papiers", car non demandeurs de titre de séjour. Dans ce sens, ils sont en situation irrégulière. Ils sont sous le coup d'une sanction administrative de type "Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière" [16]. Cet arrêté autorise l'administration à procéder à l'éloignement du migrant, au besoin par la force, ainsi que son placement en rétention administrative, à condition que cette notification lui soit remise en main propre.

3/ Etat de santé des migrants

A/ Généralités

Si l'état de santé des personnes qui entreprennent un processus de migration semblait, à l'origine, meilleur que celui des populations autochtones. C'est le «healthy migrant effect »[1] ou biais de sélection qui impose que pour entreprendre une migration, il faut être en bonne santé. Toutefois, il est apparu dans des études plus récentes [1] qu'à âge et sexe égal, l'état de santé des migrants apparaissait comme moins bon que celui de la population générale, et ce quel que soit le motif de migration.

On constate par ailleurs un effet délétère de la migration sur l'état de santé, avec une dégradation de celui-ci avec l'augmentation du temps de présence dans le pays d'accueil.

Au final, on constate des taux de mortalité et de morbidité supérieurs à ceux

de la population autochtone. Une étude réalisée en Guyane en 2009 pour comparer l'état de santé des populations (jugé en fonction de leur état de santé déclaré, de la déclaration de maladie chronique, ou de limitations fonctionnelles) en fonction de leur statut migratoire [14], montrait que les populations émigrées en Guyane déclaraient les plus mauvais indicateurs de santé.

Parmi les populations migrantes, les mineurs isolés, les femmes et les personnes en situations irrégulières sont particulièrement vulnérables en matière de santé.

Différentes hypothèses sont avancées pour expliquer ce phénomène, qu'il s'agisse d'une situation économique précaire dans le pays d'accueil, d'une perte du lien social et de la barrière informationnelle, ainsi que des difficultés d'accès aux soins [14].

L'ensemble de ces éléments a pour conséquence une absence de prévention du risque sanitaire et des diagnostics réalisés plus tardivement [16].

Par facilité de lecture et dans le but de rendre celle-ci plus fluide, le terme généraliste de migrants sera utilisé dans ce travail afin de caractériser les patients migrants.

B/ Pathologies des migrants

On retrouve le même type de pathologies entre les populations migrantes et les populations autochtones. Toutefois on constate que les prévalences sont plus élevées pour certains types de pathologies [25,26].

1) Pathologies infectieuses

Les migrants présentent des risques accrus vis-à-vis de certaines maladies infectieuses [16;22], en raison de l'absence d'accès à la prévention, des mauvaises conditions de migration et des situations de grande précarité sur le territoire d'accueil (manque d'accès à l'eau potable ou à une alimentation saine, ou une mauvaise gestion des déchets [23;24]).

Ces maladies infectieuses peuvent être décrites en fonction de leur mode d'acquisition, ainsi on retrouve :

- Les pathologies infectieuses contractées dans le pays d'origine qui sont surtout les parasitoses et les mycoses, notamment la schistosomiase, la strongyloidase ou encore le paludisme [12], dont la prévalence est directement liée à celle du pays d'origine.
- Les pathologies infectieuses acquises sur le territoire d'accueil qui sont en général des infections intéressant la sphère respiratoire et ORL. Elles sont plus fréquentes et plus graves que celles des populations autochtones.

On constate également que la prévalence des maladies transmises par le sang est plus élevée dans la population migrante que dans la population générale [11], en témoigne la prévalence plus élevée du VHB et du VIH. Il existe également une prévalence accrue de la syphilis et de la tuberculose.

En ce qui concerne la tuberculose par exemple, les migrants et spécialement ceux arrivés depuis moins de 5 ans dans le pays d'accueil, sont un groupe à risque de développement de la tuberculose [6]. En effet il apparaît qu'en moyenne, en fonction du pays de provenance, 50% des nouveaux cas dans un pays sur une année apparaissent dans ce groupe.

2) Pathologies chroniques

Le registre édité par le COMEDE [19], le comité pour la santé des personnes exilés, qui est une équipe pluridisciplinaire dont l'objectif est la prise en charge sanitaire et sociale des populations migrantes a mis en évidence la prévalence élevée des maladies cardio-vasculaires (65 pour 1000), du diabète (45 pour 1000), de l'asthme persistant (17 pour 1000), ainsi que des cancers, des handicaps et des insuffisances rénales chroniques parmi la population migrante [19].

3) Pathologies circonstancielles

A) Pathologies liées aux conditions de vie :

La migration de refuge désorganise le mode de vie des populations migrantes, elles sont dans une logique de survie dans des conditions défavorables.

Ces conditions favorisent le développement de pathologies en rapport avec cette précarité [5;27], que ce soit les pathologies liées au péril fécal, les toxoinfections alimentaires, les blessures non soignées, les épidémies de gales, les états de dénutrition ou de déshydratation ou encore les incendies et les intoxications au monoxyde de carbone.

B) Pathologies psychiatriques :

Les pathologies des migrants sont caractérisées par une prévalence importante des troubles psychiques [18], prenant leurs sources dans l'exil forcé sans possibilité de retours, dans les violences subies au travers des persécutions ou du processus de migration, dans les tortures ou autres violences sexuelles, ainsi que dans la perte des liens familiaux, des repères culturels et sociaux.

Ainsi sont surreprésentés les syndromes psycho-traumatiques et les syndromes dépressifs.

C) Pathologies liées aux tentatives de passage :

Elles sont essentiellement représentées par la traumatologie [9]. Ces traumatismes surviennent majoritairement lors d'AVP ou lors de rixes entre ethnies.

C/ Patients migrants et recours au SAU

Les SAU sont souvent utilisés comme premier recours, en raison de leur gratuité, leur facilité d'accès 24h sur 24 sans rendez-vous et sans barrière administrative. Par ailleurs, l'accès aux autres systèmes de soins est difficile pour cette population.

Les résultats des études menées sur le recours au SAU pour les populations migrantes sont contradictoires, en raison des caractéristiques différentes des migrants et des causes de leur migration, même si la plupart des études montrent une sur-utilisation des services d'urgences par les migrants [17;22]. Ainsi, il apparaît d'après une méta-analyse réalisée en 2012 [3] que globalement les migrants utilisaient de manière plus importante les SAU pour des motifs de recours pas toujours appropriés, notamment de nombreux motifs relevant d'une consultation de médecine générale.

Dans tous les cas, il apparait que les migrants tendent à utiliser les services d'urgences comme des services de soins primaires [18].

D/ Patients migrants et protection sociale

Il existe trois types de dispositifs de santé dans le système de soins Français, ce sont :

- les dispositifs de santé publique, assurant des missions de prévention,
- les dispositifs de soins de droits communs que sont les cabinets médicaux, les centres de santé et les hôpitaux publics, qui sont payants et accessibles pour les personnes possédant une assurance maladie, à l'exception des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- et enfin les dispositifs de soins gratuits assurés par les ONG.

L'historique du rapport entre migrants et sécurité sociale montre que les migrants ont tour à tour été exclus de la sécurité sociale en 1993 puis de la CMU en 1999, laissant la place à l'AME.

L'Aide Médicale d'Etat (AME), qui appartient à la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 [10], est un dispositif qui assure l'accès aux soins à des étrangers en situation irrégulière ne pouvant bénéficier ni de l'assurance maladie obligatoire, ni de la CMU. Les conditions d'accès sont une résidence en France supérieure à 3 mois et des revenus inférieurs à un plafond. L'AME concerne des soins de premier recours.

Les conditions d'accès à l'AME ont été révisées en 2010, fixant un droit d'entrée à 30 euros, la nécessité d'un accord préalable pour les soins coûteux et la restriction du « panier de soins, des actes, produits, et prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ».

En 2003, l'assurance-maladie a mis en place le Fond pour les Soins Urgents et Vitaux (FSUV), selon l'article L254-1 du code de l'action sociale et des familles, permettant la rémunération des hôpitaux assurant les soins des étrangers sans couverture maladie [18]. Elle vise à soutenir l'hôpital public face au risque de créance. Il ne s'agit pas d'un système de protection maladie, mais d'un mode de paiement des soins fournis en urgence par l'hôpital public.

Il n'appartient pas au patient lui-même de mettre en route la demande de prise en charge financière, c'est l'hôpital qui choisit ou non de requérir au fond.

La FSUV couvre les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la personne.

Les mineurs, quant à eux, ne relèvent pas du FSUV et sont concernés par l'AME droit commun, sans conditions d'ancienneté de résidence.

E/ Offre de soins pour les migrants dans le Calais en 2014

1) les acteurs

L'offre de soins est assurée par différents acteurs associatifs et médicaux qui travaillent ensemble afin d'assurer un parcours de soins approprié aux migrants.

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

Il s'agit d'une structure présente à proximité et dépendant des hôpitaux publics, qui a été mis en place suite à la loi de juillet 1998, dite "loi relative à la lutte contre l'exclusion" [18] avec pour mission de favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies.

Ce lieu a pour mission d'accueillir et prendre en charge les personnes en

situation de précarité, y compris les étrangers résidant en France depuis moins de 3 mois, lorsqu'ils sont exclus de l'AME (c'est-à-dire n'ayant ni droit ouvert ni droit potentiel à une protection maladie). Il vise à leur faciliter l'accès aux soins, en répondant aux soins primaires et en prenant en charge le volet social pour les personnes sans couverture sociale et ayant des difficultés dans l'accès aux soins.

Les conventions prévoient en cas de nécessité de prendre en charge les consultations externes, actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les traitements.

Le financement de ce service public obligatoire repose sur une demande explicite de chaque établissement hospitalier auprès de l'ARS, au titre des missions d'intérêt général, c'est à dire non tarifées à l'activité.

A Calais en 2014, les locaux de la PASS sont situés dans un préfabriqué à proximité de l'hôpital. Cette structure fonctionne sur la base de vacations volontaires. Un médecin, un traducteur, une infirmière et une assistante sociale y travaillent du lundi au vendredi de 14h à 17h30. Un chirurgien-dentiste y exerce deux fois par semaine.

On recensait en 2013 environ 7000 consultations pour les migrants et plus de 20000 en 2015.

B) les Associations (Médecins du Monde, Médecins sans Frontières,)

Elles agissent quotidiennement, sur les lieux de vie des migrants. Elles ont différentes missions, notamment de dépister les migrants les plus vulnérables ou ceux porteurs de pathologies afin de les soigner ou de les réorienter vers le centre hospitalier. Leur action permet d'améliorer l'accès aux soins et de réduire la vulnérabilité des migrants.

En dehors de la prise en charge médicale, elles assurent également une prise en charge sanitaire et socio-administrative.

C) Service d'Accueil et d'Urgences de l'hôpital de Calais

Le service des urgences de Calais comprend 9 box polyvalents d'examen, 3 box de traumatologie, 2 box de déchocage et 12 lits d'UHCD, géré par 5 médecins urgentistes et 3 internes en journée ; et 2 médecins urgentistes et 2 internes la nuit et le week-end.

40000 patients ont eu recours au service d'accueil et d'urgences de l'hôpital de Calais au cours de l'année 2014.

2) Organisation de l'offre de soins en 2014 et évolution

En 2014, la prise en charge médicale des migrants était assurée par la PASS, les associations et les urgences. Chaque acteur qui intervenait dans la santé des migrants travaillait de manière indépendante sans réelle coordination.

Depuis 2015 Suite à un rapport du Défenseur des droits [31] et sous l'impulsion de l'ARS et du ministère de la santé, un dialogue s'est progressivement construit entre les intervenants, à l'origine du développement d'un réseau de soins organisé.

Cette coordination s'est matérialisée par l'ouverture d'une deuxième PASS au sein du centre d'accueil Jules Ferry et par des rencontres mensuelles entre les différents intervenants.

L'offre de soins est désormais assurée par l'action coordonnée des différents acteurs associatifs et médicaux qui travaillent ensemble afin d'assurer un parcours de soins approprié aux migrants [27].

MATERIELS ET METHODES

1/ Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive.

Cette étude est rétrospective, monocentrique, observationnelle, réalisée dans le service des urgences du Centre Hospitalier de Calais.

2/ Objectif principal

Connaitre la pathologie des migrants à travers leurs recours au SAU. Nous décrirons les pathologies en fonction des spécialités d'organe.

3/ Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de connaitre les caractéristiques démographiques de la population étudiée, de décrire les conditions d'accès au SAU des migrants, d'évaluer l'importance de la barrière linguistique et d'évaluer le pourcentage de passage des migrants au SAU relevant de la médecine générale.

4/ Critères d'inclusion

Nous avons admis dans notre étude l'ensemble des patients, âgés d'au moins 15 ans et 3 mois, ayant consulté au SAU du CH Calais quel que soit le motif de recours.

Ne sont pas recensées les urgences pédiatriques ainsi que les urgences gynécologiques et obstétricales dont la prise en charge s'effectue dans d'autres locaux. Ont été incluses les patientes qui consultaient initialement aux urgences

générales et qui ont été orientées secondairement vers le SAU gynécologique ou obstétrique.

Aucun sujet n'a été exclu de l'étude et tous les dossiers ont été exploités. Le recueil a donc été exhaustif.

5/ Période d'étude

L'étude a été réalisée sur une année civile complète, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.

6/ Recueil de données

Les dossiers ont été extraits par le DIM sur la base du financement par le FSUV, ce qui a permis un recueil exhaustif.

Le logiciel utilisé était le logiciel CORA URGENCES.

L'ensemble des données concernant le patient et les caractéristiques de son séjour a été recueilli dans le dossier médical et paramédical informatisé du SAU. Pour préciser le diagnostic, les comptes rendus d'hospitalisation ont été analysés.

Les données ont été recueillies sur un tableur Excel, à partir des dossiers médicaux informatisés des patients retrouvé par un numéro de séjour non nominatif après déclaration à la commission national de l'informatique et des libertés (CNIL).

7/ Données recueillies

Les données recueillies concernaient les paramètres démographiques, l'admission au SAU, la prise en charge diagnostique et thérapeutique et l'orientation des patients.

➔ Données épidémiologiques :

- Age
- Sexe
- Origine géographique
- Délai d'arrivée sur le territoire Français

➔ Données relatives à l'admission au SAU :

- Mois d'admission
- Moment de la journée
- Mode d'admission au SAU :
 - Associations
 - Pompiers
 - Seul
 - SMUR
- Motif de recours au SAU :
- Langue parlée
 - Français
 - Anglais
 - Langue Orientale (Arabe, Pachoune ou Farci)
- Recours à un traducteur :
 - Non
 - Ressource interne (traducteur ou personnel du service parlant la

langue du patient)

- Ressource externe (accompagnateur pouvant traduire le dialecte du patient vers une langue connue du médecin)

- Classification CIMU à l'admission (Classification Infirmière des Malades aux Urgences), il s'agit d'une échelle de triage des symptomatologies en fonction de leur gravité, de 1 (le plus grave) à 5 (le moins grave) (cf. Annexe 1)
- Délai entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU

➔ Données relatives à la prise en charge au SAU :

- Recours à la paraclinique :
 - Recours à la biologie
 - Existence d'une anomalie à la biologie
 - Recours à un examen d'imagerie
 - Type d'imagerie demandé : TDM/ IRM/ Echographie/ Radiographie
 - Utilisation d'un examen paraclinique autre
- Recours à un avis spécialisé :
- Recours à un traitement :
 - Traitement médicamenteux
 - Traitement chirurgical
 - Traitement réanimatoire défini par une prise en charge dans un box de déchocage ou transfert en USC ou réanimation
- Durée du séjour

➔ Données relatives à la pathologie :

- Diagnostic
- Spécialité d'organe
- Etiologie

→ Données relatives à l'orientation :

- Sortie
- Hospitalisation dans un service de médecine
- Hospitalisation dans un service de chirurgie
- Hospitalisation prolongée en UHCD, qui est définie par un séjour d'une durée supérieure à 24h en UHCD.
- Fugue/ SCAM
- Transfert
- Décès

8/ Analyse statistique

Les variables étudiées étaient épidémiologiques, cliniques et évolutives.

L'analyse statistique a été effectuée par la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille.

Pour l'analyse descriptive univariée, les résultats ont été exprimés en figures et tableaux, en fréquences et pourcentages pour les valeurs qualitatives et en moyennes assorties de leur indice de dispersion pour les valeurs quantitatives.

Concernant les variables quantitatives, les indices de position calculés seront la moyenne et la médiane. Les indices de dispersion calculés seront respectivement la variance et l'étendue.

Concernant les variables qualitatives, l'indice de position calculé sera le pourcentage et l'indice de dispersion calculé sera la variance.

9/ Recherche bibliographique

La bibliographie a été établie à l'aide des moteurs de recherche EM premium, Google Scholar, Persée, *via* la plateforme du Service Commun de la Documentation de l'Université de Lille 2.

La liste des références a été réalisée à l'aide du logiciel ZOTERO® et classifiée selon la norme VANCOUVER.

RESULTATS

1/ Données épidémiologiques

A/ Activité des urgences concernant la population migrante

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014, 1462 migrants ont eu recours au service d'accueil et d'urgences générales de l'hôpital de Calais, soit en moyenne 4 migrants admis par jour.

B/ Age

L'âge moyen des migrants était de 25,3 ans.

L'âge minimum était de 14 ans et l'âge maximum était de 71 ans.

75 % des patients admis avaient un âge inférieur à 28 ans (cf. figure 2 et 3).

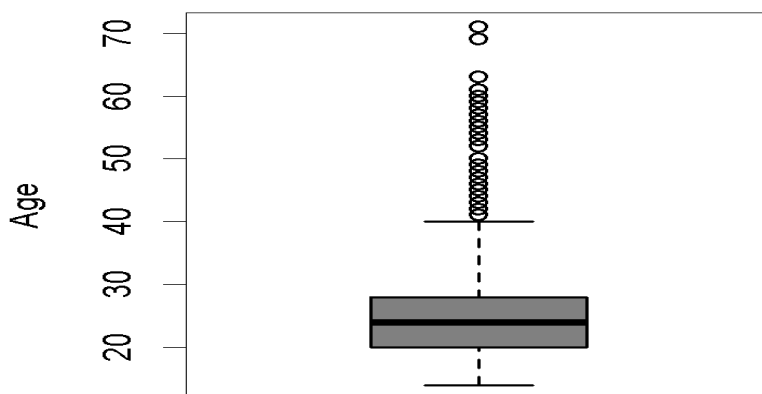


Figure 2 - Caractéristiques de l'âge des migrants

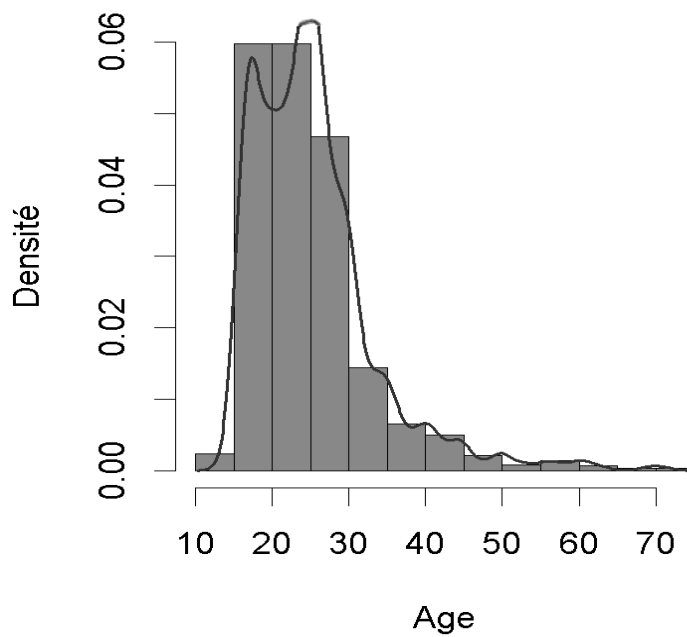


Figure 3 - Distribution de l'âge des migrants

C/ Sexe

93% (n=1358) des migrants admis étaient des hommes et 7 % des femmes (n=104) (Cf. Tableau 1).

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Féminin	104	7	[5.9-8.6]
Masculin	1358	93	[91.4-94.1]
Total valides	1462	100	-

Tableau 1 - Répartition du sexe des patients

D/ Origine géographique

24 nationalités différentes ont été retrouvées parmi les migrants admis.

A noter que pour 62 % des migrants (n=906), l'origine géographique n'a pas été notifiée dans le dossier médical lors du passage au SAU.

Parmi les patients dont l'origine est connue (n=556), les nationalités les plus représentées sont le Soudan avec 32 % des migrants originaires de ce pays, suivi de l'Erythrée avec 29%. Viennent ensuite les patients originaires d'Afghanistan (8 %), de Syrie (8%), d'Albanie (5%), du Pakistan (4%) et d'Egypte (3%). (cf. Figure 4)

Les zones géographiques d'où proviennent les migrants concernent essentiellement l'Afrique de l'Est (65%) et le Moyen-Orient (24%). Sont également représentés de manière moins importante, les migrants issus du Maghreb et l'Europe de l'est.

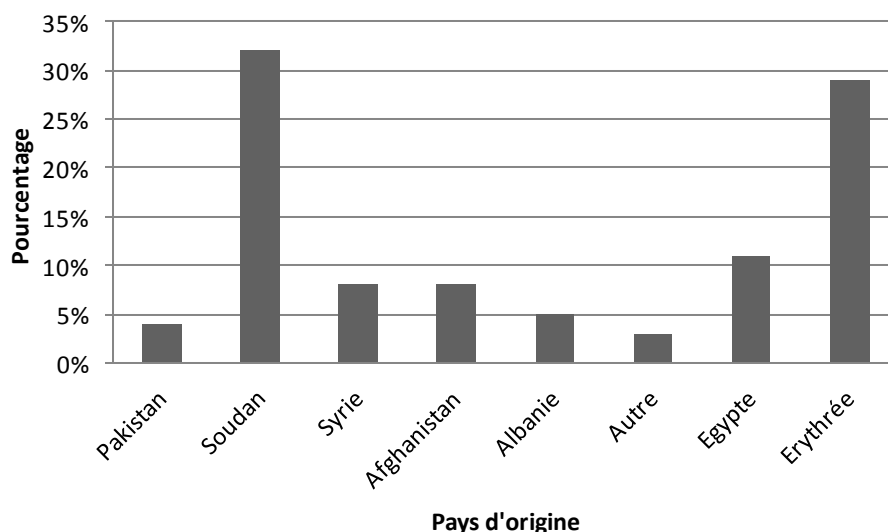


Figure 4 - Répartition de l'origine géographique des migrants admis au SAU

E/ Délai d'arrivée sur le territoire Français

Le délai d'arrivée sur le territoire Français a été notifié à 149 reprises, soit 10 % des admissions.

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français, avant le passage aux urgences était de 53 jours (cf. Figure 5). 75% des migrants admis aux urgences et dont le délai d'arrivée était notifié dans le dossier étaient arrivés avant 62 jours (cf. Figure 6).

Le délai minimum d'arrivée sur le territoire Français avant l'admission était de 1 jour et le maximum était de 1 an.

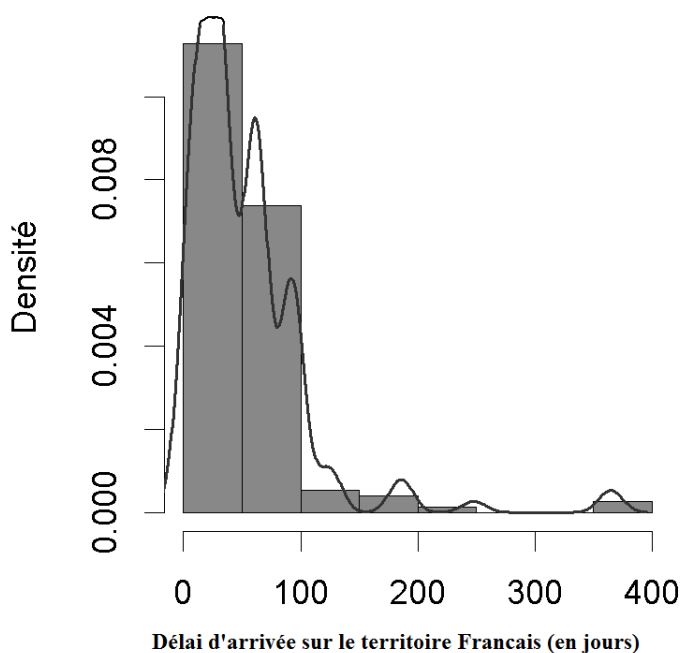


Figure 5 - Distribution du délai d'arrivée sur le territoire Français

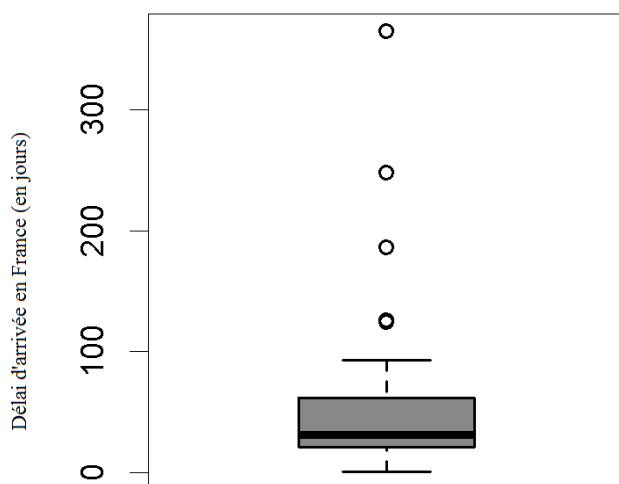


Figure 6 - Répartition du délai d'arrivée sur le territoire Français

2/ Données relatives à l'admission au SAU

A/ Répartition mensuelle des admissions

Les 1462 admissions au SAU se sont réparties par mois de la manière suivante (cf.

Figure 7).

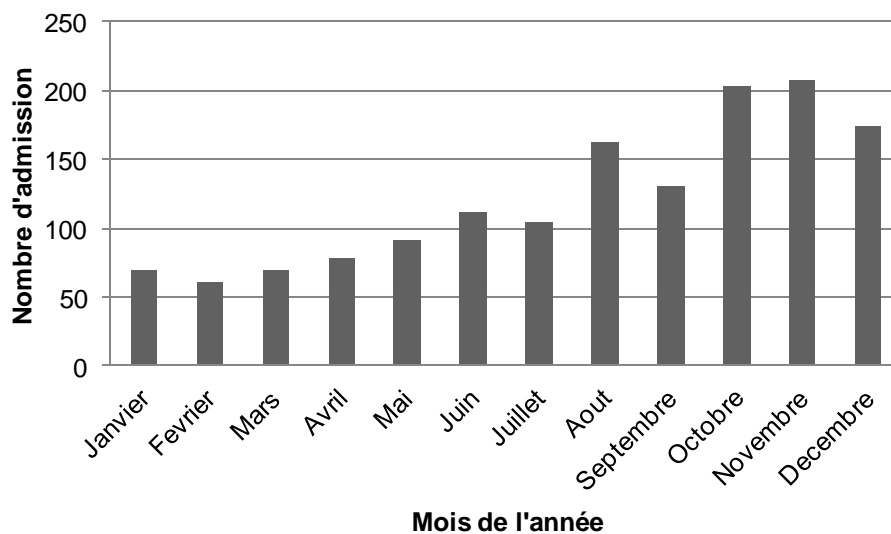


Figure 7 - Détail du nombre d'admission par mois

Le nombre d'admissions par mois a progressé tout au long de l'année avec trois à quatre fois plus d'admissions entre octobre et novembre 2014 (respectivement 203 et 207 admissions) qu'au début de l'année.

B/ Répartition quotidienne des admissions

La répartition des admissions sur une journée a été homogène.

Ainsi on retrouve 21 % des admissions le matin (8h00 - 13h), 30% des admissions l'après-midi (13h - 18h), 20 % en soirée (18h - 23h) et 29 % la nuit (23h - 8h).

Tableau 2 - Détail de la répartition des tranches horaires d'admission

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Matin	307	21	[18.9-23.2]
Après-midi	435	30	[27.4-32.2]
Soirée	289	20	[17.8-21.9]
Nuit	431	29	[27.2-31.9]
Total valides	1462	100	-

51% des admissions se sont fait entre 8h et 18h et 49% entre 18h et 8h (cf. Tableau 2 et figure 8).

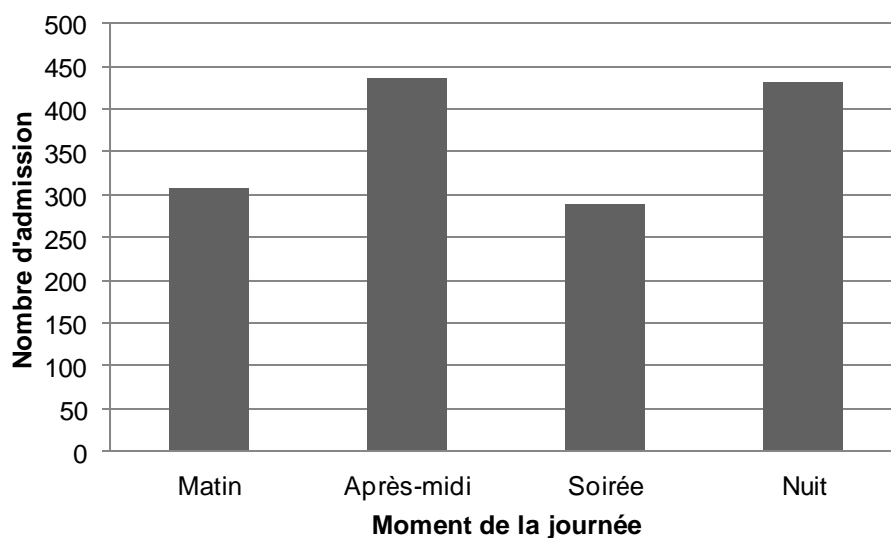


Figure 8 - Répartition des admissions en fonction des tranches horaires d'admission

C/ Mode d'admission au SAU

Parmi les 1462 patients admis, 59 % l'ont été par le biais des pompiers, 27 % sont arrivés par leurs propres moyens, 7 % ont été admis par le biais des forces de l'ordre, 4 % ont été adressés *via* la PASS et 2 % ont été admis *via* le SMUR (cf. tableau 3 ; cf. Figure 9).

Tableau 3 - Répartition du mode d'admission au SAU

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Ambulance	13	1	[0.5-1.6]
Association	9	1	[0.3-1.2]
PASS	62	4	[3.3-5.4]
Police	100	7	[5.6-8.3]
Pompiers	859	59	[56.3-61.4]
Seul	389	27	[24.4-29]
SMUR	26	2	[1.2-2.6]
UMCRA	1	0	[0-0.4]
Total valides	1459	100	-
Manquante	3	-	-

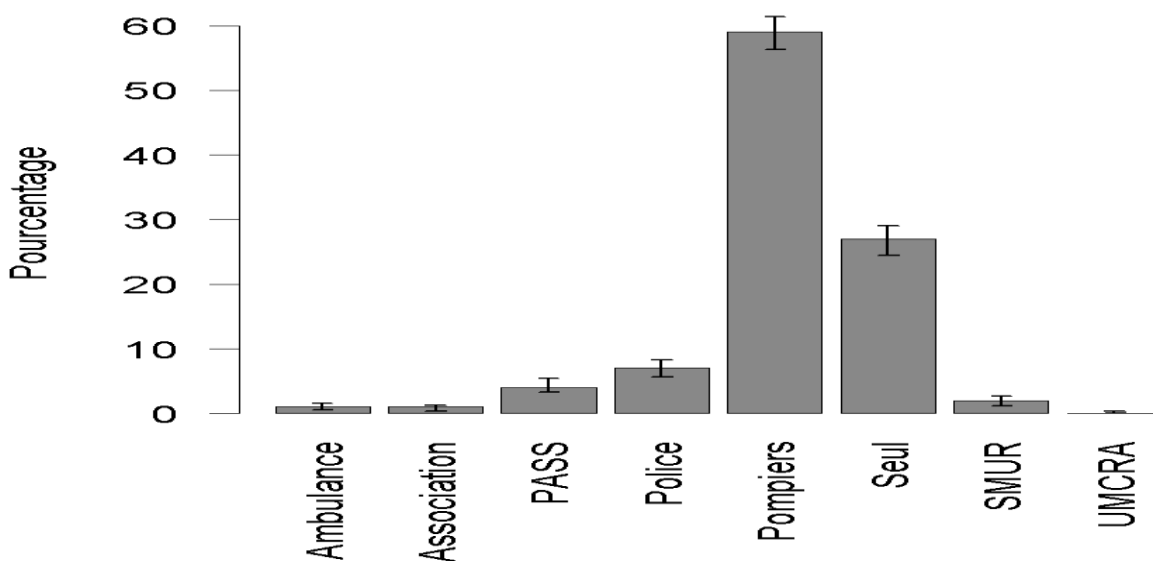


Figure 9 - Répartition du mode d'admission au SAU

Concernant la répartition des modes d'admission sur le nycthémère, on note un recours plus important aux pompiers la nuit (cf. Tableau 4 et Figure 10).

	Associations	PASS	Police	Pompiers	Seul	SMUR
Matin	<1%	<1%	3,60%	65%	28,80%	1%
Après-midi	1,10%	13,40%	1,80%	65,90%	36,80%	<1%
Soirée	1%	0%	5,90%	56,30%	34,30%	2,4
Nuit	0%	0%	15%	71,30%	10,60%	2,80%

Tableau 4- Répartition du mode d'admission en fonction du moment de la journée

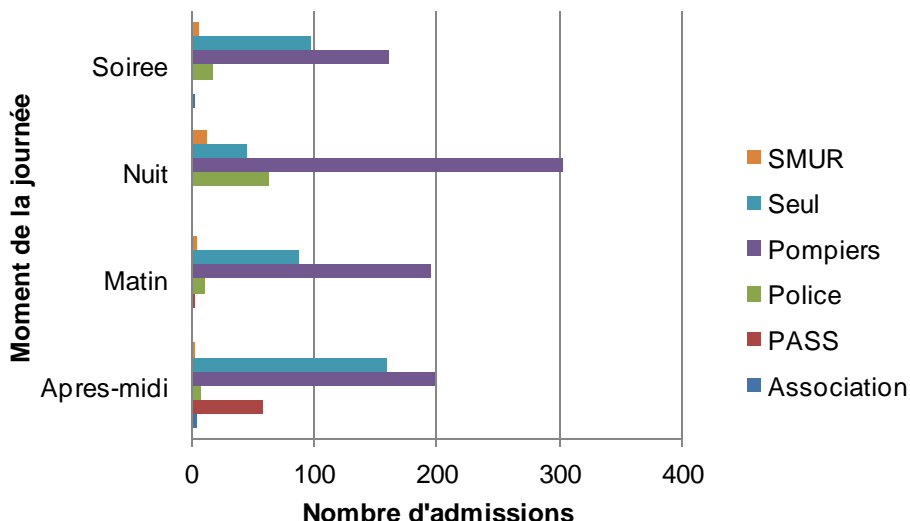


Figure 10- Répartition du mode d'admission en fonction du moment de la journée

D/ Motif de recours au SAU

78 motifs de recours répartis en 10 catégories différentes ont été constatés.

Les motifs de recours les plus fréquemment rencontrés étaient (cf. Figure 11) :

- Chute (n=277), soit 19% des admissions
- Rixe (n=249) soit 17% des admissions
- Douleurs abdominales (n=153), soit 10.5% des admissions
- Hyperthermie (n=77), soit 5.3% des admissions
- Toux (n=64), soit 4.3% des admissions
- Demande de certificat (n=61), soit 4.1% des admissions
- Malaise (n=51), soit 3.4%
- Œdèmes inflammatoire localisé (n=50), soit 3.4% des admissions
- AVP (n=49), soit 3.3% des admissions
- Troubles du comportement (n=42), soit 2.9% des admissions
- Douleurs thoraciques (n=42), soit 2.9% des admissions

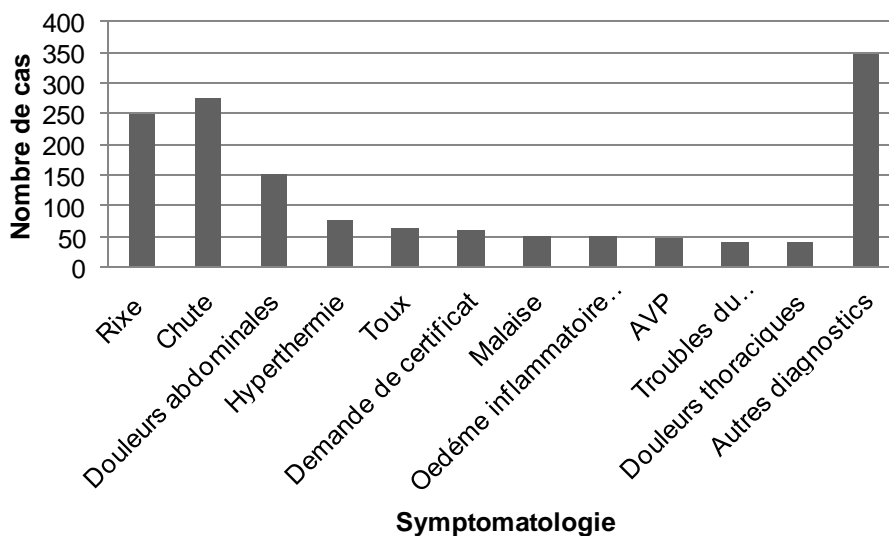


Figure 11 - Répartition des diagnostics

E/ Moyen d'expression

Le moyen d'expression des migrants admis au SAU a été renseigné à 437 reprises, soit 30% des cas.

Parmi les langues parlées, la langue orientale est retrouvée majoritairement (59%) et l'Anglais à 38 %. (Cf. figure 12).

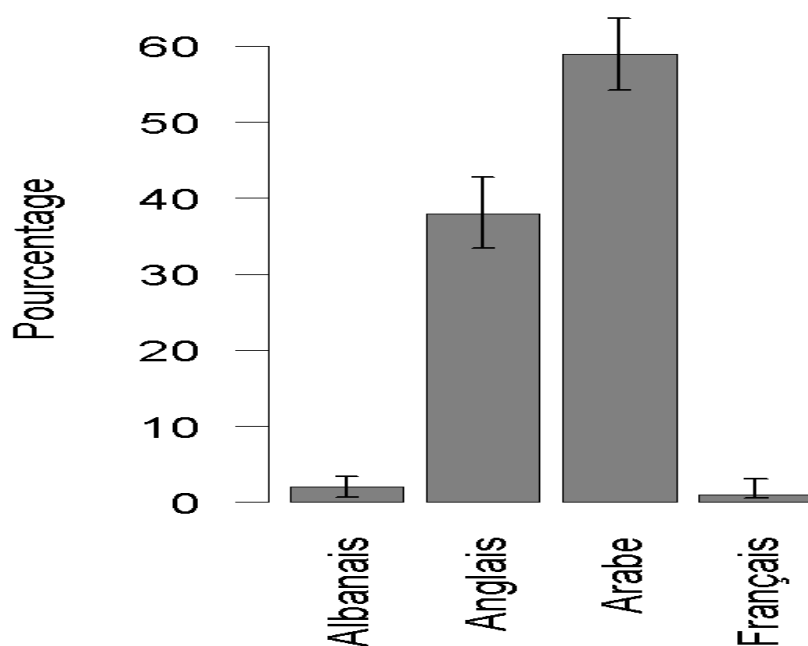


Figure 12 - Répartition des langues parlées par les migrants (en pourcentage)

F/ Recours à un traducteur

Lorsque les patients ne s'exprimaient pas dans un langage connu du médecin, dans 80.8% ils n'ont pas bénéficié d'un traducteur.

Pour les 19.2% des migrants, ayant bénéficié d'un traducteur, il s'agissait d'une ressource externe à l'hôpital à 34 reprises (soit 42%) et à 47 reprises (soit 58% des cas) d'une ressource interne (cf. Tableau 3).

Tableau 3 - Répartition de l'usage des traducteurs en fonction de langue parlée

Utilisation traducteur (%)	Non	Ressource externe	Ressource interne	Total général (en valeur absolue)
Albanais	17%	83%	0%	6
Anglais	98.5%	0.75%	0.75%	153
Langue orientale	71%	11%	18%	257
Total général (en valeur absolue)	341	34	47	422

G/ Classification CIMU à l'admission

On retrouve 74% de recours avec une classification CIMU 4, 18% de recours avec une classification CIMU 5 et 9% de classification CIMU 3.

4 patients ont été admis avec une classification CIMU 1 et 11 avec une classification CIMU 2 (cf. Figure 13).

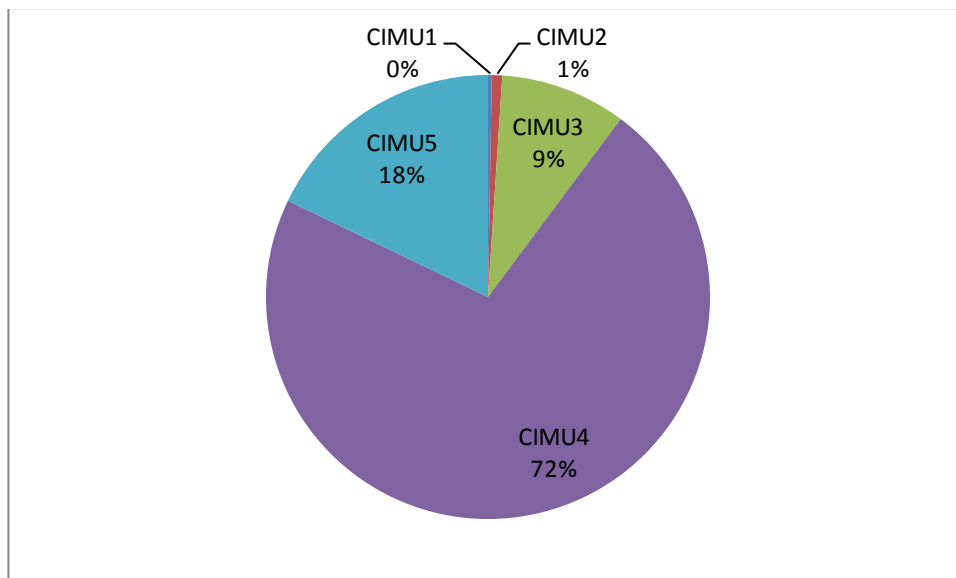


Figure 13 - Répartition des CIMU à l'admission (en pourcentage)

H/ Délai entre l'apparition de la symptomatologie et l'admission au SAU

Le délai entre l'apparition de la symptomatologie et l'admission au SAU a été signifié dans 685 cas (soit 46% des dossiers).

La médiane du délai entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU est de 24 heures. 75% des migrants admis avaient une symptomatologie apparue dans les 72h précédant l'admission au SAU.

Le délai maximum entre le début des symptômes et l'admission au SAU est de 1 an.

3/ Données relatives à la prise en charge

A/ Recours à la paraclinique

1) Recours à la biologie

52% des patients admis (n=752) n'ont pas bénéficié de biologie durant leur séjour.

Sur les 710 biologies qui ont été effectuées au cours de leur séjour au SAU, 61% étaient normales.

2) Recours à l'imagerie

51% des patients (n= 739) ont bénéficié d'un examen d'imagerie durant leur séjour.

Dans 76% des cas, il s'agissait d'un examen de radiologie standard (n=560), dans 19% des cas d'une tomodensitométrie (n=139) et dans 5% des cas d'une échographie (n=37). 3 patients ont bénéficié d'une IRM. (cf. Figure 14)

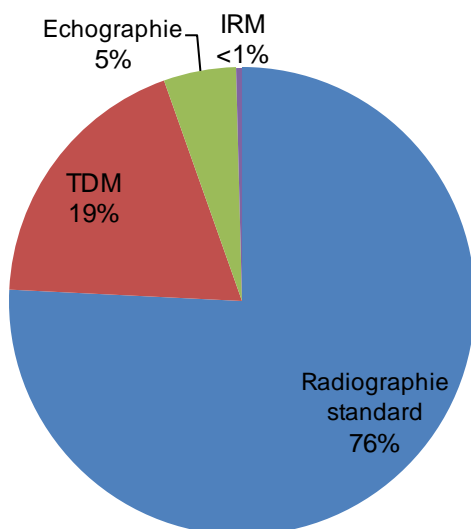


Figure 14 - Répartition des examens d'imagerie demandée

28.3 % (n=414) des patients admis au SAU n'ont bénéficié ni de biologie ni d'examen de radiologie.

3) Recours à un examen paraclinique autre

2% des patients admis (n=27) ont bénéficié d'un examen paraclinique. Les spécialités concernées étaient dans 26% des cas (n=7) l'hépto-gastro-entérologie, (fibroscopie oeso-gastro-dudodénale, coloscopie), dans 22% des cas (n=6) la pneumologie (fibroscopie bronchique), dans 11% des cas (n=3) la neurologie (EEG) et la psychiatrie (EEG).

B/ Recours aux avis spécialisés

23% des patients (n=334) ont bénéficié d'un avis spécialisé.

Les avis spécialisés concernaient en priorité les spécialités chirurgicales, avec en majorité des avis pris auprès des chirurgiens traumatologues (n=104), des chirurgiens viscéraux (n=26) et des chirurgiens urologiques (n=20) (cf. Tableau 8).

Recours à un avis spécialisé	Oui	Non	Total général
Addictologie	7%	93%	29
Cardiologie/Angiologie	55%	45%	32
Chirurgie viscérale	87%	13%	30
Dermatologie	8%	92%	44
Diabétologie/Endocrinologie	55%	45%	14
Gynécologie-Obstétrique	100%		6
Hématologie	100%		1
Hépto-gastro-entérologie	21%	79%	143
Maladies Infectieuses	18%	82%	99
Néphrologie	100%		3
Neurochirurgie	46%	54%	24
Neurologie	37.5%	62.5%	8
Ophthalmologie	15%	85%	20
ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale	32%	68%	79
Pneumologie	24%	76%	92
Psychiatrie	60%	40%	27
Rhumatologie	15%	85%	28
Odontologie		100%	18
Traumatologie Appareil Locomoteur	18%	82%	547
Urologie	41%	59%	49
Autre	5%	95%	110
Total général	334	1070	1402

Tableau 5 - Répartition des avis spécialisés

C/ Thérapeutiques employées

1) Utilisation d'un traitement médicamenteux

48% (n=702) des migrants admis ont bénéficié d'une thérapeutique médicamenteuse.

2) Utilisation d'un traitement chirurgical

5 % (n=76) des migrants admis au SAU ont bénéficié (n=77) d'un traitement chirurgical.

Dans 70% des cas (n=54), il s'agissait de chirurgie traumatologique, dans 20% des de la chirurgie viscérale (n=15) (cf. Figure 15).

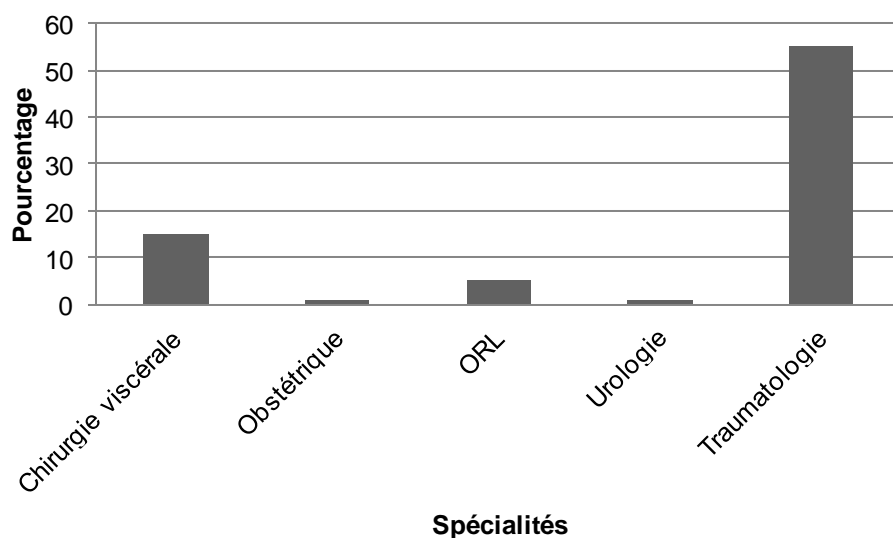


Figure 15- Répartition des traitements chirurgicaux par spécialités

Le tableau suivant présente le détail des traitements chirurgicaux par spécialités (hors traumatologie) :

Chirurgie viscérale	15
- Abscès cutané collecte	5
- Abscès retro rectal	1
- Abscès sous cutané collecte	3
- Appendicite aigue	3
- Cholécystite	1
- Dérivation gastro-jéjunale	1
- Plaie abdominale par arme a feu	1
Gynécologie-Obstétrique	1
- Grossesse extra-utérine	1
ORL	4
- Abscès cutané collecté sphère ORL	1
- Cellulite dentaire	1
- Cellulite faciale	2
Urologie	1
- Torsion testiculaire	1
Total	21

Tableau 6 - Détail des traitements chirurgicaux (en dehors de la traumatologie)

Le tableau suivant présente le détail des traitements chirurgicaux en rapport avec la traumatologie :

Traumatologie :	
- Abscès sous cutané collecté	2
- Arthrite septique	2
- Contusions multiples superficielles	1
- Fracture fermée bi malléolaire cheville	1
- Fracture fermée calcanéum	3
- Fracture fermée doigt	1
- Fracture fermée hallux	1
- Fracture fermée humérus	1
- Fracture fermée malléole interne	1
- Fracture fermée poignet	1
- Fracture fermée radius	2
- Fracture fermée scaphoïde	3
- Fracture fermée tibia	4
- Fracture ouverte doigt	1
- Fracture ouverte tibia	1
- Fractures fermées bi malléolaire	1
- Ongle incarné	1
- Panaris collecté	2
- Plaie infectée	3
- Plaie multiples suturée	1
- Plaie profonde membre inférieur	2
- Plaie profonde membre supérieur	17
- Plaie superficielle suturée faciale	1
- Plaie superficielle suturée membre inférieur	1
- Plaie superficielle suturée membre supérieur	1
Total général	55

Tableau 7 -Détail des diagnostics traitements chirurgicaux en rapport avec la traumatologie

3) Utilisation d'un traitement réanimatoire

2% des migrants (n=24) ont bénéficié de mesures réanimatoires, définies par une admission dans un box de déchocage ou une admission en USC.

Dans 42 % des cas (n=11), les mesures réanimatoires concernaient une étiologie infectieuse et dans 25% des cas (n=6), elles concernaient une étiologie traumatique (cf. Figure 16).

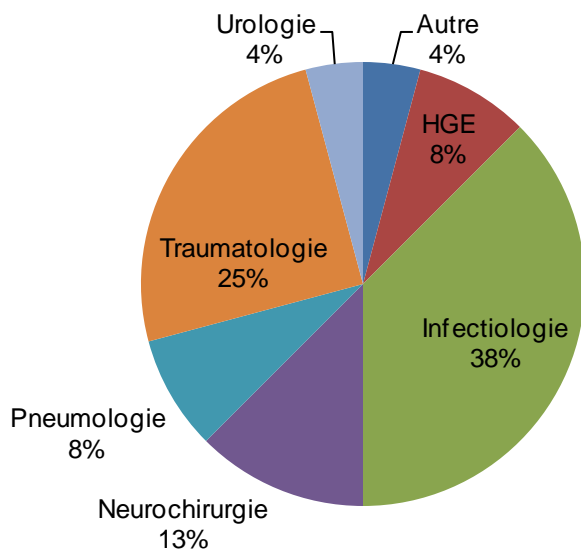


Figure 16 - Détails des spécialités concernées par les mesures réanimatoires

Le tableau suivant détaille les diagnostics rattachés aux mesures réanimatoire :

Tableau 8 - Détails des diagnostics concernés par l'usage de mesures réanimatoires

Hépto-gastro-entérologie :	2
- Colite intestinale infectieuse	1
- Gastrite ulcérée	1
Infectiologie générale :	9
- Accès palustre	9
Neurochirurgie :	3
- Hématome intracérébral	1
- Hématome extra dural	1
- Traumatise grave	1
Pneumologie :	2
- Pneumopathie virale	1
- Tuberculose	1
Traumatologie :	6
- Fracture fermée tibia	1
- Plaie profonde thoracique par arme blanche	1
- Traumatise grave	4
Urologie :	1
- Rupture rénale	1
Autre	1
- Hypothermie	1
Total général	24

D/ Durée du séjour au SAU

La durée du séjour a été signifiée dans 1413 des dossiers étudiés.

La durée moyenne du séjour au SAU est de 4.9 heures.

75 % des migrants admis sont restés moins de 6h.

La durée maximale du séjour a été de 24h (cf. Figure 17).

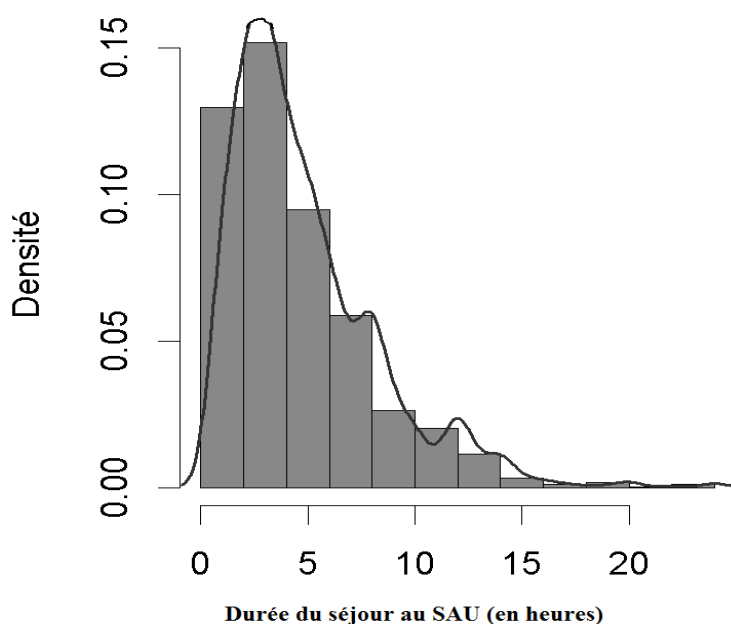


Figure 17 - Distribution de la durée du séjour au SAU (en heures)

4/ Devenir des migrants admis au SAU

A/ Orientation

82% des migrants admis sont sortis directement (n=1196), 12% ont été hospitalisés (n=175), 4 % ont fugué (n=57), 2% ont été transférés (n=23) et 1% sont sortis contre avis médical (n=9).

2 patients sont décédés après avoir été pris en charge au SAU de Calais, il s'agissait de 2 traumatisés graves lors d'AVP survenus au mois d'Octobre (cf. Tableau 9).

Tableau 9 - Répartition de l'orientation finale des migrants admis

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Décès	2	0	[0-0.5]
Fugue	57	4	[3-5]
Hospitalisation	175	12	[10.4-13.8]
SCAM	9	1	[0.3-1.2]
Sortie	1196	82	[79.7-83.7]
Transfert	23	2	[1-2.4]
Total valides	1462	100	-

B/ Hospitalisation

56% des hospitalisations ont eu lieu dans un service de chirurgie.

La traumatologie a concerné 40% des hospitalisations (n=70), la chirurgie viscérale a concerné 10% des hospitalisations (n=18), l'urologie et l'ORL ont concerné respectivement des hospitalisations (n=6).

44% des hospitalisations ont eu lieu en dans un service de médecine.

Les maladies infectieuses ont concerné 10% des hospitalisations (n=18), La pneumologie et l'hépatogastro-entérologie a concerné respectivement 9% des hospitalisations (n=15) et la cardiologie a concerné 4% des hospitalisations (n=7) (cf. Figure 18).

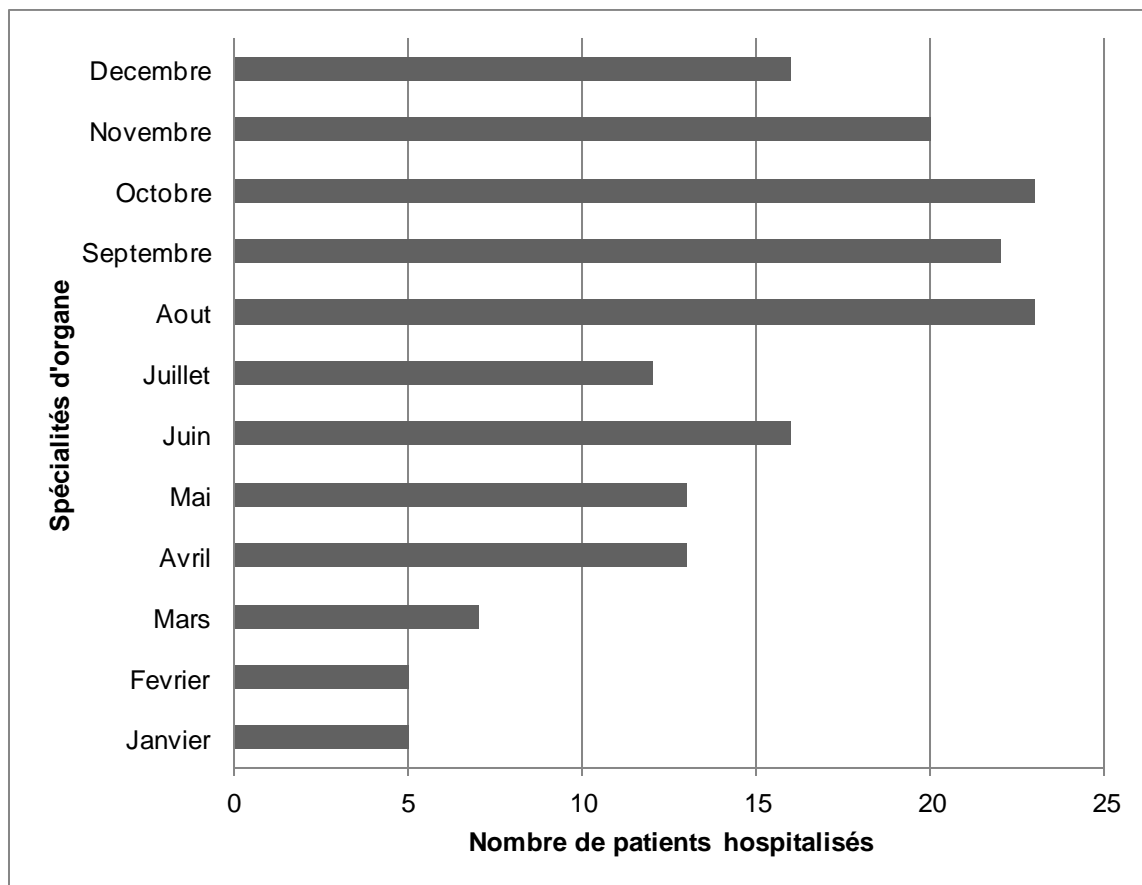


Figure 18- Répartition du nombre d'hospitalisations par spécialités (en pourcentage)

La figure suivante montre la répartition des hospitalisations par mois.

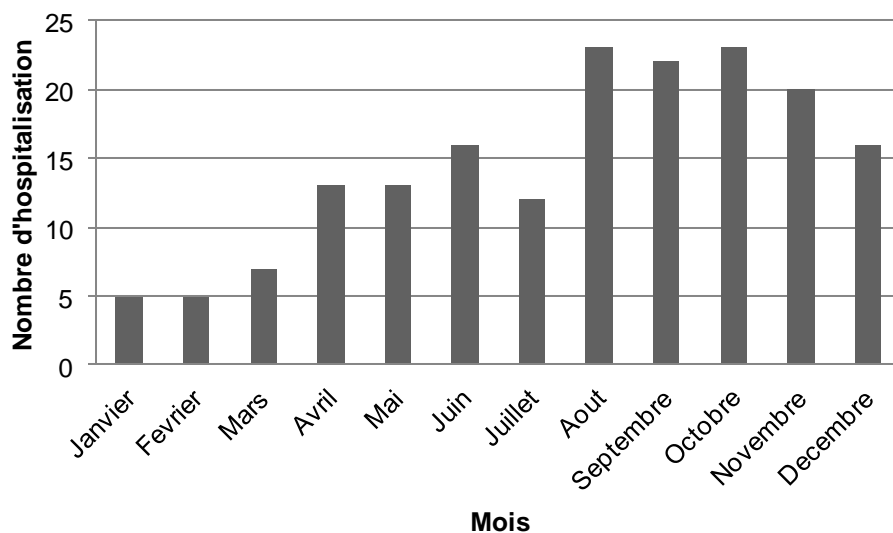


Figure 19 - Répartition du nombre d'hospitalisations par mois

C/ Séjour prolongé en UHCD

22 patients ont effectué un séjour prolongé en UHCD, soit 2% des admissions totales.

Les diagnostics en rapport avec ces séjours prolongés étaient, 4 accès palustres, 1 angine bactérienne, 4 bronchites bactériennes, 1 fracture faciale multiple, 1 gastrite, 1 intoxication au cannabis, 1 pneumopathie bactérienne, 1 problème social, 1 syndrome pseudo-grippal, 1 syphilis et 5 viroses.

Au total parmi les patients ayant effectué un séjour prolongé en UHCD, 19 sont sortis, 2 ont été transférés et 1 patient a été hospitalisé (cf. Figure 16).

Tableau 10 - Orientation finale des patients ayant effectué un séjour prolongé en UHCD

Décès	0
Fugue	0
Hospitalisation	1
SCAM	0
Sortie	19
Transfert	2
Total général	22

5/ Pathologie du migrant au SAU de Calais en 2014

A) Généralités

1) Diagnostics les plus fréquents

252 diagnostics différents ont été retenus concernant 21 spécialités. (cf. Figure 20)

Dans l'ordre décroissant, les diagnostics les plus retrouvés étaient :

- Contusions multiples superficielles (n =91) soit 6.2% des admissions
- Virose (n=70), soit 4.7% des admissions
- Demandes de certificat (n=56), soit 3.8% des admissions
- Gastrite, (n=53), soit 3.6% des admissions
- Bronchite virale, (n=44), soit 3% des admissions
- Contusions de genou, (n=35), soit 2.4% des admissions
- Entorses bénignes de cheville (n=31), soit 2.1% des admissions
- Coliques néphrétiques non-complicées (n=27), soit 1.8% des admissions
- Accès palustre (n=27), soit 1.8% des admissions
- Plaie superficielle suturée du membre supérieur (n=26), soit 1.7% des admissions
- Plaie profonde du membre supérieur (n=23), soit 1.6% des admissions
- Colopathie fonctionnelle (n=23), soit 1.6% des admissions
- Gastro-entérite virale (n=22), soit 1.5% des admissions
- Plaies superficielles du cuir chevelu, (n=22), soit 1.5% des admissions
- Contusion du coude (n=21), soit 1.4% des admissions
- Plaies superficielles suturées faciale (n=20), soit 1.3% des admissions

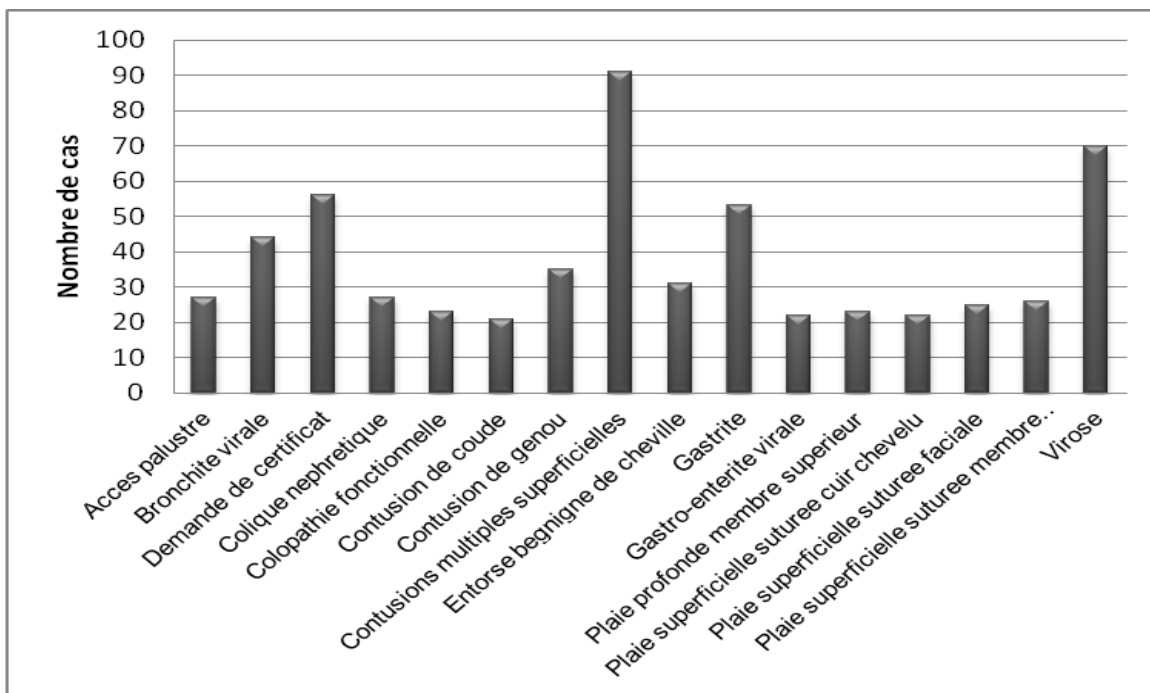


Figure 20 - Détails des diagnostics les plus rencontrés

2) Spécialités d'organe

Voici le détail des spécialités d'organes concernés par la pathologie des migrants :

Spécialités	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Addictologie	29	2	[1.4-3]
Cardiologie	32	2	[1.5-3.1]
Chirurgie viscérale	30	2	[1.5-3]
Dermatologie	44	3	[1.9-3.6]
Diabétologie/Endocrinologie	14	1	[0.5-1.6]
Gynécologie	6	0	[0.2-1]
Hématologie	1	0	[0-0.4]
Hépto-gastro-entérologie	143	10	[8.6-11.8]
Maladies Infectieuses	99	7	[6.2-9.0]
Néphrologie	3	0	[0-0.6]
Neurochirurgie	24	2	[0.1-0.7]
Neurologie	8	0	[1.3-2.9]
Ophthalmologie	20	1	[0.9-2.2]
ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale	79	5	[4.5-6.0]
Pneumologie	92	6	[5.2-7.9]
Psychiatrie	27	2	[1.3-2.8]
Rhumatologie	28	2	[1.4-3]
Odontologie	18	1	[0.7-1.7]
Traumatologie app.locomoteur	547	35	[34.2-39.8]
Urologie	49	3	[2.6-4.6]
Autre	110	8	[6.6-9.5]
Total général	1402	100	-

Tableau 11 - Répartition des spécialités d'organes

Les diagnostics ont été à en rapport avec de la traumatologie pour 35% des patients (n=547), avec de l'hépto-gastro-entérologie pour 10% des patients (n=143) avec de la maladie infectieuse pour 7% des migrants (n=99), avec de la pneumologie pour 6% des migrants (n=92), avec de l'ORL/Chirurgie maxillo-faciale pour 5% des migrants (n=79), avec de l'urologie pour 3% des migrants (n=49), avec de la cardiologie pour 2% des migrants (n=31), avec de la chirurgie viscérale pour 2% des migrants, avec de l'addictologie pour 2% des migrants (n=29), avec de la psychiatrie pour 2% des migrants (n=27), avec de la neurochirurgie pour 2% des migrants (n=24), avec de l'ophtalmologie pour 1% des migrants (n=20) et avec de l'endocrinologie pour 1% des migrants (n=15), avec de la neurologie pour 2% des migrants (n=28), et avec une pathologie « autres » pour 8% des patients (n=110).

3) Mode de restitution des résultats

Les résultats sont présentés comme suit. En premier lieu, les données épidémiologiques sont présentées, comprenant l'âge et le sexe.

Dans un deuxième temps, les données relatives à l'admission au SAU sont présentées, comprenant la répartition par mois et par journée des admissions, le mode d'admission, le motif de recours, le moyen d'expression et l'éventuel recours à un traducteur, la classification CIMU à l'admission et le délai entre l'apparition de la symptomatologie et l'admission au SAU.

Puis les données relatives à la prise en charge sont présentées, comprenant le recours à la paraclinique (biologie, imagerie, examen paraclinique autre), le recours à un avis spécialisé, le recours à un traitement qu'il soit médicamenteux, chirurgical ou réanimatoire et la durée du séjour au SAU.

Les données relatives au diagnostic sont présentées par la suite, comprenant le diagnostic, la spécialité d'organe ainsi que l'étiologie.

Enfin, les données relatives à l'orientation sont présentées.

B/ Spécialités chirurgicales

1) Traumatologie

I) Données épidémiologiques

609 patients ont été admis pour une symptomatologie en rapport avec la traumatologie, soit 41.6% des admissions totales.

L'âge moyen des patients admis était de 23.7 ans (+/-6.9). 95% des patients admis étaient des hommes (n=578).

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 51.6 jours (+/-33).

II) Donnée relatives à l'admission au SAU

La répartition mensuelle des admissions est restée homogène, avec un pourcentage moyen de 40% des admissions totales pour traumatisme par mois. A noter qu'en termes d'effectif, il y a eu 2,5 fois plus d'admissions concernant la traumatologie en décembre (n=64) par rapport en janvier (n=26). (cf. Figure 21)

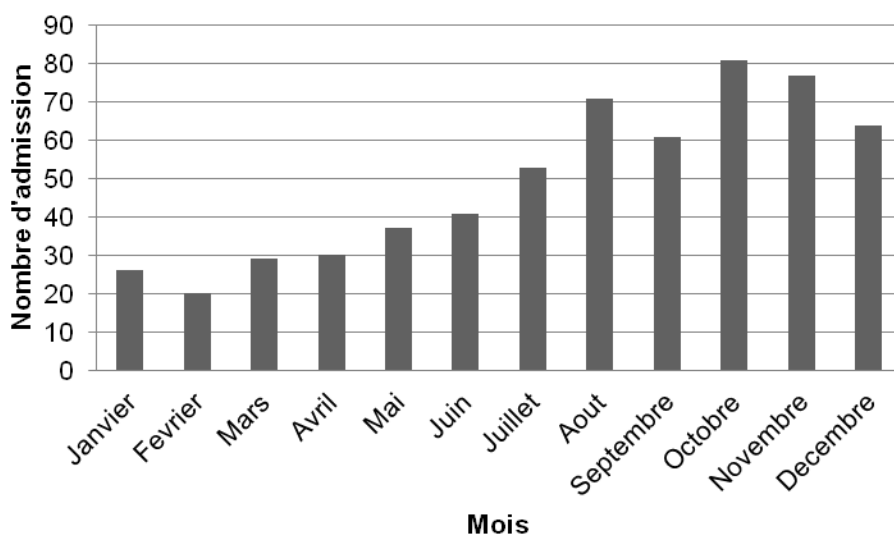


Figure 21 - Répartition du nombre d'admissions par mois

La répartition des entrées sur le nycthémère s’est faite de manière homogène.

60.6 % des patients sont arrivés avec les pompiers, 27.7 % sont arrivés par leur propre moyen, 3,4% ont été adressé par la PASS, 3.4% sont adressés par les forces de l’ordre et 3.1 % sont arrivés par le biais du SMUR (cf. Tableau12).

Mode d’arrivée	Valeur absolue	Pourcentage
Ambulance	6	1%
Association	4	0.7%
PASS	21	3.4%
Police	21	3.4%
Pompiers	371	60.6%
Seul	167	27.7%
SMUR	19	3.1%

Tableau 12 - Répartition du mode d’admission des migrants

Le motif de recours était dans 41% des cas une rixe (n=286), dans 37% des cas (n=268) une chute, dans 8% des cas (n=55) un accident de la voie publique. Dans 14% des cas, il s’agissait d’un motif de recours autre (cf. Figure 22).

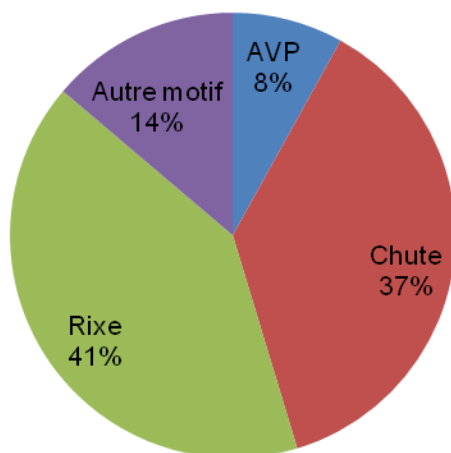


Figure 22 - Répartition du motif de recours au SAU

Sur le nycthémère, 34.7% des admissions pour AVP ont eu lieu l’après-midi et 40% des admissions pour rixe ont eu lieu la nuit (cf. Tableau 13).

Accident de la voie publique	49	8%
- Matin	8	16.3%
- Après-midi	17	34.7%
- Soirée	11	22.5%
- Nuit	13	26.5%
Chute	227	37%
- Matin	64	28.2%
- Après-midi	67	29.5%
- Soirée	36	15.8%
- Nuit	60	26.4%
Rixe	249	41%
- Matin	49	19.7%
- Après-midi	51	20.5%
- Soirée	50	20.1%
- Nuit	99	40%
Autre motif	84	14%
Total général	609	

Tableau 13 - Répartition du motif de recours en fonction du moment de la journée

61% des migrants s'exprimaient dans une langue orientale et 37% s'exprimaient en Anglais.

Pour les migrants s'exprimant dans une langue inconnue du médecin, un traducteur a été sollicité dans 11% des cas. Pour 7% des cas, il s'agissait d'une ressource interne et pour 4% des cas, il s'agissait d'une ressource externe.

La classification CIMU moyenne à l'admission était de 4 (+/- 0.5).

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU était de 55.2 heures (+/- 197.4).

III) Données relatives à la prise en charge

Une biologie a été prescrite dans 20% des cas (n=122) et une anomalie a été retrouvée dans 13% des cas (n=16). 68 % des patients (n=414) ont bénéficié d'un examen d'imagerie, qui était dans 90 % des cas (n=373) une radiographie standard et dans 10 % des cas (n=41) un TDM.

Aucun examen paraclinique autre n'a été pratiqué.

Un avis spécialisé a été demandé dans 19 % des cas (n = 115).

Les patients ont bénéficié d'une prise en charge thérapeutique non chirurgicale (qui inclut les médicaments, les soins locaux, les poses de strips, les sutures ou encore les immobilisations) dans 46 % des cas (n = 280). Ils ont bénéficié d'un traitement chirurgical dans 9 % des cas (n = 55) (cf. Tableau 14).

Prise en charge non-chirurgicale	280	46%
Traitement chirurgical	55	9%
Absence de traitement	268	45%
Total	609	100%

Tableau 14 - Répartition des prises en charges thérapeutique

1% des patients (n=6) a bénéficié d'une prise en charge réanimatoire.

La durée moyenne du séjour aux urgences a été de 4.1 heure (+/- 0.5).

IV) Données relatives au diagnostic

Les diagnostics retrouvés ont été des contusions pour 42.8% des patients admis (n=261), des plaies pour 26.8% des patients admis (n=163), des fractures pour 14.8% des patients admis (n=90), des entorses pour 7% des patients (n=43), des luxations pour 0.9% des patients (n=5) et un diagnostic autre rattaché à la traumatologie pour 7.7% des patients (n=47) (cf. Figure 23 et Annexe 2 et 3).

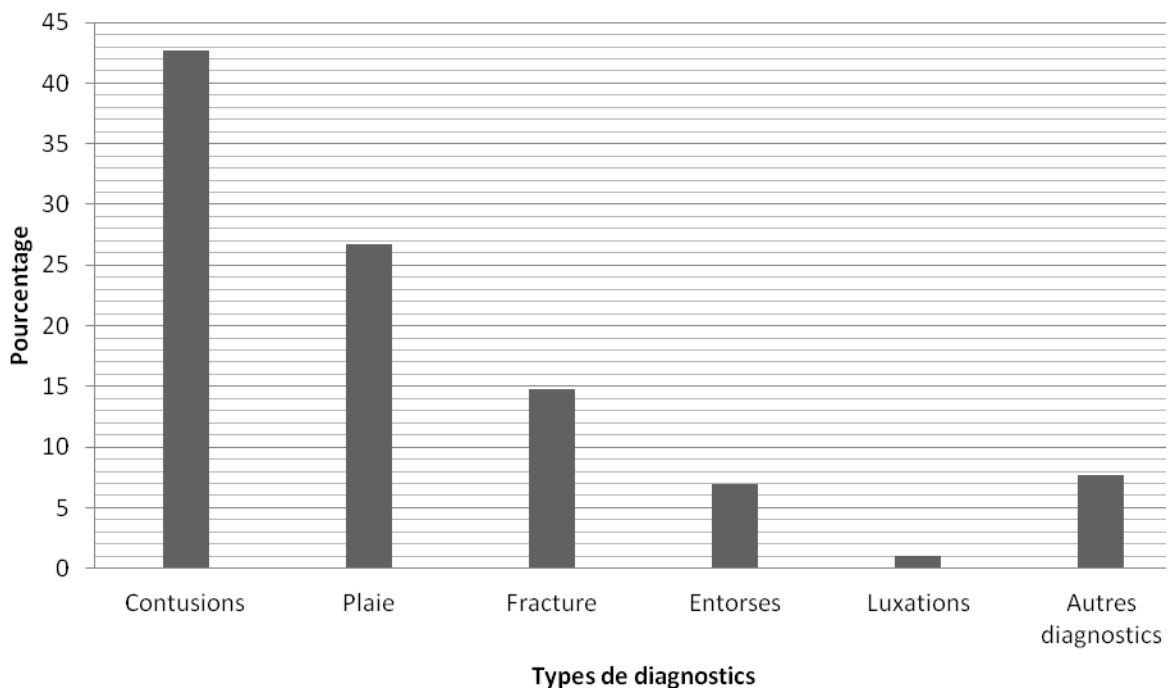


Figure 23 - Répartition des types de diagnostics

Voici le détail des types de fractures présentés :

Fractures faciales multiples	5
Fracture fermée astragale	1
Fracture fermée bimalléolaire cheville	3
Fracture fermée calcanéum	8
Fracture fermée capitulum	1
Fracture fermée cervicale	1
Fracture fermée cinquième métacarpe	2
Fracture fermée clavicule	2
Fracture fermée côte	3
Fracture fermée crane	1
Fracture fermée cuboïde	1
Fracture fermée doigt	3
Fracture fermée extrémité supérieure du radius	1
Fracture fermée fibula	2
Fracture fermée hallux	1
Fracture fermée humérus	2
Fracture fermée malléole interne	3
Fracture fermée métacarpe	2
Fracture fermée multiples membres inférieures	1
Fracture fermée multiples poignet	1
Fracture fermée naviculaire	2
Fracture fermée OPN	8
Fracture fermée phalange	2
Fracture fermée poignet	2
Fracture fermée radius	8
Fracture fermée scaphoïde	4
Fracture fermée tête humérale	1
Fracture fermée tête radiale	1
Fracture fermée tibia	7
Fracture fermée ulna	4
Fracture ouverte doigt	1
Fracture ouverte maxillaire	2
Fracture ouverte métacarpe	1
Fracture ouverte OPN	1
Fracture ouverte tibia	1
Fractures multiples fermées costales	1
Total général des fractures	90

Voici le détail des types de plaies présentés :

Type de plaie	
Plaie cornée	2
Plaie infectée	7
Plaies multiples suturées	4
Plaie profonde abdominale	1
Plaie profonde faciale	1
Plaie profonde membre inférieur	3
Plaie profonde membre supérieur	23
Plaie profonde thoracique par arme blanche	1
Plaie superficielle non suturée cuir chevelu	3
Plaie superficielle non suturée faciale	11
Plaie superficielle non suturée membre inférieur	6
Plaie superficielle non suturée membre supérieur	11
Plaie superficielle non suturée palpébrale	1
Plaie superficielle non suturée thorax	1
Plaie superficielle suturée cuir chevelu	23
Plaie superficielle suturée faciale	25
Plaie superficielle suturée membre inférieur	7
Plaie superficielle suturée membre supérieur	26
Plaie superficielle suturée palpébrale	1
Plaie superficielle suturée thoracique	1
Plaies multiples profondes suturées	1
Plaies superficielles multiples suturées	4
Total général des plaies	163

Voici le détail des autres types de luxations :

Type de luxations	
Luxation gléno-humérale	3
Luxation métatarse	1
Luxation phalange	1
Total général	5

Voici le détail des types d'entorses présentés :

Entorse cheville	33
Entorse genou	7
Entorse doigt	3
Total général	43

547 admissions concernaient la traumatologie de l'appareil locomoteur (soit 89.9% des admissions), 32 admissions concernaient la chirurgie maxillo-faciale (soit 4.9% des admissions), 24 admissions concernaient la neurochirurgie (soit 3.9% des admissions), 4 pour l'ophtalmologie (soit 0.6% des admissions), 2 admissions concernaient l'urologie (soit 0.3% des admissions) et 1 admission concernant la chirurgie viscérale (soit 0.1% des admissions) (cf. Tableau 15).

Chirurgie maxillo-faciale	32	4.9%
Neurochirurgie	24	3.9%
Ophtalmologie	4	0.7%
Traumatologie de l'appareil locomoteur	547	89.9%
Urologie	2	0.4%
Chirurgie viscérale	1	0.12%
Total général d'étiologie traumatique	609	41.6% des admissions

Tableau 15 - Répartition des spécialités concernées par une étiologie traumatique

V) Données relatives à l'orientation

84 % des patients (n=511) sont sortis directement, 12 % (n=70) ont été hospitalisés, 2% des patients (n=12) ont été transférés, 1.5 % ont fugué (n=10), 0.45% des patients sont sortis contre avis médical (n=4) et 0.3% des patients (n=2) sont décédés (cf. Tableau 16).

Orientation	Décès	Fugue	Hospitalisation	SCAM	Sortie	Transfert
Valeur absolue						
Pourcentage	0.05%	1.5%	12%	0.45%	84%	2%

Tableau 16 - Répartition des orientations

2) Chirurgie viscérale

I) Données épidémiologiques

30 patients ont été admis pour une symptomatologie en rapport avec de la chirurgie viscérale, soit 2% des admissions totales.

L'âge moyen des patients admis était de 23.9 ans (+/-6.9). 93% des patients admis étaient des hommes (n=28).

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 31 jours.

II) Donnée relatives à l'admission

23% des admissions ont eu lieu en Août (n=7) et 17% en Septembre (n=5).

47% des patients ont été admis entre 13h et 18h30 (n=14).

40% des patients (n=12) sont arrivés par le biais des pompiers, 37% (n=11) sont arrivés par leur propre moyen et 17% étaient adressés par la PASS (n=5).

50% des patients s'exprimaient en Anglais et 50% s'exprimaient en langue orientale.

Le service n'a jamais eu recours à un traducteur.

La classification CIMU moyenne à l'entrée était de 3.9 (+/-0.4).

La durée moyenne entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU était de 122,5 heures (+/-124,3).

III) Données relatives à la prise en charge

87% des patients (n=26) ont bénéficié d'une biologie sanguine. Il existait une anomalie dans 38% des cas (n=10).

23% des patients (n=7) ont bénéficié d'une imagerie. Il s'agissait dans 57% des cas (n=4) d'un TDM, dans 29% des cas (n=2) d'une radiographie standard et dans 14% des cas (n=1) d'une échographie.

Aucun examen paraclinique autre n'a été effectué.

Un avis spécialisé a été sollicité pour 87% (n=26) des patients admis (cf. Tableau 17).

Avis spécialisé	Nombre d'avis spécialisé	Pourcentage d'avis spécialisé
Non	4	13%
Oui	26	87%
Total général	30	100%

Tableau 17 - Répartition du recours aux avis spécialisés

80% des patients (n=24) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux et 50% des patients (n=15) ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

La durée moyenne du séjour était de 5.9 heures (+/-3.6).

IV) Données relatives au diagnostic

Il s'agissait dans 53 % des cas (n=16) d'abcès (respectivement 27% d'abcès cutané collecté, 17% d'abcès sous-cutané non collecté, 3 % d'abcès cutané non collecté, 3% d'abcès sous-cutané collecté et 3 % d'abcès rétro-rectal). 13 % des patients (n=4) présentaient une d'appendicite aiguë, 7% des patients présentaient une colique hépatique (n=2), 7% présentaient une hernie inguinale non étranglée (n=2), 3 % présentaient une cholécystite (n=1), 3% présentaient une dérivation gastro-jéjunale (n=1), 3% présentaient une hernie ombilicale non-étranglée (n=1), 3% présentaient un kyste pilonidal (n=1), 3% présentaient une plaie abdominale par arme à feu (n=1). (cf. Tableau 18)

Abcès	16
Appendicite	4
Colique hépatique	2
Hernie inguinale non étranglée	2
Cholécystite	1
Dérivation gastro-jéjunale	1
Hernie ombilicale non-étranglée	1
Kyste pilonidal	1
Plaie par arme à feu	1
Total	29

Tableau 18 - Détails des diagnostics en rapport avec la chirurgie viscérale

73% des étiologies étaient d'origine infectieuse (n=22), 3% étaient d'origine traumatique (n=1), 1% (n=1) étaient d'origine iatrogène et 20% (n=6) étaient d'origine autre.

V) Données relatives à l'orientation

57% des patients (n=18) ont été hospitalisés, 40% sont sortis directement (n=11) et 3% (n=1) sont sortis contre avis-médical.

3) Chirurgie Urologique

I) Données épidémiologiques

49 patients ont été admis pour une symptomatologie en rapport avec cette spécialité, soit 3% des admissions totales.

L'âge moyen des patients admis était de 27.71 ans (+/-9.3). 80% des patients admis étaient des hommes (n=39).

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 22.3 jours (+/-15.1).

II) Donnée relatives à l'admission

20% (n=10) ont été admis en octobre, 14% (n=7) en juin et 10% (n=5) respectivement en septembre et en novembre.

60% des patients admis sont arrivés en journée.

51% des admissions sont se faites par le biais des pompiers, 37% des patients sont arrivés par leur propre moyen et 6% ont été adressé par la PASS.

56% des patients s'exprimaient dans une langue orientale et 44% s'exprimaient en Anglais.

Pour les patients ne s'exprimant pas dans une langue connue du médecin, un traducteur a été sollicité pour 20% des patients. Il s'agissait toujours d'une ressource

interne.

La classification CIMU moyenne à l'entrée était de 3.7 (+/-0.5).

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU était de 30 heures (+/-40.1).

III) Données relatives à la prise en charge

90% des patients ayant consulté avec une symptomatologie initiale d'origine urologique ont bénéficié d'une biologie sanguine (n=44) et dans 34% (n=15) une ou plusieurs anomalies ont été mises en évidence.

Dans 59% des cas (n=29), une imagerie a été faite qui était dans 79% des cas (n=23), un TDM, dans 7% des cas (n=2) une échographie et dans 14% des cas une radiographie standard (n=4).

41% ont bénéficié d'un avis spécialisé (n=29).

2% des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical (n=1) et 2% des patients ont bénéficié d'un traitement réanimatoire (n=1).

La durée moyenne du séjour était de 3.69 heures (+/- 0.55).

IV) Données relatives au diagnostic

56% des diagnostics étaient en rapport avec une colique néphrétique non-complicquée (n=27) et 16% avec une cystite non-complicquée (n=8), (cf. Tableau 19 et Figure 24)

Colique nephretique NC	27
Cystite NC	8
Hydrocèle	1
Polykystose rénale	1
Prostatite aigue	3
Pyélonéphrite aigue	3
Rupture rénale	2
Torsion testiculaire	1
Urétrite	3
Total général	49

Tableau 19 - Détail des diagnostics en rapport avec l'urologie

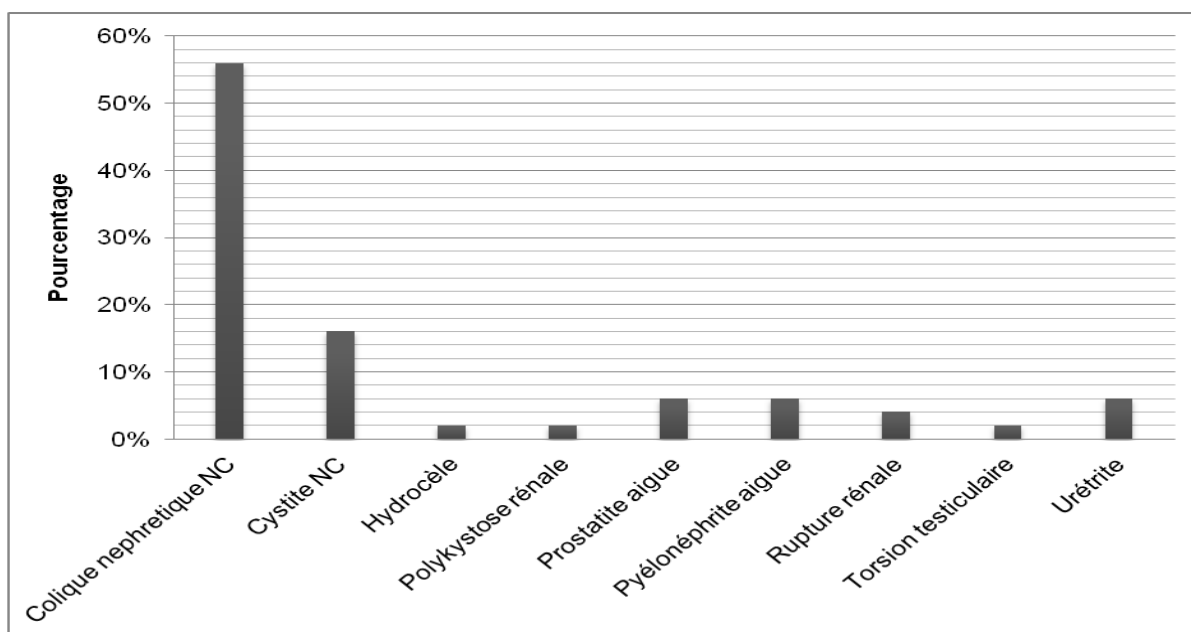


Figure 24 - Diagnostics en rapport avec l'urologie

Les étiologies étaient à 37% (n=18) d'origine infectieuse, à 4% d'origine traumatique (n=2) et à 55% en rapport avec une étiologie autre (n=27).

V) Données relative à l'orientation

86 % des patients ayant consulté pour une symptomatologie d'origine urologique sont sortis directement (n=42), 12% ont été hospitalisés (n=6) et 2% ont fugué (n=1).

4) Neurochirurgie

I) Données épidémiologiques

24 patients ont été admis au SAU pour un motif concernant la neurochirurgie, soit 2% des admissions totales.

L'âge moyen des patients admis au SAU était de 22.7 (+/-8.3) et 93% des patients admis étaient des hommes (n=22).

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 65.6 jours (+/-103.7).

II) Données relatives à l'admission

La répartition des entrées sur la journée s'est faite de la manière suivante : 21% le matin (n=5), 36% l'après-midi (n=9), 25% en soirée (n=6) et 18% la nuit (n=4).

Les patients ont été admis dans 75% des cas (n=18) par le biais des pompiers et dans 25% (n=6) des cas par leurs propres moyens.

62% des patients s'exprimaient en langue orientale. 18% des patients qui ne s'exprimaient pas dans un langage connu du médecin ont bénéficié d'un traducteur. Il s'agissait toujours d'une ressource interne.

La classification CIMU à l'entrée était en moyenne de 3.8 (+/-0.6).

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et la consultation au SAU était de 9.1 heures (+/-19.1).

III) Données relatives à la prise en charge

Dans 62.5 % des cas, les patients ont bénéficié d'une biologie sanguine (n=15) qui a montré une anomalie dans 46.7% des cas (n=7).

Les patients ont bénéficié d'une imagerie dans 75 % (n=18), il s'agissait toujours d'un TDM.

Dans 45.8% des cas (n=11), les patients ont bénéficié d'un avis spécialisé.

Le temps moyen de séjour aux urgences était de 6.2 heures (+/-3.8).

100% (n=18) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux et 12.5% des patients (n=3) ont bénéficié d'un traitement réanimatoire.

IV) Données relatives au diagnostic

71% des diagnostics sont une contusion cérébrale (cf. Tableau 20).

Contusion cérébrale	17
Hématome intra-cérébral	3
Hématome extra-dural	2
Plaie superficielle non suturée du cuir chevelu	1
Plaie superficielle suturée	1
Total général	24

Tableau 20 - Détail des diagnostics en rapport avec la neurochirurgie

Les étiologies concernées étaient dans 100% des cas d'origine traumatique (n=24).

V) Données relatives à l'orientation

71% des patients sont sortis (n=17), 8.3 % (n=2) ont été hospitalisés, 8.3% (n=2) des patients ont été transférés, 8.3% (n=2) des patients sont décédés et 4.1% (n=1) des patients ont fugué.

5) ORL - Chirurgie maxillo-faciale - Stomatologie

I) Données épidémiologiques

Cette spécialité a concerné 79 admissions, soit 5% des admissions totales.

L'âge moyen des patients était de 25.15 ans (+/- 9.76), avec 95% d'hommes (n=58).

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 38.33 heures (+/-47.51).

II) Données relatives à l'admission au SAU

La répartition des tranches horaires de consultation sur la journée est : 26.4% le matin (n=19), 38% l'après-midi (n=27), 8.5% en soirée (n=6), 28.2% la nuit (n=20).

Les patients sont arrivés à 59.4% avec les pompiers (n=47), à 31.6% par leurs propres moyens (n=25), 8.45% adressé par la PASS (n=6) et à 1.3% amené par une ambulance (n=1).

75% des patients s'exprimaient dans une langue orientale. 80% des migrants n'ont pas bénéficié de traducteur. 15% ont bénéficié d'une ressource interne et 5% d'une ressource externe.

La CIMU à l'entrée était de 4.18 (+/-0.5).

La durée moyenne entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU est de 116.5 heures (+/-198).

III) Données relatives à la prise en charge

37.9% des patients (n=30) ont bénéficié d'une biologie sanguine et dans 50% des cas, une anomalie a été mise en évidence.

41.2% des patients ont bénéficié d'une imagerie (n=33), dans 52% des cas, il s'agissait d'un TDM et dans 48% d'une radiographie standard.

Aucun examen paraclinique autre n'a été demandé.

Un avis spécialisé a été sollicité dans 32.3% des cas (n=26).

41% des patients (n=32) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux, et 5% d'un traitement chirurgical (n=4).

La durée moyenne du séjour était de 5.2 heures (+/-3.7).

IV) Données relatives au diagnostic

12.6% (n=10) ont présenté une rhinopharyngite virale, 10.1% (n=8) ont présenté une fracture fermée des OPN et 8.8% (n=7) ont présentées des fractures faciales multiples (cf. Tableau 21).

Abcès cutané collecte sphère ORL	4
Adénopathie cervicale	1
Angine bactérienne	6
Angine virale	3
Cellulite faciale	6
Contusion faciale	5
Corps étranger intra auriculaire	1
Epistaxis	2
Fractures faciales multiples	7
Fracture fermée OPN	8
Fracture maxillaire ouverte	1
Fracture ouverte OPN	1
Otite externe	2
Otite moyenne aigue	3
Otite moyenne aigue perforée	4
Paralysie faciale a frigore	2
Plaie profonde faciale	1
Plaie superficielle non suturée faciale	3
Plaie superficielle suturée faciale	5
Rhinite allergique	1
Rhinopharyngite virale	10
Sinusite infectieuse	1
VPPB	1
Total général	79

Tableau 21 - Détail des diagnostics en rapport avec l'ORL

Les étiologies concernées étaient à 55.7% (n=44) d'origine infectieuse, à 37.9% d'origine traumatique (n=30), à 3.8% (n=3) d'étiologie autre, à 1.2% (n=1) respectivement d'étiologie allergique ou iatrogène.

V) Données relatives à l'orientation

91.4% sont sortis (n=72) dont un patient qui a fait un séjour prolongé en UHCD, 7.6% ont été hospitalisé (n=6) et 1% ont fugué (n=1).

6) Odontologie

18 patients ont consulté pour un motif en rapport avec cette spécialité, soit 2% des admissions totales.

44.4% (n=8) des pathologies concernaient un abcès dentaire. (cf. Tableau 22)

Abcès dentaire	8
Aptose buccale	2
Carie dentaire	5
Desmodontite	3
Total général	18

Tableau 22 - Détail des diagnostics en rapport avec l'odontologie

100% des diagnostics avaient une étiologie infectieuse.

7) Ophtalmologie

I) Données épidémiologiques

20 patients ont été admis pour une symptomatologie concernant cette spécialité, soit 1% des admissions totales.

La moyenne d'âge était de 24.9 (+/-6.1) et dans 95% des cas, il s'agissait d'hommes (n=19).

Les délais d'arrivée n'ont été mentionnés dans aucun dossier.

II) Données relatives à l'admission au SAU

On note une répartition homogène des admissions au cours de l'année.

Dans 45% des cas, les patients ont consulté le matin (n=9), dans 20% des cas l'après-midi (n=4), en soirée dans 15% des cas (n=3) et pendant la nuit dans 20%

des cas (n=4).

Les patients sont arrivés dans 55% des cas avec les pompiers (n=12), dans 25% des cas (n=4) par leurs propres moyens, dans 10% des cas par le SMUR (n=2) et dans 1% des cas (n=1), ils sont adressés respectivement par la PASS ou amenés par une ambulance.

67 % des patients s'exprimaient en Anglais et 33% s'exprimaient en langue orientale.

Un traducteur n'a jamais été sollicité.

La classification CIMU moyenne à l'admission était de 4 (+/-0.9).

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU est de 10 heures (+/-7.4).

III) Données relatives à la prise en charge

A 3 reprises (soit 15% des cas), une biologie a été effectuée, elle n'a jamais mis en évidence d'anomalies. Aucun examen d'imagerie, ni examen paraclinique autre n'a été effectué.

Dans 15% des cas (n=3), un avis spécialisé a été requis.

30% des patients (n=6) ont bénéficié d'une prise en charge médicamenteuse. Aucun patient n'a bénéficié d'un traitement chirurgical ou réanimatoire.

La durée moyenne du séjour au SAU était de 3.3 heures (+/-1.9).

IV) Données relatives au diagnostic

60% des diagnostics (n=12) sont en rapport avec une conjonctive bactérienne (cf. Tableau 23).

Tableau 23 - Diagnostics en rapport avec l'ophtalmologie

Conjonctivite bactérienne	12
Conjonctivite irritative	2
Contusion ophtalmique	1
Hémorragie sous conjonctivale	1
Plaie cornée	2
Plaie oculaire	1
Plaie palpébrale suturée	1
Total général	20

Les étiologies retrouvées sont à 44% d'origine traumatique (n=8), à 44% d'origine infectieuse (n=8) et 11% d'étiologie autre (n=2).

V) Données relatives à l'orientation

80% (n=16) sont sortis et 20%(n=4) ont été transférés.

C/ Spécialités médicales

1/ Maladies infectieuses

I) Données épidémiologiques

Cette spécialité a concerné 429 admissions aux urgences, soit 29.3% des admissions totales.

L'âge moyen des patients admis était de 23.6 ans (+/-5.9).

94% des patients admis (n= 403) étaient des hommes.

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 53.7 jours (+/-59).

II) Données relatives à l'admission au SAU

13% des admissions (n= 49) ont eu lieu en Octobre, 19% (n=76) ont eu lieu en Novembre et 14% (n=53) ont eu lieu en Décembre. La répartition des admissions le reste de l'année est restée homogène (cf. Figure 25).

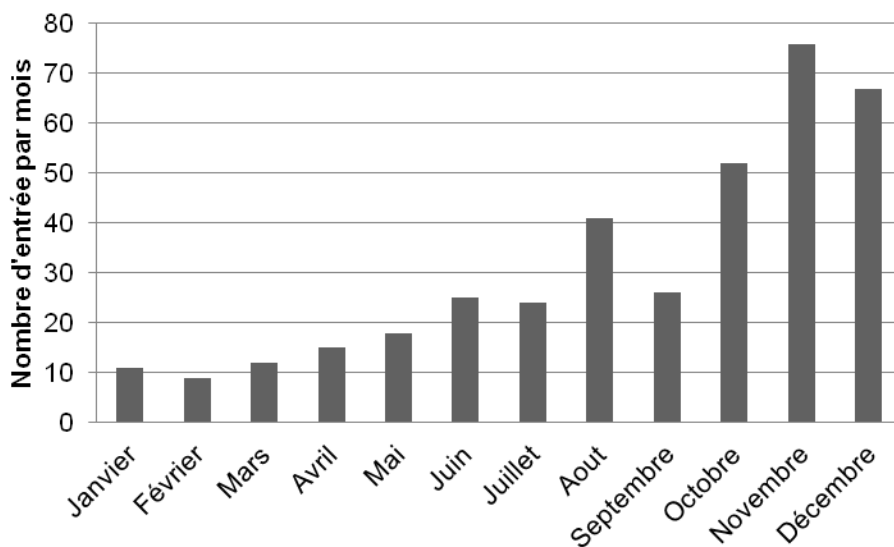


Figure 25 - Répartition du nombre d'entrée par mois

23% des admissions (n=98) ont eu lieu le matin, 30% l'après-midi (n=129), 33% en soirée (n= 142) et 14% (n=60) durant la nuit.

62% des patients ont été admis *via* les pompiers (n=268), 27% (n= 118) sont arrivés par leurs propres moyens, 6% (n=28) ont été adressés par la PASS, 2% (n=11) ont été adressés par les associations et 1% (n=4) est arrivé en ambulance (cf. Figure 26).

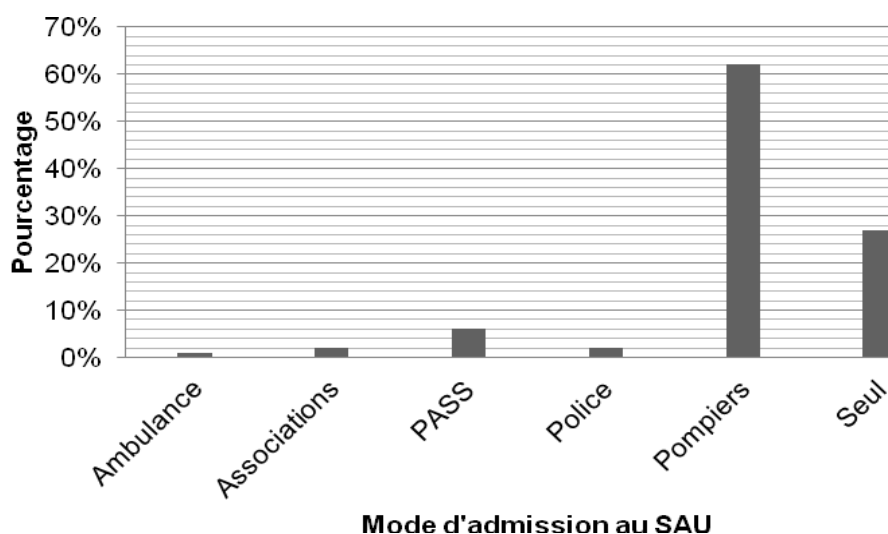


Figure 26 - Répartition des modes d'admission au SAU

60% des patients s'exprimaient en langue orientale, 38% s'exprimaient en Anglais. Pour les patients ne s'exprimant pas dans une langue connue du médecin, un traducteur a été sollicité dans 33% des cas, il s'agissait toujours d'une ressource interne.

La classification CIMU moyenne à l'entrée était de 3.9 (+/-0.5).

Le délai moyen entre l'apparition de la symptomatologie et l'admission au SAU était de 113.1 heures (+/-275.3).

III) Données relatives à la prise en charge

92% des patients (n=395) ont bénéficié d'une biologie, dans 76% des cas (n=301), il existait une anomalie. 52% des patients (n=223) ont bénéficié d'une imagerie. Dans 73% des cas (n=163), il s'agissait d'une radiographie standard, dans 20% des cas (n=45) d'une TDM et dans 7% des cas (n=16) d'une échographie.

2% des patients (n=8) ont bénéficié d'un examen paraclinique autre.

24% des patients (n=103) ont bénéficié d'un avis spécialisé.

69% des patients (n= 296) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux, 2% des patients (n=9) ont bénéficié d'un traitement réanimatoire.

La durée moyenne du séjour était de 6.6 heures (+/-3.6).

IV) Données relatives au diagnostic

Les diagnostics en rapport avec l'infectiologie concernaient l'hépto-gastro-entérologie dans 21% des cas (n=88), la pneumologie dans 20% des cas (n=87), l'ORL dans 9% des cas (n=38), la dermatologie dans 7% des cas (n=30), la traumatologie dans 6% des cas (n=27), la chirurgie viscérale dans 5% des cas (n=22), l'urologie dans 4% des cas (n=18), l'odontologie dans 4% des cas (n=17), une virose dans 17% des cas (n=70) un accès palustre pour 6% des cas (n=27) et un chancre syphilitique pour 1% des cas (n=2) (cf. Figure 27 et Tableau 24).

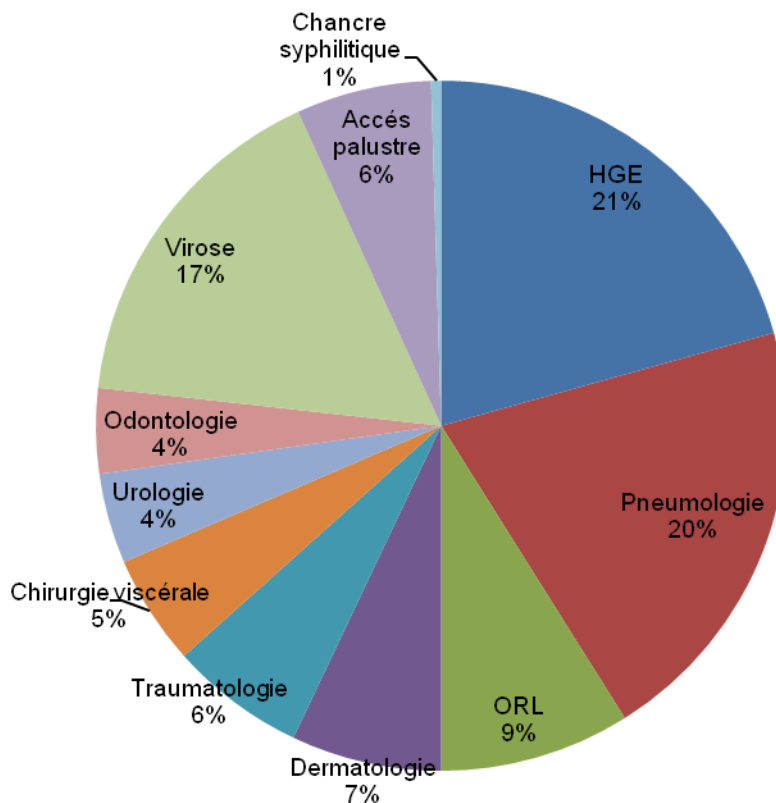


Figure 27 - Détails des spécialités en rapport avec les maladies infectieuses

Voici le détail des diagnostics en rapport avec l'infectiologie :

Cardiologie :	2
- Décompensation cardiaque sur Endocardite Infectieuse	1
- Veinite	1
Chirurgie viscérale :	22
- Abcès cutané collecte	8
- Abcès cutané non collecte	1
- Abcès retro-rectal	1
- Abcès sous cutané collecte	5
- Abcès sous cutané non collecte	2
- Appendicite aigue	4
- Cholécystite	1
Dermatologie :	30
- Erysipèle	2
- Furonculose	2
- Gale	7
- Gale surinfectée	5
- Impétigo	2
- Intertrigo	1

- Mycose plis inguinaux	1
- Varicelle	10
Gynécologie :	2
- Abcès cutané non collecte/Bartholinite	1
- Salpingite	1
Hépatogastro-entérologie :	88
- Colite intestinale infectieuse	2
- Gastro-entérite virale	22
- Gastrite	53
- Gastrite ulcérée	1
- Hépatite virale	3
- Shigellose	3
- Toxi-infection alimentaire	2
- Ulcère gastrique	5
- Virose intestinale	3
ORL :	38
- Abcès cutané collecte sphère ORL	4
- Angine bactérienne	6
- Angine virale	4
- Cellulite faciale	6
- Otite externe	1
- Otite moyenne aigue	3
- Otite moyenne aigue perforée	4
- Rhinopharyngite virale	10
- Sinusite infectieuse	1
Pneumologie :	87
- Bronchite asthmatiforme	8
- Bronchite bactérienne	7
- Bronchite virale	44
- Exacerbation d'asthme	1
- Pneumopathie bactérienne	14
- Pneumopathie varicelleuse	1
- Pneumopathie virale	11
- Tuberculose pulmonaire	1
Odontologie :	17
- Abcès dentaire	8
- Apathose buccale	2
- Carie dentaire	5
- Desmodontite	2
Traumatologie :	26
- Abcès cutané collecte	3
- Abcès sous cutané collecte	2
- Abcès sous cutané non collecte	4
- Arthrite septique	2

- Panaris collecte	4
- Panaris non collecte	6
- Plaie infectée	5
Urologie :	18
- Pyélonéphrite obstructive	1
- Cystite NC	8
- Prostatite aigue	3
- Pyélonéphrite aigue	3
- Urétrite	3
Autres diagnostics rattachés à l'infectiologie	99
- Accès palustre	27
- Chancre syphilitique	2
- Virose	70
Total général	429

Tableau 24 - Détails des diagnostics en rapport avec l'infectiologie

87% des pathologies d'origines infectieuses étaient d'origine communautaire et 13% correspondaient à des maladies infectieuses d'importation.

V) Données relatives à l'orientation sont présentées

79% des patients sont sortis (n=339), 18% des patients ont été hospitalisés (n=73), 2% des patients (n=8) ont respectivement fugué ou fait une SCAM et 2% (n=8) ont été transférés (n=8) (cf. Tableau 25).

Devenir	Valeur absolue	Pourcentage
Fugue	6	1.25%
Hospitalisation	73	18%
SCAM	2	0.25%
Sortie	339	79%
Transfert	8	1.5%
Total général	429	100%

Tableau 25 - Répartition de l'orientation des patients

2) Hépatogastro-entérologie

I) Données épidémiologiques

143 patients ont été admis pour une symptomatologie concernant cette spécialité, soit 10% des admissions totales.

L'âge moyen était de 25.6ans (+/- 7.6). 87% patients (n=125) admis étaient des hommes.

II) Données relatives à l'admission au SAU

Les admissions par mois se sont réparties de manière homogène: 19% des admissions (n=27) ont eu lieu le matin, 27% ont eu lieu l'après-midi (n= 39), 21% ont eu lieu en soirée (n=30) et 33% ont eu lieu la nuit (n=47).

Les patients sont arrivés à 65% par le biais des pompiers, à 23% seul, dans 5% des cas, ils étaient adressés par la PASS et 1% est arrivé par le biais du SMUR.

66% des patients admis (n=37) s'exprimaient en langue orientale. Pour 20% de ces patients, un traducteur a été sollicité : il s'agissait d'une ressource interne pour 13% des patients et d'une ressource externe pour 7% des patients.

La CIMU moyenne à l'entrée était de 4 (+/- 0.5).

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU était de 838.9 heures (+/- 490.3).

III) Données relatives à la prise en charge

Une biologie a été effectuée dans 89% des cas (n=127) et dans 26% des cas (n=33), il existait une anomalie.

Une imagerie a été effectuée dans 27% des cas (n=39). Dans 72% des cas (n=28), il s'agissait d'une radiographie standard et dans 26% des cas (n=10), il s'agissait d'une TDM. 5% des patients (n=7) ont bénéficié d'un examen paraclinique autre.

Dans 21% des cas (n=30), un avis spécialisé a été demandé.

69% des patients (n=99) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux, 1% des patients a bénéficié d'un traitement réanimatoire (n=2). Aucun patient n'a bénéficié d'un traitement chirurgical.

La durée moyenne du séjour était de 6.4 heures (+/- 4.1).

IV) Données relatives aux diagnostics

Les diagnostics les plus souvent retrouvés sont les gastrites avec 37% des cas (n=53), la colopathie fonctionnelle dans 16 % des cas (n=23), 15 % de gastro-entérite virale (n = 22), 8 % de douleurs abdominales fonctionnelles (n=11), 5 % d'hémorroïdes (n=8), 4% de toxi-infection alimentaire (n=6), 3% d'ulcère gastrique (n=5), 2% de shigellose (n=3) et 2% d'hépatite virale aiguë (n=3).

Le reste des pathologies rencontrées a un pourcentage de 1% et est représenté par une ingestion de corps étranger, une sténose ulcérée du pylore, virose intestinale, fécalome, et colite intestinale infectieuse (cf. Tableau 26).

Colite intestinale infectieuse	2
Colopathie fonctionnelle	23
Douleurs abdominales fonctionnelle	11
Fécalome	1
Gastrite	53
Gastrite ulcérée	1
Gastro-entérite virale	22
Crise hémorroïdaire	8
Hépatite virale aiguë	3
Ingestion corps étranger	1
Shigellose	3
Sténose ulcérée du pylore	1
Toxi infection alimentaire	6
Ulcère gastrique	5
Virose intestinale	3
Total général	143

Tableau 26 - Diagnostics en rapport avec l'hépatogastro-entérologie

Les étiologies étaient dans 72% des cas infectieuses (n=103) et dans 28% il

s'agissait d'une étiologie autre (n=40).

V) Données relatives à l'orientation

87% des patients sont sortis (n=125), 10 % des patients ont été hospitalisés (n=15), 1% des patients a fugué (n=2) et 1% des patients a été transféré dans un autre établissement (n=1).

3) Pneumologie

I) Données épidémiologiques

92 patients ont été admis pour une symptomatologie en rapport avec la pneumologie, soit 6% des admissions totales.

La moyenne d'âge était de 24.6 ans (+/- 23). 89% (n=82) des patients admis étaient des hommes.

Les patients admis avaient un délai d'arrivée moyen sur le territoire Français de 151.1 jours (235.1).

II) Données relatives à l'admission au SAU

67% des admissions en rapport avec une symptomatologie pneumologique ont eu lieu le dernier trimestre.

La répartition des entrées sur le nyctémère s'est fait de la manière suivante : 11% (n=10) le matin, 37%(n=34) l'après-midi, 27% en soirée (n=25) et 24% (n=23) la nuit.

Les patients sont arrivés avec les pompiers dans 63% des cas (n=58), dans 29% des cas par leurs propres moyens (n=26), dans 3% (n=3) des cas, ils sont adressés par la PASS, dans 3% des cas, ils sont amenés par la police et dans 1% des cas (n=1) par le SMUR. La classification CIMU à l'entrée était en moyenne de 4 (+/-0.5).

III) Données relatives à la prise en charge

Dans 78% des cas, les patients n'ont pas bénéficié d'un traducteur lors de leur séjour aux urgences, dans 16% des cas, il s'agissait d'une ressource interne, dans 5% d'une ressource externe.

91% des patients (n=84) ont bénéficié d'un recours à la biologie, et dans 60% des cas, on a décelé une anomalie (n=50).

Dans 96% des cas (n=87), les patients ont bénéficié d'un examen d'imagerie qui s'avérait être dans 91% des cas une radiographie standard (n=79), dans 7% une TDM (n=6) et dans 2% une échographie (n=2).

Les patients ont bénéficié d'un examen paraclinique autre dans 7% des cas (n=6).

24% des patients (n=21) ont bénéficié d'un avis spécialisé.

48% des patients (n=44) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux. 1% des patients a bénéficié (n=2) d'un traitement réanimatoire.

Le temps moyen du séjour aux urgences était de 6.8 heures (+/-5.1).

IV) Données relatives aux diagnostics

Les diagnostics se sont répartis de la manière suivante :

Bronchite asthmatiforme	8
Bronchite bactérienne	7
Bronchite virale	44
Dilatation des bronches	1
Exacerbation d'asthme	5
Pneumopathie bactérienne	14
Pneumopathie varicelleuse	1
Pneumopathie virale	11
Tuberculose pulmonaire	1
Total général	92

Tableau 27 - Détails des diagnostics en rapport avec la pneumologie

Les étiologies se répartissaient de la manière suivante : 97% d'en rapport avec une étiologie infectieuse (n=91), 1% (n=1) respectivement en rapport avec une étiologie

allergique ou une étiologie autre.

V) Données relatives à l'orientation

80% des patients (n=75) sont sortis, 18% ont été hospitalisés (n=15) et 2% des patients (n=1) ont fugué ou ont fait une sortie contre avis médical. 5 patients (soit 5% des admissions) ont fait un séjour prolongé en UHCD.

4) Dermatologie

I) Données épidémiologiques

44 patients admis avaient une symptomatologie d'origine dermatologique, soit 3% des admissions totales.

L'âge moyen était de 22.6 ans (+/- 4.4). 95% (n=35) des patients admis étaient des hommes.

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 51.7 jours (+/-63.7).

.

II) Données relatives à l'admission au SAU

11 % des admissions ont eu lieu en juillet (n=4), 11 % en Août (n=4), 11% en Septembre (n=4) et 24 % (n=10) ont eu lieu en Novembre.

51% des patients (n=23) ont été admis entre 13h et 18h30.

Les patients sont arrivés pour 46% des cas par leur propre moyen (n=21), dans 41% avec les pompiers (n=17), 5 % étaient adressés par la PASS (n=3), 5% étaient amenés par les forces de l'ordre (n=2) et 3 % par les associations (n=1).

71% des patients s'exprimaient dans une langue orientale. Aucun traducteur n'a été sollicité.

La classification CIMU moyenne à l'entrée était de 4.32.

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et la consultation au SAU était de

185,9 heures (+/- 190.3).

III) Données relatives à la prise en charge

Une biologie a été effectuée dans 22.7% des cas (n=10), et a mis en évidence une anomalie dans 10% des cas (n=1).

Pour 5% des patients (n=2), une imagerie a été effectuée. Il s'agissait dans 50% des cas (n=1) d'une radiographie standard et dans 50% des cas (n=1) d'une échographie.

Dans 6.8% des cas (n=3), un avis spécialisé a été demandé. Il s'agissait dans tout les cas du chirurgien traumatologue.

34% des patients (n=15) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux.

Un seul patient a subi un traitement chirurgical.

La durée du séjour était en moyenne de 3.81 h (+/- 2.2 heures).

IV) Données relatives au diagnostic

Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés sont dans 27% des cas (n=10) une varicelle, dans 19% des cas (n=7) respectivement une gale simple ou des brulures, dans 14% des cas une gale surinfectée (n=5), dans 5% des cas, un érysipèle (n=2), impétigo (n=2) ou furonculose (n=2) , un cas de zona intercostal, un cas de cicatrice chéloïde et 1 cas de mycose des plis inguinaux (cf. Tableau 28).

Brulure superficielle deuxième degré membre supérieur	3
Brulures superficielles premier degré multiples	4
Brulures deuxième degré membre supérieur	1
Cicatrice chéloïde	1
Erysipèle	2
Furonculose	2
Gale	7
Gale surinfectée	5
Impétigo	2
Intertrigo	1
Kyste mucoïde	1
Mycose plis inguinaux	1
Urticaire allergique	3
Varicelle	10
Zona intercostal	1
Total général	44

Tableau 28 - Diagnostic en rapport avec la dermatologie

81% des étiologies étaient d'origine infectieuse (n=31), 5% (n=2) étaient d'origine allergique, iatrogène ou inflammatoire et 3% était d'origine vasculaire (n=1).

V) Données relatives à l'orientation

92% des patients sont sortis (n=35), 8% ont été hospitalisé (n=3).

5) Endocrinologie

I) Données épidémiologiques

14 patients ont été admis pour une symptomatologie concernant l'endocrinologie, soit 0.96% des admissions totales.

La moyenne d'âge était de 40.5 ans (+/- 16.9). 77% (n=10) des patients admis étaient des hommes.

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 60.5 jours (+/-41.7).

II) Données relatives à l'admission au SAU

23% des patients (n=3) ont été admis en Mai et 23% (n=3) en Novembre, 15% des patients (n=2) ont été admis en Juin et 15% en Avril (n=3).

46% des admissions (n=6) avaient lieu pendant l'après-midi, 23% avaient lieu en soirée (n=3) et 23% pendant la nuit (n=3).

Les patients sont arrivés à 62% (n=9) par le biais des pompiers, 23% par leurs propres moyens (n=3), 8% par le biais de la PASS (n=1) et 8% par la police (n=1).

50% des patients s'exprimaient en langue orientale et 50% des patients s'exprimaient en Anglais. Un traducteur a été sollicité dans 43% des cas. Il s'agissait toujours d'une ressource externe.

La CIMU d'entrée était de 3.6 (+/- 0.5).

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU était de 2.6 heures (+/-1.9).

III) Données relatives à la prise en charge

Les patients ont bénéficié d'une biologie sanguine dans 78% cas (n=11), et dans 73% de ces bilans biologique (n=8), il a été mis en évidence une anomalie.

Dans 36% (n=5) des cas, les patients ont bénéficié d'un examen d'imagerie : 60% de

ces examens étaient une radiographie standard (n=3), 20% étaient respectivement une échographie et une TDM (n=1).

14% des patients (n=2) ont bénéficié d'un examen paraclinique autre.

43% des patients (n=6) ont bénéficié d'un avis spécialisé.

64% patients (n=9) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux. Aucune prise en charge chirurgicale ou réanimatoire n'a été effectuée.

La durée moyenne du séjour était de 3.8 heures (+/-2.2).

IV) Données relatives au diagnostic

43% des diagnostics étaient un diabète déséquilibré et 36% une hypoglycémie (cf. Tableau 29).

Acidose diabétique	1
Découverte diabète	1
Découverte hyperthyroïdie	1
Déséquilibre diabète	6
Hypoglycémie	5
Total général	14

Tableau 29 - Diagnostics en rapport avec l'endocrinologie

Les étiologies étaient pour 23% (n=3) d'origine iatrogène et pour 77% d'origine métabolique (n=11).

V) Données relatives à l'orientation

62% des patients sont sortis (n=9) et 38% ont été hospitalisés (n=5).

6) Rhumatologie

I) Données épidémiologiques

28 patients ont été admis pour une symptomatologie en rapport avec la rhumatologie, soit 2% des admissions totales.

L'âge moyen était de 27.67 ans (+/-11.5) ans, et 90% des patients admis étaient des hommes.

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 65.4 jours (+/-70.8).

II) Données relatives à l'admission au SAU

24% des admissions ont été effectuées en Août (n=6), la répartition le reste de l'année étant homogène.

14% des admissions ont eu lieu au matin (n=4), 48% l'après-midi (n=13), 21% en soirée (n=6) et 17% pendant la nuit (n=5).

Les migrants sont arrivés à 59% par leurs propres moyens (n=16), à 38% avec les pompiers (n=11) et 3% des patients (n=1) des patients a été adressé par la PASS.

64% des patients (n=7) n'ont pas bénéficié de traducteur au cours du séjour, 18% (n=2) ont bénéficié d'une ressource interne et 18% d'une ressource externe.

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU était de 57.2 heures (+/-116.3 heures).

La classification CIMU moyenne était de 4.2 (+/-0.4).

III) Données relatives à la prise en charge

Les patients ont bénéficié d'une biologie sanguine dans 34% des cas (n=10) et dans 10% des cas (n=1), une anomalie a été mise en évidence.

76% des patients (n=22) ont bénéficié d'un examen d'imagerie, il s'agissait dans 95% des cas d'une radiographie standard (n=21) et dans 5% des cas d'une TDM

(n=1).

2 patients (soit 7% des admissions) ont bénéficié d'un examen paraclinique autre.

Un avis spécialisé a été demandé dans 15% des cas (n=5).

59% des patients (n=17) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux, aucun n'a bénéficié d'un traitement chirurgical ou réanimatoire.

La durée moyenne de séjour a été de 5.4 heures (+/- 2.9).

IV) Données relatives au diagnostic

61% des diagnostics (n=17) étaient en rapport avec des douleurs fonctionnelles

(cf. Tableau 30).

Arthrite goutteuse	2
Arthrite réactionnelle	2
Douleurs de croissance	1
Gonalgies mécaniques non-spécifiques	3
Hernie discale	3
Rachialgies communes	9
Lombosciatique commune	3
Lombalgie aiguë	1
Myalgies non spécifiques	2
Polyarthralgies commune	2
Total général	28

Tableau 30 - Diagnostics en rapport avec la rhumatologie

Les étiologies retrouvés ont été à 21% (n=6) une étiologie autre et à 79% (n=22) une étiologie inflammatoire.

V) Données relatives à l'orientation

97% des patients sont sortis (n=27) dont 1 patient qui a fait un séjour prolongé en UHCD et 1 patient a été hospitalisé.

7) Gynécologie -Obstétrique

6 patientes ont été admises initialement au SAU général avant d'être orientées vers le SAU gynécologique.

Les pathologies rencontrées étaient un cas de grossesse extra-utérine, un cas de grossesse intra-utérine évolutive, un cas de salpingite, un cas de vomissements gravidiques, un cas d'agression sexuelle et un cas de Bartholinite.

8) Hématologie

Il y a eu un cas au cours de l'année.

Il s'agissait d'une hémarthrose en rapport avec un déficit en facteur VIII. Le patient a été transféré.

9) Neurologie

I) Données épidémiologiques

8 patients avec diagnostic final en rapport avec la neurologie, soit 1% des admissions totales.

L'âge moyen des patients admis était de 22.7 (+/-8.3) et 93% des patients admis étaient des hommes.

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 65.6 jours (+/-103.7).

II) Données relatives à l'admission au SAU

La répartition des admissions sur la journée s'est faite de la manière suivante : 25% le matin (n=2), 37.5% l'après-midi (n=3), 25% en soirée (n=2) et 12.5% la nuit (n=1).

Les patients ont été admis dans 75% des cas (n=6) par le biais des pompiers et dans 25% des cas (n=2) par leurs propres moyens.

62% des patients s'exprimaient en langue orientale et 38% s'exprimaient en Anglais. Dans 82% des cas (n=14), les patients n'ont pas bénéficié de traducteur et dans 18% des cas (n=3), une ressource interne a été utilisée.

La CIMU à l'entrée était en moyenne de 3.8 (+/-0.6).

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU était de 9.1 heures (+/-19.1).

III) Données relatives à la prise en charge

Dans 37.5% des cas (n=3), les patients ont bénéficié d'une biologie sanguine qui a montré une anomalie dans 33% des cas (n=1).

Les patients ont bénéficié d'une imagerie dans 50% (n=4) dans 50% des cas : il s'agissait d'une TDM dans 75% des cas (n=3) et d'une IRM dans 25% des cas (n=1).

3 patients soit 37.5% des patients ont bénéficié d'un examen paraclinique autre.

Dans 12.5% des cas (n=1), les patients ont bénéficié d'un avis spécialisé.

50% (n=4) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux. Aucun patient n'a bénéficié d'un traitement chirurgical ou réanimatoire.

Le temps moyen du séjour aux urgences était de 6.2 heures (+/-3.8).

IV) Données relatives au diagnostic

Les diagnostics retrouvés étaient à 62.5% des cas des crises épileptiques (n=5), à 25% des céphalées (n=2) en rapport avec une crise migraineuse ou céphalées de tension et 1 Accident Vasculaire Cérébral.

Les diagnostics se sont répartis de la manière suivante (cf. Tableau 31) :

AVC sylvien	1
Céphalée de tension	1
Crise épileptique	5
Crise migraineuse	1
Total général	8

Tableau 31 - Diagnostics en rapport avec la neurologie

V) Données relatives à l'orientation

Au niveau de l'orientation finale, 62.5% des patients sont sortis (n=5), 25% (n=2) ont été hospitalisé et 12.5% (n=1) ont fugué.

10) Cardiologie

I) Données épidémiologiques

Cette spécialité a concerné 32 admissions, soit 2% des admissions totales.

L'âge moyen était de 29.8 ans (+/- 10.7) et 97% (n=30) des patients admis étaient des hommes.

Le délai moyen d'arrivée sur le sol Français était de 56.3 jours (+/-39.8).

II) Données relatives à l'admission au SAU

La répartition des entrées était homogène sur l'année. 19% des admissions ont été effectuées en Mai et 19% des admissions ont été effectuées en Novembre.

Sur la journée, la répartition des admissions se faisait de cette manière : 26% au matin, 32% l'après-midi, 19% en soirée et 23% la nuit.

Les patients sont arrivés à 48% avec les pompiers, à 13 % par leurs propres moyens, 10% par le biais des associations, et 3% par le biais respectivement du SMUR et de la PASS.

50% des patients s'exprimaient en langue orientale. Dans 75% des patients, aucun traducteur n'a été sollicité.

La classification CIMU moyenne à l'entrée était 3.7 (+/- 0.5).

Le délai moyen d'apparition des symptômes était de 60.6 heures (+/-117).

III) Données relatives à la prise en charge

97% des patients (n=30) ont bénéficié d'une biologie. Dans 27% des cas (n=8), une anomalie a été retrouvée.

Pour 84% des patients (n=26), un examen d'imagerie a été réalisé : il s'agissait dans 58% des cas d'une échographie trans-thoracique (n=15) et dans 35% une radiographie standard (n=11).

6% des patients (n=2) ont bénéficié d'un examen paraclinique autre.

Un avis spécialisé a été demandé dans 55% des cas (n=17).

52% des patients (n=16) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux. Aucun patient n'a bénéficié d'un traitement chirurgical ou réanimatoire.

La durée moyenne du séjour était de 6 heures (+/- 2.9 heures).

IV) Données relatives aux diagnostics

Les pathologies concernées étaient 50% de névralgies intercostales (n=15), de 23% de douleurs thoraciques atypiques (n=6), de 6% de poussée hypertensive, de 3% (n=1) de respectivement flutter auriculaire (n=1), péricardite aigue, phlébite, syndrome coronarien aigu, tachycardie jonctionnelle, malaise vagal, et de décompensation cardiaque (cf. Tableau 32).

Décompensation cardiaque sur Endocardite Infectieuse	1
Douleurs thoraciques atypiques	6
Flutter auriculaire	1
Malaise vagal	1
Névralgie intercostale	15
Péricardite aiguë	1
Phlébite	1
Poussée hypertensive	2
Surinfection bronchique sur une CIV	1
Syndrome coronarien aigu	1
Tachycardie jonctionnelle	1
Insuffisance veineuse	1
Total général	32

Tableau 32 - Diagnostics en rapport avec la cardiologie

Les étiologies rencontrées étaient à 42% d'origine inflammatoire (n=13), à 3% d'origine infectieuse (n=1) et 48% (n=15), une étiologie autre.

V) Données relatives à l'orientation

71% des patients (n=29) admis sont sortis, 23% ont été hospitalisés (n=7), 3% (n=1) ont fugué et 3% (n=1) ont été transférés.

11) Néphrologie

3 patients ont été concernés.

Les 3 diagnostics retenus ont été : 1 cas de douleurs lombaires en rapport avec une pyélonéphrite chronique, 1 cas de syndrome néphrotique pur et 1 cas de syndrome néphrotique impur.

D/ Psychiatrie/ Addictologie

1) Addictologie

I) Données épidémiologiques

Cette spécialité a concerné 29 patients, soit 2% des admissions totales.

L'âge moyen des patients admis était de 29.7 (+/- 8.9). 100% (n=29) des patients admis étaient des hommes.

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 38 jours (+/-33.9).

II) Données relatives à l'admission au SAU

52% des patients sont arrivés la nuit, 24% l'après-midi et 24% en soirée.

La répartition des admissions était homogène tout au long de l'année.

97% ont été admis *via* les pompiers (n=28) et 1% par le biais du SMUR (n=1).

La cotation CIMU moyenne à l'entrée était de 4.1 (+/- 0.7).

50% des patients s'exprimaient en Anglais et 50% s'exprimaient en Arabe. Il n'y a jamais eu de recours à un traducteur.

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et l'admission au SAU était de 9.6 heures (+/- 3.3).

III) Données relatives à la prise en charge

66% des patients (n=19) ont bénéficié d'une biologie sanguine. Dans 84% des biologies (n=16), une anomalie a été constatée.

7% (n=2) ont bénéficié d'une imagerie, il s'agissait soit d'une TDM (n=1) ou soit d'une radiographie standard (n=1).

Aucun examen paraclinique autre n'a été demandé.

7% des patients (n=2) ont bénéficié d'un avis spécialisé.

72% des patients (n=21) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux. Aucun patient n'a bénéficié d'un traitement chirurgical ou réanimatoire.

La durée moyenne du séjour aux urgences a été de 9.4 heures (+/-3).

IV) Données relatives au diagnostic

Les diagnostics retrouvés ont été de 28 cas d'ivresse aiguës et 1 cas d'intoxication au cannabis.

66% (n=19) des étiologies étaient d'origine iatrogène et 34% (n=10) étaient d'origine autre.

V) Données relatives à l'orientation

93% des patients admis sont sortis, 7 % ont fugués et 1 patient a effectué un séjour prolongé en UHCD.

2) Psychiatrie

I) Données épidémiologiques

27 patients admis ont été concernés par cette spécialité.

L'âge moyen des patients admis était de 27.7 ans (+/-11.4). 89% des patients admis étaient des hommes (n=24).

Le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français était de 77.5 jours (+/-73.8).

II) Données relatives à l'admission au SAU

22% des patients (n=6) ont été admis en octobre. La répartition des entrées le reste de l'année était homogène. La répartition des entrées sur le nyctémère était homogène.

55% des patients sont arrivés par le biais des pompiers (n=15), 15% par leurs propres moyens, 11% avec respectivement les forces de l'ordre et la PASS (n=3), et 4% respectivement par le SMUR et les associations (n=1).

36% des patients s'exprimaient en langue orientale et 43% des patients s'exprimaient en Anglais.

50% des patients ont bénéficié d'un traducteur : dans 29% des cas, il s'agissait d'une ressource externe et dans 21% des cas, d'une ressource interne.

La classification CIMU moyenne à l'entrée était de 3.9 heures (+/-0.5).

Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et la consultation au SAU était de 57.2 heures (+/-116,3).

III) Données relatives à la prise en charge

74% ont bénéficié d'une biologie sanguine (n=20), il existait une anomalie dans 5% des cas (n=1). 33% des patients ont bénéficié d'une imagerie, il s'agissait toujours d'une radiographie.

11% (n=3) ont bénéficié d'un examen paraclinique autre.

60% ont bénéficié d'un avis spécialisé (n=16).

22% des patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux (n=6).

La durée moyenne du séjour était de 6.8 heures (+/-5.1).

IV) Données relatives au diagnostic

Voici les diagnostics en rapport avec la psychiatrie (cf. Tableau 33).

Attaque de panique	7
Bouffée délirante aiguë	4
Episode dépressif majeur	3
Tentative autolyse	3
Troubles anxieux généralisés	9
Troubles du comportement	1
Total général	27

Tableau 33 - Diagnostics en rapport avec la psychiatrie

V) Données relatives à l'orientation

81% sont sortis (n=22), 15% ont été hospitalisés (n=4) et 1% a fugué (n=1).

E/ Pathologies autres

I) Données épidémiologiques

Cette catégorie, comprenant les pathologies circonstanciées, sociales et judiciaires a concerné 110 patients, soit 8% des admissions totales.

L'âge moyen était de 26.5 ans (+/-9.7), on retrouvait 97% d'hommes (n=108), avec un délai moyen d'arrivée sur le territoire Français de 20 jours (+/-9.5).

II) Données relatives à l'admission au SAU

57% de ces patients (n=63) sont arrivés la nuit. 18% (n=20) des admissions ont eu lieu en octobre, 15% (n=17), en juin et 11% (n=12) ont eu lieu en décembre.

58% des patients s'exprimaient en Anglais. Pour 8% des patients, un traducteur a été utilisé, il s'agissait toujours d'une ressource externe.

49% des patients ont été admis par les forces de l'ordre (n=54), 45% ont été admis par les pompiers (n=49), 4% sont arrivés par leurs propres moyens (n=5), 1% des patients ont été admis par le SMUR (n=1) et 1% des patients a été adressé par la PASS.

La CIMU à l'entrée était de 4.54 (+/-0.63).

Le délai d'apparition des symptômes était de 42.36 heures (+/-141).

III) Données relatives à la prise en charge

Une biologie a demandé dans 28% des cas (n=30) et une anomalie a été retrouvé dans 16% des cas (n=4).

Pour 13% des patients, un examen d'imagerie a été demandé, il s'agissait d'une radiographie standard dans tous les cas. 6% des patients (n=2) ont bénéficié d'un examen paraclinique autre.

5% des patients (n=2) ont bénéficié d'un avis spécialisé.

12% des patients (n=4) ont bénéficié d'un traitement médicamenteux et 1% (n=1) d'un traitement réanimatoire.

La durée du séjour au SAU était en moyenne de 3.1 heures.

IV) Données relatives au diagnostic

Les diagnostics étaient dans 51% une demande de certificat (n=56) et 12.8% une noyade ou un malaise vagal (=14) (cf. Tableau 34).

CNH	56
Déshydratation aiguë	4
Exposition substance radioactive	5
Hypothermie	14
Malaise vagal	14
Noyade	8
Problème social	9
Total général	110

Tableau 34 - Diagnostics en rapport avec une pathologie autre

Les étiologies retrouvées étaient à 90% une étiologie « autre » (n=108), 6% (n=7) une origine iatrogène et 4% une étiologie métabolique (n=4).

V) Données relatives à l'orientation

L'orientation finale a été : 98% de sortie (n=108) avec 1 séjour prolongé en UHCD, 1% (n=1) d'hospitalisation et 1% de fugue (n=1).

DISCUSSION

1/ Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de décrire les pathologies des migrants aux urgences générales de l'hôpital de Calais et secondairement de connaître les caractéristiques du séjour des migrants aux urgences de Calais ainsi que de décrire le profil épidémiologique de ces patients.

Les patients migrants admis étaient, comme décrit dans la plupart des études, en majorité des hommes, jeunes [30], originaires d'Afrique de l'Est. Ils s'exprimaient essentiellement en langue orientale.

Notre étude montre que la majorité des patients migrants est admis par le biais des pompiers alors même que les motifs de recours ne semblent pas relever de la médecine d'urgence. On constate, en effet, un faible recours aux examens paracliniques (28,3% des patients n'ont bénéficié ni d'examen d'imagerie, ni d'examen radiologiques) ainsi qu'un faible recours aux avis spécialisés. Cependant la durée du séjour est relativement longue (4.9 heures en moyenne) pour la prise en charge de ces patients dont le motif de recours semblait d'avantage relever de la médecine générale plutôt que de la médecine d'urgence.

Nous avons constaté une très grande variété de pathologies. Il s'agissait la plupart du temps de pathologies bénignes, en témoigne un faible pourcentage d'hospitalisation (18.2% des patients migrants admis).

2/ Critères de validité interne

A/ Points faibles

Il s'agit d'une étude rétrospective et comportant de nombreuses données manquantes. Certains diagnostics ont été extrapolés à partir de l'anamnèse et des résultats des examens complémentaires car ils n'étaient pas signalés dans le dossier.

Certaines spécialités comportent des effectifs trop faibles pour être interprétés.

Les données recueillies concernant l'âge étaient déclaratives et ne sont donc pas toujours fiables.

B/ Points forts

Malgré la concentration exceptionnelle et unique en France de migrants sur le territoire Calaisien, aucune étude n'avait été réalisée sur ce sujet, il s'agit d'un premier état des lieux des pathologies de migrants sur une année civile complète. Cette étude est par ailleurs exhaustive, puisque tous les migrants s'étant présentés ont été inclus dans l'étude.

C/ Choix méthodologique

Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective et exhaustive qui nous a permis de dresser un état des lieux des pathologies des migrants et de leur prise en charge au cours d'une année civile complète.

D/ Biais et limite d'étude

Il existe un biais de recueil des données lié à l'étude rétrospective qui expose à la perte de données non retranscrites dans les dossiers médicaux étudiés.

3/ Critères de validité externe

Au cours de l'année 2014, il existe une moyenne de 4 migrants admis par jour au SAU de Calais, ce qui constitue une proportion finalement faible, contre toute attente, par rapport aux 110 admissions moyennes constatées quotidiennement aux urgences de Calais. On peut expliquer ce résultat soit par une absence de recours aux soins, soit par le recours aux autres offres de soins disponibles sur le territoire, que ce soit les associations (médecins du monde ou médecins sans frontières) ou par la PASS.

On constate toutefois qu'il y a 3 à 4 fois plus d'admissions en fin d'année par rapport au début d'année. Cette évolution est superposable aux estimations de l'évolution de la démographie des migrants présents sur le territoire fournies par la sous-préfecture. On peut donc émettre l'hypothèse que le nombre de migrants admis au SAU est directement liée au nombre de migrants présents sur le territoire Calaisien.

L'épidémiologie de la population admise montre que les migrants présents sur le territoire Calaisien sont principalement des hommes jeunes. Comme souligné dans les études réalisées précédemment, le fait d'entreprendre un projet de migration nécessite une bonne condition physique initiale [1].

Beaucoup de migrants sont issus de l'Afrique de l'Est et la proportion de Syriens présents est assez faible contrairement à ce que suggèrent les informations diffusées par les médias nationaux. La guerre civile qui a lieu dans ce pays depuis 2013 entre les forces gouvernementales, les forces de l'opposition et Daech a finalement eu peu d'impact sur le nombre de migrants présents sur le territoire Calaisien.

Concernant les caractéristiques de l'admission : on constate un recours

privilegié des pompiers comme mode de transport aux urgences. 59% des admissions ont eu lieu *via* les pompiers, ce qui interroge sur les possibilités de recours au SAU pour les migrants : l'appel aux pompiers, à un numéro unique constitue une facilité pour ces populations ou les associations qui les accompagnent. Ils n'ont pas accès aux ambulances privées et les associations ne peuvent pas transporter les patients la nuit.

La deuxième interrogation au sujet de l'importance du nombre de patients migrants transportés par les pompiers concerne le rôle du centre 15 dans la gestion des interventions des pompiers lors des appels des migrants, avec l'hypothèse d'un transport systématique des migrants au SAU sans régulation. Il serait intéressant de faire un travail spécifique sur la régulation des appels des patients migrants ou des associations en confrontant les données du SDIS et celles du centre 15 pour évaluer le nombre d'appels ayant bénéficiés d'une régulation médicale et ceux ayant fait l'objet d'un transport systématique sur le centre hospitalier sans régulation.

La répartition des admissions sur le nycthémère est homogène. Il y a eu autant d'admissions la journée et la nuit. Cette tendance diffère de la population générale, chez qui les admissions se font majoritairement en journée.

On peut expliquer ce résultat par le mode de vie des migrants, qui ont une activité en grande partie nocturne. Ils profitent de l'obscurité, plus propice, pour tenter de pénétrer dans les camions ou contourner les dispositifs de sécurité du Tunnel sous la Manche ou du port de Calais. Alors que leur activité en journée, où ils se reposent et préparent leur activité nocturne, est plus calme.

D'autre part les résultats soulignent que le délai d'arrivée sur le territoire Français avant l'admission au SAU est relativement faible (53 jours en moyenne). Il

semblerait que malgré les mesures mises en place pour empêcher l'accès aux différents sites clés, de nombreux migrants parviennent à se rendre en Angleterre. Ce résultat est en faveur d'un turnover important des migrants présents sur le territoire Calaisien.

La pathologie traumatique constitue très nettement la première cause d'admission au SAU. Etre migrant à Calais semble être un facteur de risque d'affections traumatiques et cette hypothèse pourrait constituer le sujet d'une étude ultérieure.

Les motifs de recours étaient partagés à parts égales entre les rixes et les chutes. Les admissions pour rixe ont lieu prioritairement la nuit.

La plupart des lésions traumatiques sont en rapport avec des blessures intentionnelles, liées aux rixes et se localisent au niveau de l'appareil locomoteur.

Les conditions de vie des migrants expliquent probablement ces résultats. Ils se regroupent sans véritable distinction ethnique dans des camps, ce qui est à l'origine de tensions et d'émeutes entre les communautés qui ont lieu essentiellement la nuit, comme on a pu le constater. Ces rixes se produisent également avec les forces de l'ordre, les passeurs ou plus rarement la population Calaisienne.

L'objectif des migrants du Calaisis est de passer en Angleterre, que ce soit en se cachant dans les camions ou en tentant de pénétrer sur le site d'Eurotunnel. Ils sont ainsi sujets aux chutes de camions, aux chutes de trains ou encore aux chutes de murs ou de grillages qu'ils tentent de franchir.

Leur positionnement sur les bandes d'arrêt d'urgence des différentes rocade autoroutières pour guetter ou provoquer les ralentissements de camions les expose aussi à un risque important de percussioin par les véhicules circulants.

Malgré un environnement et des conditions hostiles, les diagnostics étaient essentiellement bénins entre contusions, plaies mineures et entorses.

Cette constatation n'occulte pas la fréquence des traumatismes graves et des morts violentes causées par les tentatives de passage. Ainsi l'étude de l'activité du SMUR au cours de l'année 2014 [32] recense 26 interventions primaires avec une forte proportion de motifs extrêmement grave. Ces interventions concernaient essentiellement un motif traumatologique, avec majoritairement des accidents de la voie publique. Il s'agissait de migrants percutés sur la rocade. On retrouve également la prédominance de chutes graves que ce soit d'un pont ou d'un camion et de rixes avec plaies par armes blanches.

Les migrants prennent des risques inconsidérés et on a assisté à des cas d'électrocution, de migrants percutés ou écrasés par des trains ou des camions

Un migrant est décédé lors d'une intervention SMUR et au moins 15 migrants sont décédés au cours de l'année 2014 dans des circonstances violente.

40% des hospitalisations ont eu lieu dans le service de traumatologie pour des fractures. Les suites de ces prises en charge ont été rendues complexes par les conditions de vie des migrants. Il était en effet difficile de laisser sortir des patients sans réel domicile avec des fractures pouvant parfois concerner deux membres simultanément ou pour lesquelles la douleur restait importante. Ceci a entraîné des durées moyennes de séjours prolongées que ce soit dans le service de traumatologie ou en SSR et a impacté l'activité de l'hôpital en l'embolisant par période.

Les maladies infectieuses constituent le deuxième type de pathologies pour lesquelles les patients ont eu recours au SAU.

Comme attendu, on a constaté un pic des admissions pour un motif infectieux en fin d'année qui s'explique par les épidémies virales saisonnières.

Dans 87% des cas, il s'agissait de maladies infectieuses contractées sur le territoire Calaisien et liées au mode de vie (promiscuité, précarité). En effet, ils sont logés dans des campements de fortune, dans le froid, à l'origine de la prédominance des infections de la sphère ORL et respiratoire. Mais contrairement à ce que nous pouvions craindre, nous n'avons pas constaté de phénomènes de contagions, ni de pic épidémiques particulier au cours de l'année 2014 au SAU de Calais. Il faut toutefois signaler que suite à l'évolution démographique de 2015 et 2016, plusieurs épidémies se sont succédées : grippe, rougeole et varicelle.

Les migrants ont un accès limité à l'eau courante et à une alimentation saine, à l'origine des infections gastro-entérologique.

13% des pathologies concernaient des pathologies infectieuses d'importation.

Les pathologies infectieuses étaient essentiellement bénignes puisque la plupart de ces patients n'a pas été hospitalisés. Toutefois, le devenir de ces patients a été problématique. On constate en effet que l'essentiel des séjours prolongés en UHCD étaient en rapport avec des maladies infectieuses. Comme pour certaines pathologies traumatiques, il était difficile de laisser ces patients fragilisés retourner dans leur milieu, même si leurs affections ne présentaient aucun critère de gravité.

La revue des pathologies met en évidence 27 cas de paludisme au cours de l'année 2014. Il s'agissait d'une pathologie inhabituelle pour le SAU et pour l'hôpital de Calais qui ne possède pas de service de maladies infectieuses ni même de service de médecine polyvalente.

Les cas de paludisme rencontrés étaient principalement des paludismes à *Plasmodium vivax*, concernant des migrants originaires d'Afrique de l'Est.

L'orientation de ces patients était problématique en l'absence d'un service de maladies infectieuses. On constate ainsi que ces patients ont souvent été orientés « par défaut » dans le service d'USC ou ont séjourné de manière prolongée en UHCD en l'absence d'un service adéquat.

La prédominance de paludisme à *Plasmodium vivax* pose également la question des thérapeutiques employées au cours des prises en charge. Les accès de reviviscence sont essentiellement causées par *Plasmodium vivax*, et surviennent dans les mois ou les années suivant un séjour en zone endémique et ce même après la prise d'un traitement conforme lors des accès. La primaquine constitue le traitement de référence pour l'éradication du parasite, mais nécessite la recherche d'un déficit en G6PD, dont le délai d'obtention des résultats est d'environ une semaine. Or ces patients sont désireux de quitter l'hôpital au plus vite et il est quasiment impossible de les reconvoquer en consultation. Les accès palustres admis au SAU étaient pour la plupart évitables s'ils étaient dépistés au préalable. En l'état actuel, il est difficile de traiter définitivement ces patients.

L'absence de politique de santé publique concernant cette population en 2014, notamment en terme de prévention, a un impact sur la fréquentation des SAU avec survenue de pathologies évitables. Cet état de fait doit aussi conduire le centre hospitalier de Calais à s'interroger sur la nécessité de se doter d'un service de médecine polyvalente et sur celle de recruter un médecin infectiologue.

L'analyse des données relatives à l'admission montre le caractère majoritairement non-urgent des symptomatologies des migrants à l'admission : 92% des patients admis avaient une classification CIMU supérieure ou égale à 4 (définie comme une atteinte lésionnelle ou fonctionnelle stable). Ce constat se retrouve

également dans les caractéristiques de la prise en charge qui montre que 28.3% des migrants admis n'ont bénéficié d'aucun examen paraclinique et que 80% des patients n'ont pas bénéficié d'un avis spécialisé. La moitié des patients admis n'ont pas bénéficié d'un traitement médicamenteux.

Ces patients relèveraient donc plus d'une consultation de médecine générale. On peut penser que les raisons pour lesquelles ces patients sont admis aux urgences est une facilité d'accès 24h sur 24 et 7 jours sur 7 du SAU, une absence d'alternative pour l'obtention des soins, voire un mésusage du SAU. En effet, celui-ci peut être utilisé pour obtenir un repas, une douche ou un endroit pour dormir. Le mésusage du SAU peut également concerner la population générale et il pourrait être intéressant de comparer ces deux populations.

La prise en charge du patient migrant est complexe. Elle doit intégrer les différences culturelles, la précarité socio-économique, le vécu ainsi que les attentes du patient. Il y a donc une demande de prise en charge mixte à la fois médicale, sociale et psychologique. Cette complexité augmente avec la barrière linguistique.

Elle requiert, de la part des professionnels de santé une aptitude à l'écoute, de l'anticipation et de l'adaptation. De plus, elle fait appel aux compétences d'ordre relationnel et médico-social.

Deux tiers des migrants admis aux urgences ne s'exprimaient que dans une langue orientale et dans la majorité des cas aucun traducteur n'a été sollicité au cours de leur prise en charge.

Le service ne dispose pas de traducteur à temps complet. Pour ces patients admis, il a fallu s'adapter et mettre en place des moyens et des techniques particulières pour comprendre l'anamnèse de la symptomatologie : utilisation de

mimes, de pancartes avec des symptômes dessinés ou utilisation d'un traducteur informatique.

La conséquence est que beaucoup de données concernant le séjour au SAU sont manquantes. Dans notre étude, le délai moyen d'arrivée sur le territoire Français avait été notifié dans 10% des dossiers ; les moyens d'expression avaient été renseignés dans 30% des dossiers et le délai entre l'apparition de la symptomatologie et l'admission au SAU avait été renseignée dans 46% des dossiers.

La méthodologie de l'étude ne permet cependant pas de savoir si ces données n'ont pas été recherchées au cours de l'interrogatoire ou si elles n'ont pas été notifiées dans le dossier.

L'hypothèse est que le manque de traducteur associé à un manque de temps de la part de l'équipe soignante est probablement une des sources du manque d'information dans le dossier médical.

Ce manque de d'information peut avoir de lourdes conséquences : En effet l'année 2014 a été marquée par l'épidémie du virus Ebola. L'hôpital de Calais en tant que carrefour stratégique sur la route des migrants a développé des mesures de prévention particulières : pour chaque migrant admis avec des symptômes compatibles, la température était prise au Thermoflash par l'infirmier d'accueil et en cas de présence d'une température corporelle supérieure à 38.5°C, le patient était isolé rapidement afin de connaître la date d'apparition de la symptomatologie, le pays d'origine ainsi que le trajet effectué.

Malgré ces mesures, pour 23 migrants admis au SAU de Calais avec une température corporelle supérieure ou égale à 38.5°C et une symptomatologie compatible, l'origine géographique n'avait pas été renseignée dans le dossier, donc possiblement compatible avec une zone endémique du virus Ebola. Ce constat pose

également la question de la mise en place de précautions particulières pour le personnel.

L'état de santé des migrants se dégrade avec l'augmentation du temps passé sur le territoire d'accueil. Cette population présente des risques sanitaires particuliers. Toutefois, le parcours de soins des patients migrants est encore mal structuré.

Le recours au SAU reste un des moyens privilégiés pour obtenir les soins primaires. Au cours de l'année 2014 il n'y a pas eu de vraie crise sanitaire ayant impactée l'activité du SAU de Calais. Cependant, la situation comporte des risques qu'il faut maîtriser et anticiper. La veille sanitaire doit être renforcée, en s'appuyant notamment sur les acteurs locaux, y compris associatifs, et sur une politique de prévention qui doit être développée en amont du SAU.

Jusqu'en 2014, les dispositifs d'offres de soins étaient souvent improvisés et temporaires. Leurs mises en place résultaient davantage d'une réaction aux évènements sur le terrain que d'une véritable réflexion globale.

A de nombreuses reprises, la destruction des campements et des squats par les autorités a entraîné le démantèlement de l'offre de soins que les acteurs présents sur le terrain avaient mis en place. Ces destructions étaient responsables de la dispersion des migrants sur le territoire, qui n'avaient alors plus d'accès aux soins et pour qui le recours au SAU devenait de nouveau la seule possibilité.

La poussée migratoire du printemps 2015 et les pressions exercées par de nombreuses associations ont conduit les autorités à développer une nouvelle organisation de l'offre de soins sur le Calaisis. Celle-ci repose sur l'ouverture de structures sanitaires au niveau du centre Jules Ferry et sur une meilleure

coordination entre les différents acteurs de la prise en charge des migrants (ONG, PASS, consultations spécialisées).

Ainsi le centre Jules Ferry a été le siège de la création d'une deuxième PASS au plus près de la population migrante, fonctionnant avec des médecins polyglottes, des infirmières, un traducteur, une psychologue. Le fonctionnement était assuré en coordination avec les associations sur le terrain. Une réunion des différents acteurs se déroule chaque mois pour améliorer le fonctionnement de l'offre de soins.

Ces derniers mois la PASS « Jules Ferry » a pris en charge 100 à 150 patients chaque jour. Cette consultation sur le terrain permet d'effectuer un véritable tri médical diminuant ainsi le nombre de recours inutile au SAU du centre hospitalier et permettant de dépister et d'orienter au mieux les patients les plus graves.

Par ailleurs des lits de « répit » ont été créés, c'est le Service de Suite d'Hospitalisation (SSH) conçu comme une passerelle entre l'hôpital et le retour dans le camp. Ce service permet de diminuer les durées de séjour, notamment dans le service de traumatologie, tout en permettant aux patients de bénéficier d'une convalescence plus proche de celle qu'ils connaîtraient s'ils avaient un domicile.

Bien que beaucoup d'efforts aient été faits pour développer l'offre de soins, celle-ci est actuellement dépassée par l'augmentation de la population migrante estimée ce jour aux alentours de 10 000 personnes. Quelques soient les solutions politiques envisagées pour les prochaines semaines, il y a urgence à poursuivre le développement d'un réseau multidisciplinaire entre les différents acteurs de la santé des migrants que ce soit les acteurs en première ligne ou ceux dans les structures médicales. Le phénomène de migration va continuer à prendre de l'ampleur en raison de la persistance de l'instabilité géopolitique mondiale et continuer d'impacter le Calaisis et même à terme l'ensemble du territoire Français.

L'amélioration de la prise en charge passe également par une amélioration de la prévention. C'est à cette fin que depuis décembre 2015, l'INVS (institut de veille sanitaire) Nord-Pas de Calais, analyse l'activité du service des urgences de Calais en temps réel par le biais de l'analyse de ses RPU (Résumé de Passage aux Urgences).

Le RPU est un ensemble de données médico-administratives comprenant notamment le motif de recours, la cotation de la gravité à l'admission, l'âge, le sexe, le diagnostic principal. Ces données sont transmises quotidiennement par le service des urgences à l'INVS. Leur analyse permet à l'institut d'assurer une veille sanitaire en temps réel en dépistant par exemple l'émergence d'éventuelles épidémies pouvant conduire à la diffusion d'alertes pour les acteurs du terrain mais aussi à des mesures de grande ampleur comme des campagnes de vaccination. L'INVS peut aussi par ce biais dépister l'émergence de tensions conduisant à des violences physiques devant l'augmentation des motifs de recours traumatiques survenus lors de rixes. La principale limite de cet outil est la non exhaustivité des RPU, c'est pourquoi le service des urgences a recruté un agent dont la tâche est d'assurer la qualité des données des RPU surtout concernant la population migrante.

Il est nécessaire d'intégrer l'ensemble de ces mesures dans une politique globale, à long terme et à tous les niveaux de soins : Il faudrait développer le nombre de centres de soins ainsi que leurs visibilité, leurs accessibilités, leurs amplitudes horaires, et leurs capacités d'accueil, muni de traducteurs, voire d'une structure d'accueil temporaire.

On a par ailleurs, constaté qu'un des freins principaux à la prise en charge réside dans la barrière de langue, qui a forcé les équipes soignantes du SAU à

s'adapter. Une des solutions qu'il faudrait envisager serait d'embaucher un traducteur présent à temps plein.

La traumatologie était de loin le motif de recours principal au SAU, il semblerait qu'être migrant à Calais soit un facteur de risque important de traumatisme et il conviendrait de comparer le risque traumatique du patient migrant à la population générale.

Il convient également de ne pas négliger l'impact psychologique sur le personnel médico-soignant du SAU confronté quotidiennement à des situations de grande détresse socio-psychologique et parfois de violences. Il faudrait envisager des ateliers spécifiques ainsi que d'un accompagnement psychologique au besoin.

La prise en charge des migrants est toujours complexe et doit être globale. L'accueil au SAU devrait intégrer cet élément afin de l'améliorer, avec possibilité d'un accueil spécifique pour ces patients par du personnel formé à cet égard, intégrant la dimension sociale et psychologique. Une autre piste d'amélioration de la prise en charge consisterait à développer le lien entre la prise en charge en amont et aval du passage au SAU, avec notamment le développement de structure de soins primaires, et de consultations spécialisées centrées sur les migrants. Cela impliquerait une meilleure intégration de cette population au sein du paysage Calaisien avec notamment une identification de ces populations voire un accès à la protection maladie. En aval de la prise en charge aux urgences, la mise en place d'un suivi, avec développement d'outil de prévention reste un élément essentiel qui pourrait permettre de diminuer l'affluence de ces populations au SAU.

L'aspect unique de cette situation sur le territoire Français implique une organisation spécifique et constitue un défi pour les autorités dans les années à venir. Si des

moyens ont déjà été alloués, cet état de fait implique le développement d'une politique de santé publique à plus grande échelle.

CONCLUSION

L'accès aux soins est un enjeu majeur pour les populations migrantes. Le Calaisis est concerné par ce phénomène de migration depuis de nombreuses années, mais on a constaté un pic migratoire depuis fin 2013.

Ce travail a mis en exergue deux points concernant les migrants qui ont recours au SAU pour obtenir les soins : d'une part la prédominance des pathologies traumatiques et infectieuses et d'autre part le caractère bénin des affections présentées, la plupart relevant de la médecine générale, avec une faible proportion d'urgences vitales.

La prise en charge sanitaire des migrants est complexe, à la fois médicale, psychologique et sociale. Alors que le SAU, de par sa spécificité ne peut pas contenter l'ensemble de ces caractéristiques lors de la prise en charge.

L'année 2015 a vu l'apparition du centre Jules Ferry, comprenant une deuxième PASS et l'ouverture de 10 lits de SHS. Mais, afin de diminuer le recours au SAU des migrants pour des motifs relevant d'une consultation en cabinet de médecine générale, les solutions seraient de favoriser l'ouverture aux droits communs, de développer les centres d'accès aux soins primaires et d'envisager la mise en place d'une politique globale de santé publique.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification CIMU

TRI	SITUATION	RISQUE D'AGRAVATION	ACTIONS	DELAIS D'INTERVENTION	INSTALLATION
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min médecin < 1 min	Déchoquage (SAUV)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchoquage (SAUV)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Annexe 2 : Présentation des contusions présentées par les migrants

Type de contusions	
Contusion abdominale	1
Contusion bassin	2
Contusion cérébrale	17
Contusion cervicale	1
Contusion cheville	14
Contusion costale	6
Contusion coude	21
Contusion crâne	1
Contusion cuisse	2
Contusion doigt	3
Contusion dorsale	5
Contusion épaule	6
Contusion faciale	16
Contusion genou	35
Contusion hallux	1
Contusion hanche	2
Contusion ophtalmique	1
Contusion jambe	7
Contusion lombaire	6
Contusion pied	12
Contusion poignet	10
Contusion thoracique	1
Contusions multiples superficielles	91
Total général des contusions	261

Annexe 3 : Présentation des autres diagnostics rattachés à la traumatologie :

Autres types de diagnostics rattachés à la traumatologie	
Amputation traumatique de doigt	4
Douleurs post fracturaire	1
Neuropathie radiale traumatique	1
Œdème sous plâtre	2
Ongle incarné	1
Réfection de pansement	3
Réfection de plâtre	2
Traumatisé grave	4
Abcès cutané collecté	3
Abcès sous cutané collecté	2
Abcès sous cutané non-collecté	4
Arthrite septique	2
Panaris collecté	4
Panaris non-collecté	6
Hématome extra-dural	1
Hématome intra-cérébral	2
Hématome sous-unguéal	1
Rupture rénale	2
Traumatisé grave	2
Total général	47

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Berchet C, État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012 Mars; 42-45
2. Perlman A, Injury Patterns Among Illegal Migrants from Africa in Israel. *Journal of Immigrants and Minority Health*. 2015
3. Mahmoud I, Immigrants and the utilization of hospital emergency departments. *World Journal of Emergency Medicine*. 2012; 4(3) : 245-250
4. Mathieu A, « Prise en charge des migrants en médecine générale », thèse d'exercice de médecine générale. Lille 2. 2011
5. Laliberté D, Crises humanitaires, santé des réfugiés et des déplacés : un cadre analytique. *Revue européenne des migrations internationales*. 2007; 23(3) : 85-96
6. Conseil supérieur d'hygiène publique de France, Médecin et maladies infectieuses. 2004; 34: 397-398
7. Coirier E. L'état de santé des nouveaux migrants, *Infos migrations, n°70*. 2014
8. Collège National des Généralistes Enseignants. *Référentiel métier et Compétences du médecin généraliste*. 2009
9. Dumontier A. Une rixe entre migrants fait huit blessés, Le Parisien [en ligne], Janvier 2015. Disponible sur < www.leparisien.fr/faits-divers/calais-une-rixe-entre-deux-cents-migrants-fait-huit-blesses-03-01-2015>
10. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'Etat.
11. Getaz L, Chappuis F. *Revue Med Suisse*. 2014, 10 : 827-32
12. Bertish B. Maladies infectieuses chez les migrants en Suisse. *Forum médical Suisse*. 2012 ; 12(33) ; 628-635
13. Lot F, Antoine D, Pioche C, Larsen C, Che D, Cazein F, Semaille C, Saura C. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B, Institut de veille sanitaire, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012 Janvier ; 2-3-4 : 25-29

14. Jolivet A, Florence S, Lebas J ; Migration, santé et soins en Guyane (France) en 2009, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2012 Janvier ; 2-3-4: 48-51
15. Hadziabdic et al. Arabic-speaking migrants' attitudes, opinions, preferences and past experiences concerning the use of interpreters in healthcare: a postal cross-sectional survey. *BMC Research Notes*. 2014; 7:71
16. Comité Médical pour les Exilés. Guide pratique 2008 COMEDE: Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. 2008 ; 70-72
17. Corea-Velez, Hospital utilisation among people born in refugee-source countries: an analysis of hospital admissions, Victoria, 1998–2004. *Médical Journal of Australia*. 2007; 186 : 577–580
18. Andrea Buron, Francesc Cots, Oscar Garcia et al, Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:51
19. Comité Médical pour les Exilés. La santé des exilés. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2014 ; 16-19
20. Comité Médical pour les Exilés. Migrants/ étrangers en situation précaire : soins et accompagnements, guide pratique pour les professionnels, édition 2013. Editions Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2013 ; 141-146
21. Kaoutar B, Mathieu-Zahzam L, Lebas et al. La santé des migrants consultant la polyclinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, France. *Bulletin de la société de pathologie exotique*. 2012;105 :86-94
22. Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen et al.. Emergency room utilization in Copenhagen: a comparaison of immigrant groups and Danishborn residents. *Scand Journal of Public Health*. 2004 ; 32: 53-9
23. Gétaz L, Lozano Becerra JC, Wolff H, Chappuis F et al. Maladies tropicales persistantes chez les migrants. *Revue Medicale Suisse*. 2014 ; 425 : 827-832
24. Institut National de Veille Sanitaire. Principaux motifs de recours aux structures de soins des populations migrantes des sites de Calais et Grande-Synthe. *Le point épidémiologique*. 2016
25. Moreau-Gruet, F, Luvet S. Population migrante et santé – Analyse des hospitalisations. *Obsan Bulletin*. 2012 ; 1
26. Organisation Mondiale de la Santé. Réfugiés et migrants : les problèmes de santé les plus courants. 2016. Disponible sur<<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues> >

27. Ministère de l'intérieur, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants. 2015
28. Hladun O, Grau A. Results From Screening Immigrants of Low-Income Countries : Data From a Public Primary Care. *Journal of Travel Medicine*. 2014; 21: 92–98
29. Direction générale des Finances - Direction générale des affaires sociales. Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat. 2007
30. Bouhenia M, Ben Farhat J. Evaluation de l'état sanitaire des réfugiés durant leur parcours et à Calais. 2016
31. Le défenseur des droits. Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de Calais. 2015
32. Rashidi S. « Caractéristiques des interventions du smur de calais sur la population des migrants du calaisis étude comparative avant et après le flux migratoire du printemps 2015 ». Mémoire. Lille 2. 2016

AUTEUR : HENDRYCKS Anthony

Date de Soutenance : Jeudi 3 Novembre 2016

Titre de la Thèse : Accueil de la population migrante dans le SAU du CH Calais : Enquête épidémiologique, rétrospective avec revue des pathologies menée sur l'année 2014

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale

DES: Diplôme d'enseignement spécialisé de médecine générale

Mots-clés : Migrants, SAU, soins primaires

Contexte : La présence des migrants sur le territoire Calaisien est un phénomène qui prend de l'ampleur. A l'issue du processus de migration, l'état de santé des populations migrantes se dégrade plus rapidement que les populations non-migrantes. L'accès aux soins pour ces populations est limité et les SAU constituent un recours privilégié. Les revues de pathologies menées en ambulatoire et en hospitalier montrent la prévalence de certaines pathologies : pathologies infectieuses, pathologies psychiatriques et pathologies obstétricales, mais nous ne disposons pas d'études décrivant les pathologies des migrants lorsqu'ils ont recours à un SAU.

Méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique, rétrospective monocentrique et exhaustive au SAU du CH de Calais au cours de l'année 2014.

Résultats : 1462 patients ont été inclus, il s'agissait principalement d'hommes jeunes.

59% ont été admis par les pompiers. 82% sont sortis directement. 29 % n'ont pas bénéficié d'examens paracliniques et la proportion d'urgences vitales était très faible. Les pathologies les plus fréquentes étaient la traumatologie (41.3%), principalement causées par des rixes et le plus souvent bénignes. Le deuxième motif d'admission concernait les maladies infectieuses (29.3%), acquises sur le territoire d'accueil. Les pathologies tropicales étaient rare et nous n'avons pas observé d'épidémies.

Conclusion : un tiers des affections présentées par les migrants au SAU de Calais en 2014 relevaient de la médecine générale. Les raisons de ces admissions sont un manque d'accès aux soins primaires et une absence de régulation médicale.

Composition du Jury :

Président : Pr. Eric WIEL

Assesseurs : Pr. JC GRANRY ; Pr. E. SENNEVILLE ; Dr I.ALCARAZ ; Dr. F.BATTIST