



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude épidémiologique descriptive des pathologies observées chez  
les patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la  
Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais sur le site Jules  
Ferry de novembre 2015 à avril 2016**

Présentée et soutenue publiquement le 4 mai à 18 heures  
Au Pôle Formation  
**Par Alexandre Poisvert**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Philippe Amouyel**

**Asseseurs :**

**Madame le Professeur Florence Richard**

**Monsieur le Docteur Denis Deleplanque**

**Monsieur le Docteur Luc Dauchet**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Guy-Serge Kessy**

---

## **Avertissement**

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

*« Un jour, dit la légende, il y eut un immense incendie de forêt. Tous les animaux terrifiés, atterrés, observaient impuissants le désastre. Seul le petit colibri s'activait, allant chercher quelques gouttes avec son bec pour les jeter sur le feu. Après un moment, le tatou, agacé par cette agitation dérisoire, lui dit : "Colibri ! Tu n'es pas fou? Ce n'est pas avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu ! "  
Et le colibri lui répondit : "Je le sais, mais je fais ma part." »*

Pierre Rabhi,  
D'après une légende amérindienne.

## Liste des abréviations

<b>AME</b>	Aide Médicale d'Etat
<b>ARS</b>	Agence régionale de Santé
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CIM10</b>	Classification Internationale des Maladies
<b>CIRE</b>	Cellule d'Intervention en Région
<b>COMEDE</b>	Comité pour la santé des exilés
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>EPRUS</b>	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
<b>IC</b>	Intervalle de Confiance
<b>InVS</b>	Institut de Veille Sanitaire
<b>MDM</b>	Médecin Du Monde
<b>MIGAC</b>	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
<b>MSF</b>	Médecin Sans Frontière
<b>OIM</b>	Organisation Internationale pour les Migrations
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>PUMA</b>	Protection Universelle Maladie
<b>UNESCO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
<b>UNHCR</b>	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>WONCA</b>	Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

## TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>I. Contexte</b> .....	<b>3</b>
<b>II. Définition de la notion de migrant</b> .....	<b>3</b>
<b>III. La situation des migrants à Calais</b> .....	<b>4</b>
A. Les flux migratoires et leurs conséquences à Calais .....	4
B. Evolution récente de la situation à Calais .....	6
C. Conditions de vie des migrants à Calais .....	7
1. <i>La création de la « nouvelle jungle »</i> .....	7
2. <i>Le centre Jules Ferry</i> .....	7
3. <i>Le démantèlement de la jungle de Calais</i> .....	8
<b>IV. Conditions d'accès aux soins des migrants de Calais</b> .....	<b>8</b>
A. Protection sociale des migrants .....	8
1. <i>Aide Médicale d'Etat</i> .....	8
2. <i>Protection Universelle Maladie</i> .....	9
3. <i>Protection sociale des migrants de Calais</i> .....	9
B. Filières de soins accessibles aux migrants présents à Calais .....	10
1. <i>Médecin du Monde</i> .....	10
2. <i>Médecin Sans Frontière</i> .....	11
3. <i>Gynécologie Sans Frontière</i> .....	11
4. <i>Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Calais</i> .....	11
5. <i>La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)</i> .....	11
a) Définition .....	11
b) La particularité de la PASS de Calais .....	12
c) Caractéristiques de l'antenne délocalisée de la PASS de Calais .....	13
6. <i>Autres</i> .....	14
C. Surveillance sanitaire .....	14
<b>V. Choix du sujet</b> .....	<b>15</b>
A. Expérience professionnelle .....	15
B. Compétences de médecine générale .....	15
C. Sujet d'actualité .....	16
D. Ciblage du sujet .....	16
<b>VI. Problématique</b> .....	<b>17</b>
A. Objectif principal .....	17
B. Objectifs secondaires .....	17
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>18</b>
<b>I. Type d'étude</b> .....	<b>18</b>
<b>II. Population d'étude</b> .....	<b>18</b>
A. Critères d'inclusion .....	18
B. Critères d'exclusion .....	18
<b>III. Période d'étude et recueil des données</b> .....	<b>18</b>
A. Mode de recueil des données .....	19
B. Données recueillies .....	19
C. Regroupement des données .....	20
<b>IV. Aspects éthiques et règlementaires</b> .....	<b>20</b>
<b>V. Méthode d'analyse des résultats</b> .....	<b>21</b>
A. Analyse univariée : .....	21

B.	Analyse bivariée :.....	21
<b>VI.</b>	<b>Recherche bibliographique .....</b>	<b>21</b>
<b>RESULTATS.....</b>		<b>22</b>
<b>I.</b>	<b>Effectif de l'échantillon étudié.....</b>	<b>22</b>
A.	Effectif total .....	22
B.	Nombre de consultations par semaine.....	23
C.	Nombre de consultations par jour .....	23
<b>II.</b>	<b>Description de la population migrante consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais .....</b>	<b>24</b>
A.	Sexe.....	24
B.	Age.....	24
C.	Origine géographique.....	25
1.	<i>Par nationalité .....</i>	<i>25</i>
2.	<i>Par regroupement géographique .....</i>	<i>26</i>
3.	<i>Evolution des origines géographiques dans le temps .....</i>	<i>28</i>
a)	<i>Evolution par nationalité.....</i>	<i>28</i>
b)	<i>Evolution par regroupement géographique .....</i>	<i>29</i>
<b>III.</b>	<b>Motifs de consultations après regroupement.....</b>	<b>30</b>
<b>IV.</b>	<b>Pathologies des patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS .....</b>	<b>31</b>
A.	Pathologies (principales et associées) après regroupement par catégorie .....	31
B.	Pathologies principales .....	32
C.	Pathologies associées .....	40
<b>V.</b>	<b>Focus sur certaines pathologies .....</b>	<b>45</b>
<b>VI.</b>	<b>Evolution des pathologies dans le temps .....</b>	<b>46</b>
A.	Evolution dans le temps des pathologies (principales et associées) regroupées par catégorie.....	46
B.	Répartition dans le temps des infections respiratoires hautes .....	47
C.	Répartition dans le temps de la gale.....	48
D.	Répartition dans le temps des infections respiratoires basses.....	48
<b>VII.</b>	<b>Pathologies principales par regroupement géographique .....</b>	<b>49</b>
<b>VIII.</b>	<b>Pathologies principales par classe d'âge .....</b>	<b>50</b>
<b>DISCUSSION .....</b>		<b>51</b>
<b>I.</b>	<b>Discussion de la méthode .....</b>	<b>52</b>
A.	Biais .....	52
1.	<i>Biais de sélection .....</i>	<i>52</i>
2.	<i>Biais de déclaration.....</i>	<i>52</i>
3.	<i>Biais d'échantillonnage .....</i>	<i>52</i>
4.	<i>Biais de mesure .....</i>	<i>52</i>
B.	Limites de l'étude .....	53
1.	<i>Surreprésentation des pathologies hivernales .....</i>	<i>53</i>
2.	<i>Type d'étude .....</i>	<i>53</i>
3.	<i>Pas d'étude de prévalence.....</i>	<i>53</i>
4.	<i>Classification des pathologies et regroupement effectué .....</i>	<i>53</i>
5.	<i>Origines géographiques .....</i>	<i>54</i>
6.	<i>Variabilité dans le temps .....</i>	<i>54</i>
7.	<i>Sources bibliographiques .....</i>	<i>54</i>
C.	Forces de l'étude.....	54
1.	<i>Taille de l'échantillon.....</i>	<i>54</i>
2.	<i>Première et seule étude à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais....</i>	<i>55</i>

3.	<i>Lieu d'étude</i>	55
4.	<i>Complémentarité avec les travaux existants</i>	55
5.	<i>Résultats semblables aux données concernant la même population</i>	56
<b>II.</b>	<b>Discussion des résultats</b>	<b>56</b>
A.	Profil d'un patient migrant consultant à la PASS de Calais sur le site Jules Ferry	56
1.	<i>Age et sexe</i>	56
2.	<i>Origine géographique</i>	57
B.	Pathologies des migrants consultants à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais sur le site Jules Ferry	58
1.	<i>Principales pathologies</i>	58
a)	Pathologies infectieuses	58
b)	Pathologies dermatologiques	59
c)	Pathologies traumatiques	61
d)	Pathologies nécessitant des soins infirmiers	61
e)	Pathologies psychiatriques	62
f)	Pathologies dentaires	63
g)	Pathologies digestives	63
h)	Pathologies gynéco-obstétriques	63
2.	<i>Pathologies par classe d'âge et par origine géographique</i>	64
a)	Analyse des pathologies par classe d'âge	64
b)	Analyse des pathologies par origine géographique	64
3.	<i>Pathologies d'importation</i>	65
4.	<i>Pathologies liées aux conditions de vie des migrants de Calais</i>	65
a)	Condition de vie	65
b)	Conséquences sur la santé des migrants	66
C.	Etat de santé de la population étudiée	68
1.	<i>Des pathologies plutôt bénignes</i>	68
2.	<i>Quelques pathologies rares et graves</i>	68
3.	<i>Le « healthy migrant effect »</i>	69
4.	<i>Les limites du « healthy migrant effect »</i>	69
D.	Activité de l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry	70
1.	<i>Nombre et durée des consultations</i>	70
a)	Nombre de consultations	70
b)	Durée des consultations	71
2.	<i>Conséquences</i>	72
a)	Nombre de diagnostics associés	72
b)	Prise en compte des attentes des patients migrants	72
c)	Risque d'erreur médicale	73
	<b>CONCLUSION</b>	<b>74</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>76</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>81</b>
	<b>Annexe 1 : Plan de Calais</b>	<b>81</b>
	<b>Annexe 2 : Dossier de consultation</b>	<b>82</b>
	<b>Annexe 3 : Thésaurus simplifié de la CIM10</b>	<b>83</b>

## RESUME

Les migrants présents dans la jungle de Calais vivent dans des conditions difficiles et sont sujets à des traumatismes physiques du fait de leurs tentatives répétées de passer en Angleterre. L'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Calais a été le principal lieu de prise en charge en soins primaires de cette population. L'objectif de ce travail est de décrire les principales pathologies des patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais de novembre 2015 à avril 2016.

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive monocentrique. Ont été inclus les patients de nationalité étrangère consultant à l'antenne délocalisée de la PASS pour un motif médical. Il a été choisi de sélectionner les dossiers issus des consultations effectuées lors de chaque première semaine complète considérée (de novembre 2015 à avril 2016), soit une semaine par mois pendant 6 mois. Afin de faciliter l'interprétation, les pathologies observées ont été uniformisées en utilisant un thésaurus simplifié issu de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) de l'OMS. Puis, celles-ci ont été regroupées par une approche simplifiée proche des grands chapitres de la CIM10.

Au total, 2265 dossiers de consultations ont été analysés. Les patients de l'échantillon étudié sont pour la plupart des hommes (91,5%) jeunes (25,5 ans en moyenne, 74% de l'effectif a entre 18 et 34 ans). 25 nationalités sont représentées réparties majoritairement entre le Moyen Orient (48,6%) et l'Afrique de l'Est (34,9%). Les principaux regroupements de pathologies présentés sont d'ordre infectieux (36,4%), dermatologique (19,5%) et traumatique (13,4%). Les infections des voies respiratoires hautes (23,7%) et basses (6,8%) et la gale (15,19%) sont les trois pathologies les plus fréquentes. Les pathologies observées sont bénignes. L'échantillon étudié ne présente pas de pathologies d'importation mais des pathologies acquises sur le territoire d'accueil, en partie liées aux conditions de vie.

Ces résultats vont dans le sens du « healthy migrant effect », à savoir que les migrants sont globalement en meilleure santé que la population générale, en tout cas à leur arrivée sur le territoire. Cependant, les conditions de vie difficiles dans la jungle de Calais favorisent l'apparition de pathologies. L'amélioration des conditions de vie des

migrants est indispensable à l'amélioration de leur état de santé, en complément de l'accès aux soins et de la prévention.

# INTRODUCTION

## I. CONTEXTE

Le 24 octobre 2016, le camp de migrants surnommé la « jungle » de Calais est démantelé, 14 années après le démantèlement du centre d'accueil et d'hébergement de migrants de Sangatte. Cette solution paraît temporaire, car l'Europe toute entière est marquée depuis les années 2010 par une crise migratoire profonde liée à la dureté extrême des conditions de vie de nombreuses populations à travers le monde (conflits armés, changement climatique, pauvreté...). Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), plus de 1 million de réfugiés et de migrants ont atteint les côtes européennes en 2015 (1), tandis que l'agence européenne FRONTEX estime qu'ils étaient 364 000 en 2016 (2).

Parmi les multiples transformations impliquées par cet afflux migratoire en Europe, Calais fait figure de symbole. Les journalistes du monde entier relaient l'image de cette ville transformée par le passage de milliers de migrants souhaitant atteindre l'Angleterre. Vivant dans des conditions difficiles et sujets à des traumatismes physiques du fait de leurs tentatives répétées de passer en Angleterre, les migrants sont ainsi exposés à une détérioration de leur état de santé. Les conditions sanitaires ont d'ailleurs été l'un des motifs avancés par les autorités françaises pour justifier le démantèlement.

## II. DEFINITION DE LA NOTION DE MIGRANT

Afin d'aborder le sujet des migrants, il est nécessaire de définir ce terme ainsi que le phénomène de migration.

### Migration

D'après le dictionnaire Larousse, il s'agit d'un « déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays dans un autre ou d'une région dans une autre, pour des

raisons économiques, politiques ou culturelles» (3), mais les raisons peuvent aussi être climatiques. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), elle « inclut les mouvements de réfugiés, les personnes déplacées et les migrants économiques (...). La migration n'est pas qu'un simple acte de passage de frontières, mais plutôt un long processus qui affecte les vies des personnes impliquées »(4).

### Migrant

Il n'existe pas de définition admise par tous au niveau international. Selon l'UNESCO, le terme migrant désigne « toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays »(4). Le plus souvent, ce terme désigne les personnes se trouvant hors de leur pays d'origine, se déplaçant par choix, afin d'améliorer leur condition de vie et leur avenir ou celui de leur famille.

Le terme « migrant » est générique et sert à caractériser une population dont le point commun est la migration. Cette population peut inclure des réfugiés, des demandeurs d'asile, des migrants économiques, des migrants irréguliers/sans papiers ...

Le terme « migrant » est le plus couramment utilisé par les médias, les acteurs locaux et les institutions pour désigner la population présente dans la jungle de Calais.

Pour la suite de ce travail, le terme « migrant » sera celui employé pour désigner la population étudiée.

## **III. LA SITUATION DES MIGRANTS A CALAIS**

### **A. Les flux migratoires et leurs conséquences à Calais**

Plusieurs centaines de milliers de migrants arrivent en Europe chaque année. Parmi eux, un nombre important cherche à rejoindre l'Angleterre et le Royaume-Uni.

Selon une étude de l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) menée sur la population migrante afghane en octobre 2016 dans la jungle de Calais, les

principales raisons du choix du Royaume-Uni comme pays de destination finale sont la croyance d'avoir le plus de chance d'obtenir le statut de réfugié ou d'obtenir un statut légal, et la croyance que le Royaume-Uni est un pays où l'opportunité de travailler pour les migrants serait la plus élevée (5). Par ailleurs, un certain nombre de migrants maîtrise l'anglais et souhaite aussi rejoindre des membres de leur famille ou de leur communauté déjà présents en Angleterre.

L'obtention d'une voie légale pour aller en Angleterre est longue et difficile. Ainsi, l'entrée illégale en Angleterre est l'option la plus envisageable pour les migrants. Pour ce faire, ils ont deux principales solutions : s'introduire dans un camion prenant le Ferry reliant Calais à Douvres ou emprunter le Tunnel sous la Manche. Ces tentatives de passage sont dangereuses et peuvent être à l'origine de traumatismes physiques voire de décès (6).

En 2003, le traité du Touquet est signé entre la France et le Royaume-Uni. Il permet de renforcer les contrôles frontaliers dans les ports de la Manche et de la mer du Nord entre les deux pays et autorise les douaniers Anglais à intervenir en France. Ainsi, si ceux-ci estiment que les migrants souhaitant passer au Royaume-Uni ne remplissent pas les conditions légales, ils les empêchent de traverser directement sur le sol français (7).

Dans ce contexte, la ville de Calais (77 000 habitants, département du Pas-de-Calais) située à environ 38 km des côtes anglaises et d'où partent les ferrys et le Tunnel sous la Manche, constitue la porte d'entrée de l'Angleterre depuis l'Europe continentale et est donc devenue un lieu de transit pour les populations migrantes désirant se rendre en Angleterre.

La guerre du Kosovo à la fin des années 1990 a marqué l'un des premiers afflux de migrants dans le Calaisis. Le centre d'hébergement de Sangatte a été ouvert en 1999 pour les accueillir puis fermé en 2002 par les autorités françaises.

De 2002 à 2014, on ne dispose pas de statistiques précises sur le nombre de migrants en transit dans le Calaisis. Le rapport *Mission d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais*, fait à la demande du gouvernement, estime à quelques centaines le nombre de migrants en moyenne en transit à Calais pendant de nombreuses années (8). Ils se regroupaient dans plusieurs camps de fortune et dans

des squats à proximité des axes routiers et du port de Calais. Pour des raisons sanitaires, les camps de fortune ont été démantelés successivement, comme la première jungle de Calais située près de la rocade portuaire en 2009.

## **B. Evolution récente de la situation à Calais**

A partir de 2014, l'instabilité géopolitique au Proche et Moyen Orient et dans une partie de l'Afrique déclenche un afflux massif de migrants vers l'Europe. Il s'agit de phénomènes migratoires profonds s'inscrivant dans la durée du fait de la persistance des conflits et zones de tensions dans le monde. Calais, comme d'autres lieux clés des mouvements migratoires en Europe, est fortement impactée.

En parallèle, le Royaume-Uni renforce sa politique anti-immigration illégale, notamment en aidant à la construction d'un mur anti-intrusion au niveau de la rocade portuaire de Calais achevée en décembre 2016 et en s'appuyant sur la coopération franco-britannique pour augmenter les moyens financiers, matériels et humains dédiés à la sécurisation du port de Calais et d'Eurotunnel et pour lutter contre les filières de passeurs (9). Les autorités françaises renforcent également les contrôles et la surveillance policière.

Ainsi, de plus en plus de migrants se retrouvent bloqués à Calais et sont contraints de s'installer sur place en attendant d'une opportunité de passer en Angleterre. Les estimations des autorités publiques et des associations font état d'un passage de quelques centaines de migrants à 3 000 début 2015 puis 6 000 à partir de fin 2015, avec un flux estimé à environ 100 à 150 personnes arrivantes par jour (8). Certaines associations (L'Auberge des Migrants et l'organisation non gouvernementale britannique Help Refugees) décomptent même 9 106 migrants à Calais en août 2016 (10).

Cet afflux de migrants sur le littoral Nord s'est traduit par l'émergence d'autres camps tels que celui de Grande-Synthe, à environ 40 km à l'Est de Calais. Ce camp comptait près de 2700 migrants en janvier 2016 (11).

## C. Conditions de vie des migrants à Calais

Dès l'arrivée des premiers migrants à Calais, les conditions sanitaires et de vie sont précaires. L'augmentation importante du nombre de migrants depuis 2014 a rendu cette situation encore plus critique.

### 1. La création de la « nouvelle jungle »

Pour lutter contre l'insalubrité et améliorer les conditions de vie de la population calaisienne très impactée par la présence des migrants, les autorités françaises décident en avril 2015 de regrouper en un seul lieu la totalité des migrants. « La nouvelle jungle », aussi dénommée « la lande », voit ainsi progressivement le jour sur un site de 18 hectares situé 7 km à l'Est du centre de Calais (voir annexe 1). Il est décrit dans la Mission interministérielle d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais comme un terrain « non aménagé, sablonneux, partiellement inondable, classé réserve naturelle » (8). Cette jungle deviendra en quelques mois ce que certains considèrent comme le bidonville le plus vaste d'Europe (12).

### 2. Le centre Jules Ferry

En avril 2015, l'ancien centre aéré Jules Ferry situé à proximité de la jungle de Calais est transformé en centre d'accueil de jour et d'aide pour les migrants (9). Il est géré par l'association de 160 salariés et bénévoles La Vie Active, en convention avec l'Etat et la ville de Calais (8).

Ouvert 7 jours sur 7, le centre Jules Ferry occupe une place centrale dans le quotidien des migrants présents dans la jungle de Calais. Il leur permet d'accéder à des douches, des toilettes, une laverie. Il fournit quotidiennement un petit déjeuner et un repas chaud couvrant l'ensemble des besoins nutritionnels d'un adulte. Chaque jour, environ 2 500 repas sont préparés (13).

De nombreuses permanences associatives et juridiques y sont assurées afin d'accompagner les personnes migrantes dans leurs démarches administratives de demande d'asile, dans une prise en charge sociale, nutritive, sanitaire et psychologique.

Le centre Jules Ferry accueille également l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Calais qui deviendra très rapidement le principal lieu de prise en charge en soins primaires des migrants présents dans la jungle de Calais.

Enfin, il inclut un centre d'hébergement spécifique pour femmes et enfants d'une capacité de 400 personnes.

### *3. Le démantèlement de la jungle de Calais*

Fin février-début mars 2016, la partie sud de la jungle est évacuée pour insalubrité et raison de sécurité. Le 2 septembre 2016, le ministre de l'intérieur, Bernard Cazeneuve, annonce le démantèlement complet de la jungle de Calais qui sera effectué du 24 octobre 2016 au 3 novembre 2016. Près de 7 000 migrants seront évacués et rejoindront des Centres d'Accueil et d'Orientation situés dans toute la France (14).

## **IV. CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS DES MIGRANTS DE CALAIS**

### **A. Protection sociale des migrants**

#### *1. Aide Médicale d'Etat*

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est accordée sous condition de résidence stable et ininterrompue en France d'une durée de plus de 3 mois aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire.

Le plafond maximal de ressources pour bénéficier de l'AME est fixé à 8653 euros par personne (applicable le 1<sup>er</sup> avril 2016). Il correspond aux ressources perçues l'année précédant la demande d'AME (15).

Le délai d'attribution de l'AME est de 2 mois. Elle est accordée pour 1 an et est renouvelable.

Pour les mineurs, l'AME est accordée sans délai et sans justification de résidence stable.

L'AME permet une prise en charge à 100% des soins médicaux et hospitaliers dans la limite des tarifs fixés par la sécurité sociale. La personne bénéficiaire est dispensée d'avance de frais médicaux (16).

## *2. Protection Universelle Maladie*

Initialement prévue pour les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière, la Protection Universelle Maladie (PUMA) peut être accordée à titre exceptionnel pour les migrants ayant fait des démarches de demande d'asile ou ayant obtenu le statut de réfugié ou bénéficiaire de protections subsidiaires. Dispositif de la Sécurité Sociale, la PUMA remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 (17).

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

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

## *3. Protection sociale des migrants de Calais*

Malgré l'existence de ces dispositifs, la plupart des migrants à Calais n'ont pas de couverture sociale. Les raisons en sont multiples.

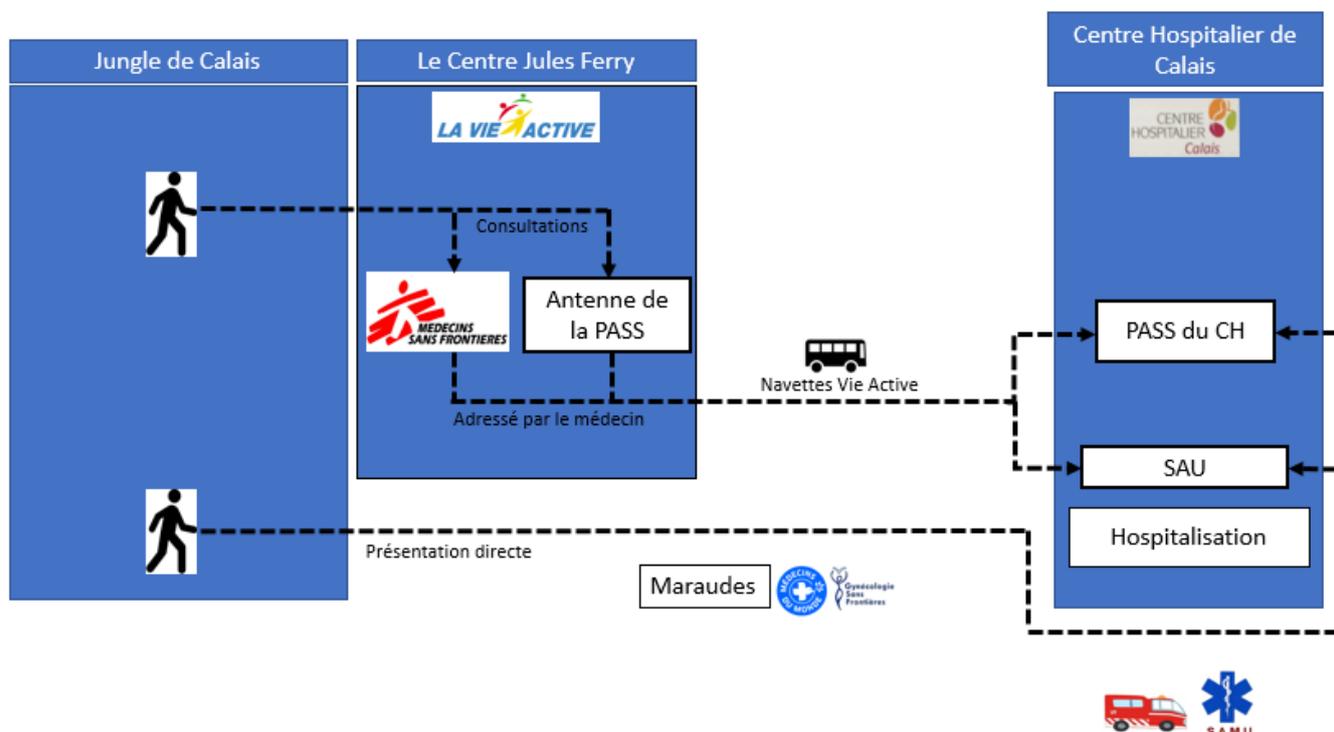
D'une part, il s'agit d'une population en transit ne souhaitant pas s'installer en France et s'inscrire dans une démarche de régularisation et de prévention de santé.

D'autre part, lorsqu'ils souhaitent bénéficier d'une protection sociale, ils font face à de nombreux obstacles pour la constitution d'un dossier de demande : barrière de la langue, ignorance des dispositifs et des démarches à effectuer, complexité de celles-ci, délai de mise en place des dispositifs (18).

Les migrants de Calais ont donc principalement recours à des soins qui s'inscrivent dans une démarche humanitaire. La plupart du temps il s'agit de soins primaires ponctuels.

## B. Filières de soins accessibles aux migrants présents à Calais

Sur la période de ce travail, un migrant présent dans la jungle de Calais a plusieurs options pour bénéficier d'une prise en charge médicale.



Source : Cellule d'Intervention en Région (CIRE) Hauts-de-France

Figure 1 : Filières de soins accessibles aux migrants présents dans la jungle de Calais

### 1. Médecin du Monde

De juin 2015 à début janvier 2016, l'association Médecin du Monde (MDM) a créé une clinique mobile dans la jungle composée de médecins, d'infirmiers et d'autres bénévoles. Sous des tentes et des chalets ils dispensaient des soins et un accompagnement psychologique. Une surveillance dans la jungle, appelée « maraude », était aussi effectuée par des bénévoles de MDM (8).

## 2. Médecin Sans Frontière

En septembre 2015, l'association Médecin Sans Frontière (MSF) a renforcé le personnel de la clinique de MDM en apportant un médecin et un kinésithérapeute.

Début décembre 2015, MSF a créé un dispensaire permettant d'offrir des soins aux patients migrants présents dans la jungle. Le médecin et le kinésithérapeute mis à disposition de la clinique de MDM jusque-là ont alors intégré le dispensaire. L'activité assurée au dispensaire a notamment été réalisée par plusieurs infirmiers, médecins (2 à 3) et des interprètes multilingues.

## 3. Gynécologie Sans Frontière

Présente dans les camps de migrants du Nord Pas-de-Calais depuis novembre 2015, l'association Gynécologie Sans Frontière réalise une prise en charge médico-psychosociale des femmes et des enfants migrants à travers des actions de prévention, de consultation et de suivi des femmes (gynécologie, obstétrique et autre) (19).

## 4. Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Calais

À tout moment, si la situation le nécessite, ou en dehors des heures d'ouverture des structures offrant des soins dans la jungle, les migrants peuvent être admis au service d'accueil des urgences (SAU) de Calais. Ils peuvent soit s'y rendre eux-mêmes, soit y être conduits par des associations, par les pompiers ou par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

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

### a) Définition

Les Permanences d'accès aux Soins de Santé (PASS) sont des lieux de prise en charge médico-sociale au sein d'hôpitaux publics créés par la loi de lutte contre l'exclusion du 28 juillet 1998. Elles permettent l'accès aux soins et à des dispositifs sociaux pour les personnes en situation de précarité (20). La PASS est financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre d'une dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)

(21). La PASS offre aux populations démunies un accès à des consultations de médecine générale ou spécialisées, à des examens complémentaires ainsi qu'à la délivrance de médicaments gratuits.

#### b) La particularité de la PASS de Calais

La particularité de la PASS de Calais est qu'elle est fréquentée principalement par des migrants, alors que dans le reste de la France, les PASS accueillent une multitude de personnes en situation de précarité.

Les patients migrants vivant dans la jungle peuvent bénéficier de soins dispensés par la PASS. La PASS de Calais, sous la responsabilité du Dr Elmouden, est rattachée au Centre Hospitalier de Calais qui assure son fonctionnement.

Initialement, la PASS se concentre sur un site situé à une centaine de mètres du centre hospitalier de Calais. Les patients y consultent de façon spontanée, mais la plupart sont transportés par des associations humanitaires car la jungle est située à une dizaine de kilomètre.

En raison de la distance et de l'augmentation des demandes de soin (6 875 consultations en 2014 et 6 757 consultations de janvier à octobre 2015) (8), une antenne délocalisée de la PASS sur le centre Jules Ferry près de la jungle a vu le jour en mars 2015.

Dans un premier temps, les soins de l'antenne délocalisée de la PASS étaient dispensés par un infirmier de la PASS du centre hospitalier de Calais. A partir de novembre 2015, un médecin réserviste de l'EPRUS (Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires) assure des consultations médicales. Il sera remplacé en décembre 2015 par 2 médecins, des infirmiers et un psychologue rattachés au Centre hospitalier de Calais.

L'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry a pris le relais du dispensaire de MSF lorsqu'il a fermé en mars 2016.

### c) Caractéristiques de l'antenne délocalisée de la PASS de Calais

#### Lieu et moyens

Les locaux de l'antenne délocalisée de la PASS de Calais sont situés au sein du centre Jules Ferry.

Lors de l'étude, l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry est composée d'une salle d'attente, des bureaux de consultations ainsi que d'un local de soins infirmiers et de stockage de matériel médical. Il existe une pharmacie sur place dont l'approvisionnement est réalisé par le CH de Calais.

Lors de l'étude, le personnel de l'antenne de la PASS sur le site Jules Ferry est composé de 2 médecins multi interprètes, de 3 infirmiers, d'un psychologue, d'un interprète, d'un agent de santé hospitalier et 2 fois par semaine d'un dentiste.

#### Horaires

Les horaires de consultations au niveau de l'antenne de la PASS sont de 9h30 à 17h30, 5 jours sur 7. En cas de fermeture de la PASS, ou si leur situation le nécessite, les patients peuvent être adressés au service d'accueil des urgences du CHC.

#### Déroulement des consultations

Une personne d'accueil effectue un triage par ordre d'arrivée et d'urgence des patients demandant à consulter. Un dossier médical (voir annexe 2) est ensuite constitué pour chaque patient en renseignant des données personnelles et le motif de consultation. Le patient obtient alors un ticket indiquant l'ordre de son passage.

Chaque dossier est unique. A chaque consultation est édité un nouveau dossier.

En fonction de son motif de consultation, le patient est alors appelé par un médecin, un psychologue ou par un infirmier.

Après la consultation, le patient reçoit directement le traitement prescrit par le médecin et peut être convoqué pour un rendez-vous de contrôle si besoin.

En cas de prescription d'examen complémentaire (bilan biologique, radiographie...), ou pour une consultation spécialisée, le patient est reconvoqué dans les jours suivants. Il sera alors amené par une navette associative à la PASS du Centre Hospitalier de Calais ou directement au Service d'Accueil des Urgences.

## 6. Autres

Il est à noter qu'il existe aussi au sein de la jungle des soins dispensés par des bénévoles et par des associations humanitaires étrangères.

### C. Surveillance sanitaire

Face à la dégradation des conditions sanitaires dans la jungle de Calais, dénoncées le 7 août 2015 par le UNHCR (22) qui appelle les autorités françaises à réagir, une Mission interministérielle d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire est dépêchée à Calais (8). Elle préconise la mise en place d'un suivi épidémiologique.

C'est la Cellule d'Intervention en Région Hauts-de-France qui réalise cette surveillance sanitaire de la population migrante de Calais et de ses environs à travers l'analyse de données recueillies à partir des différentes structures dispensant des soins à la population migrante dans le Calais et à Grande-Synthe. Elle a édité régulièrement des points épidémiologiques analysant les données sanitaires recueillies par les différentes structures dispensant des soins aux migrants dans le Calais (MSF, MDM, la PASS, le SAU du CH de Calais) et à Grande-Synthe (MSF, MDM, La Croix Rouge, la PASS et le CH de Dunkerque, la Polyclinique de Grande-Synthe). Cette surveillance a été mise en place afin de « détecter précocement tout phénomène de santé nécessitant une intervention urgente de santé publique (notamment, les maladies infectieuses transmissibles nécessitant la mise en œuvre rapide de mesures visant à prévenir les risques épidémiques) et, de suivre les tendances de pathologies, considérées comme prioritaires ou « traceuses », afin d'adapter l'offre de soins curatifs et préventifs » (23).

## V. CHOIX DU SUJET

### A. Expérience professionnelle

Ce travail de thèse s'inscrit dans la continuité de formation de mon internat de médecine générale.

De mai à novembre 2014, j'ai travaillé dans le cadre d'un stage d'internat au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Calais où j'ai été confronté à la prise en charge de patients migrants. J'ai aussi eu l'occasion d'assister à des consultations à la PASS du Centre Hospitalier de Calais avec le Dr Kessy.

J'ai ainsi pu appréhender les spécificités des patients migrants : la barrière de la langue qui rend plus difficile la communication soignant / patient ainsi que la précarité de leurs conditions de vie et la multiplicité des maladies qu'ils peuvent présenter. A cela s'ajoute à la PASS de Calais, pendant la période de l'étude, le nombre important de patients migrants à prendre en charge en une journée obligeant à tenir des consultations en quelques minutes.

Les rencontres et les échanges de cette expérience de formation auprès de la population migrante ont contribué à m'intéresser aux spécificités de ces patients et à m'interroger sur ma propre pratique ainsi que sur l'exercice de la médecine générale auprès des populations vulnérables.

### B. Compétences de médecine générale

Le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) a réalisé un référentiel « métier et compétences des médecins généralistes » qui reprend notamment les situations types requises pour exercer la profession de médecin généraliste. Parmi celles-ci figure la situation « Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français » (24).

De plus, la prise en charge de patients migrants s'inscrit dans les missions d'un médecin généraliste telles que définies par l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - WONCA) : les médecins généralistes sont « chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux

qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services » (25).

La prise en charge d'un patient migrant est authentique et complexe et correspond aux compétences et ressources qu'un médecin généraliste doit savoir mobiliser dans son exercice.

### **C. Sujet d'actualité**

Les migrants de Calais font l'objet d'une attention médiatique importante au niveau national et international. Malgré cela, peu d'études ont été menées et peu de données sont disponibles concernant cette population vulnérable et leur santé. De plus, il s'agit d'une population mouvante qui évolue très rapidement en terme de nombre, de condition de vie et d'origine géographique rendant singulière chaque étude à leur sujet.

### **D. Ciblage du sujet**

Pour toutes ces raisons, il a paru intéressant d'étudier la santé des migrants de Calais, et plus particulièrement les pathologies qu'ils présentent.

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé a été choisie pour cela car son activité est semblable à de la médecine générale. De plus, une étude réalisée par le Dr Hendrycks a permis d'étudier les pathologies présentées par les patients migrants consultant au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Calais sur l'année 2014 (26).

Mener une étude à la PASS amène donc des informations complémentaires pertinentes d'autant plus qu'aucune étude sur la santé des migrants consultant à la PASS de Calais n'a été réalisée.

Ce travail se focalise sur l'antenne délocalisée de la PASS de Calais sur le site Jules Ferry car elle se trouve au plus près de la jungle où vivent les migrants et parce que les consultations médicales y ont débuté le 28 octobre 2015, soit au moment de commencer ce travail de recherche.

## **VI. PROBLEMATIQUE**

Nous nous sommes demandé quelles pouvaient être les principales maladies des patients migrants consultant à la PASS de Calais. Nous cherchons à savoir si les pathologies qu'ils présentent sont liées à leur origine et leur migration (pathologies d'importations) ou si elles ne sont pas au contraire liées à leur condition de vie sur le territoire d'accueil (pathologies d'acquisitions).

### **A. Objectif principal**

L'objectif principal de ce travail de recherche est de décrire les principales pathologies des patients migrants consultant à l'antenne délocalisée sur le site Jules Ferry de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais de novembre 2015 à avril 2016.

### **B. Objectifs secondaires**

Ce travail de thèse permettra de fournir des informations complémentaires en décrivant la population migrante consultant à la PASS de Calais sur le site Jules Ferry et en tentant de caractériser l'origine des pathologies présentées.

# MATERIEL ET METHODES

## I. TYPE D'ETUDE

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

## II. POPULATION D'ETUDE

La population étudiée est celle des patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais sur le site Jules Ferry.

### A. Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les patients de nationalité étrangère consultant à la PASS sur le site Jules Ferry quel que soit leur statut (demandeurs d'asile, personnes en situation irrégulières, personnes sans droit).

### B. Critères d'exclusion

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

## III. PERIODE D'ETUDE ET RECUEIL DES DONNEES

La période d'étude s'étend de novembre 2015, date des premières consultations médicales à l'antenne délocalisée de la PASS de Jules Ferry, à avril 2016.

Prenant en compte le système d'archivage des dossiers patient de l'antenne délocalisée (un dossier ouvert par consultation), il a été choisi de sélectionner l'intégralité des dossiers issus des consultations effectuées lors de chaque première semaine complète considérée (de novembre 2015 à avril 2016), soit une semaine par mois pendant 6 mois. Ce choix s'explique notamment par la difficulté à mettre en place une randomisation compte tenu du nombre important de dossiers traités par mois et de leur archivage non informatisé. Le mois de mars a été une exception : ce sont les données de la troisième semaine complète du mois qui ont été analysées car les dossiers correspondants aux deux premières semaines de mars n'étaient pas disponibles.

Chaque semaine comportant 5 jours de consultations, le recueil a donc été réalisé sur 30 jours de consultations.

Ainsi, les données ont été recueillies du 2 au 6 novembre 2015 (semaine 45), du 7 au 11 décembre 2015 (semaine 50), du 4 au 8 janvier 2016 (semaine 1), du 1 au 7 février 2016 (semaine 5), du 21 au 25 mars 2016 (semaine 12), du 4 au 8 avril 2016 (semaine 14).

### **A. Mode de recueil des données**

Les données ont été recueillies à partir de dossiers papiers renseignés lors de chaque consultation médicale par le personnel soignant de la PASS. Le motif de consultation était noté par le personnel présent à l'accueil (infirmier ou personne d'accueil) et le diagnostic était noté par un médecin.

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

### **B. Données recueillies**

Les données recueillies ont été les suivantes :

- La date de consultation et le numéro de semaine correspondante
- Le sexe du patient
- L'âge du patient
- La nationalité du patient

- Le motif de la consultation renseigné par la personne d'accueil traduisant les symptômes présentés par le patient
- La pathologie principale diagnostiquée correspondant au diagnostic principal posé par le médecin ou aux soins infirmiers dispensés lors de la consultation
- La pathologie associée correspondant au diagnostic associé renseigné par le médecin lors de la consultation le cas échéant.

### **C. Regroupement des données**

Afin de faciliter l'interprétation des résultats, les données concernant l'âge ont été regroupées par classe d'âge, les données concernant la nationalité ont été regroupées par zone géographique et les motifs de consultations ont été regroupés par grande catégorie.

Afin de faciliter l'interprétation des données concernant les pathologies, celles-ci ont été uniformisées grâce à l'utilisation d'un thésaurus simplifié issu de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le thésaurus utilisé correspond à celui réalisé en collaboration avec les médecins de la PASS de Calais et l'équipe de la Cellule d'Intervention en Région (CIRE) Hauts-de-France. Il s'agit du même thésaurus utilisé pour la surveillance sanitaire de la PASS du Centre Hospitalier de Calais et de l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry réalisée par Santé Publique France (anciennement Institut de Veille Sanitaire InVS) et la CIRE Hauts-de-France.

Dans un second temps, devant le nombre important de pathologies répertoriées rendant difficile l'interprétation, les pathologies ont été regroupées par une approche simplifiée proche des grands chapitres de la CIM10.

## **IV. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES**

Les données ont été recueillies de manière anonyme. Une déclaration normale à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée avec pour numéro récépissé 2028110 v 0.

## V. METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

L'analyse des données a été réalisée par la plateforme d'aide méthodologique de Lille.

### A. Analyse univariée :

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse descriptive univariée du nombre de consultations recueillies, de l'échantillon étudié, des principales pathologies et des pathologies associées.

Pour les variables quantitatives, l'analyse a été présentée par la moyenne et l'écart type. Pour les variables qualitatives, l'analyse a été présentée en pourcentage.

L'analyse du critère principal a été effectuée sur les pathologies codées par la CIM 10 ainsi que sur les pathologies regroupées de façon simplifiée par catégorie générale.

### B. Analyse bivariée :

Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse descriptive bivariée des origines géographiques selon la date, des pathologies selon l'origine géographique, des pathologies selon la classe d'âge, et des pathologies selon la date avec le test du  $\chi^2$ .

## VI. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée sur les bases de données spécialisées Pubmed, EM Consulte, Science direct, Google scholar, SUDOC ainsi qu'avec l'aide du Service de la Documentation et la Direction des Systèmes d'Information de Lille 2 PEPITE.

Les mots clefs étaient : migrant, précarité, santé des migrants, accès aux soins, jungle de Calais.

La bibliographie a été réalisée avec l'aide du logiciel Zotero® et a été mise en page selon la norme Vancouver.

# RESULTATS

## I. EFFECTIF DE L'ECHANTILLON ETUDIE

### A. Effectif total :

Sur les 2 296 dossiers de consultations recueillies, 31 ont été exclus : 11 en novembre, 8 en décembre, 4 en janvier, 7 en février, 1 en mars et 0 en avril. Parmi les dossiers de consultations exclus, 15 concernaient des patients partis sans soins, 9 ne comportaient pas de données suffisamment lisibles pour être interprétées, 6 concernaient un motif non médical (demande d'accès prioritaire aux douches, demande de changement de vêtement, de lunettes de vue, ...), 1 concernait des soins dispensés à un patient de nationalité française.

Au total, 2265 dossiers de consultations ont été analysés de novembre 2015 à avril 2016, représentant 30 jours de consultations.

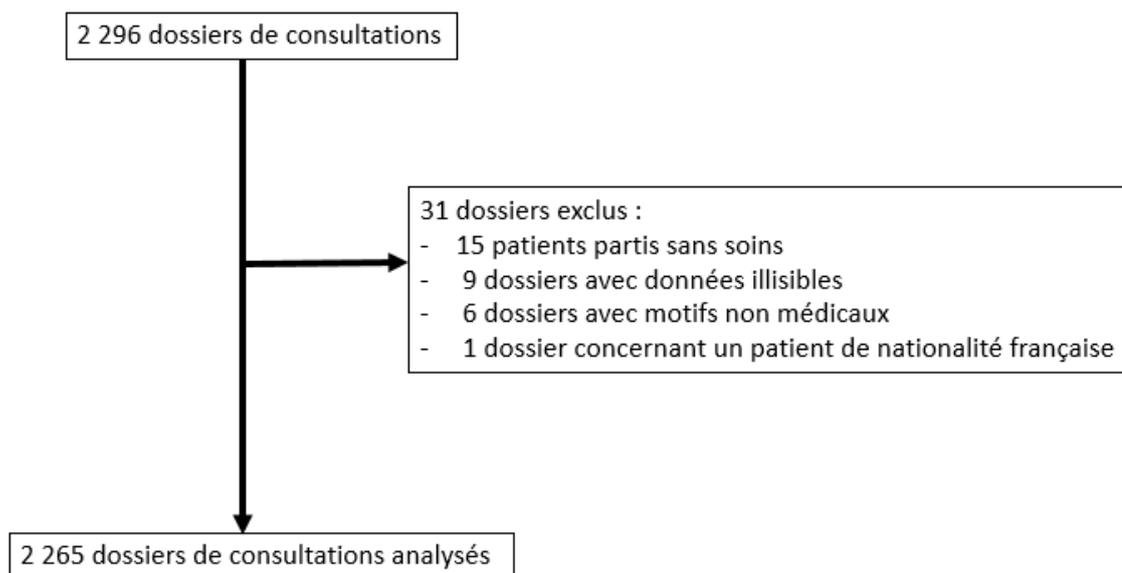


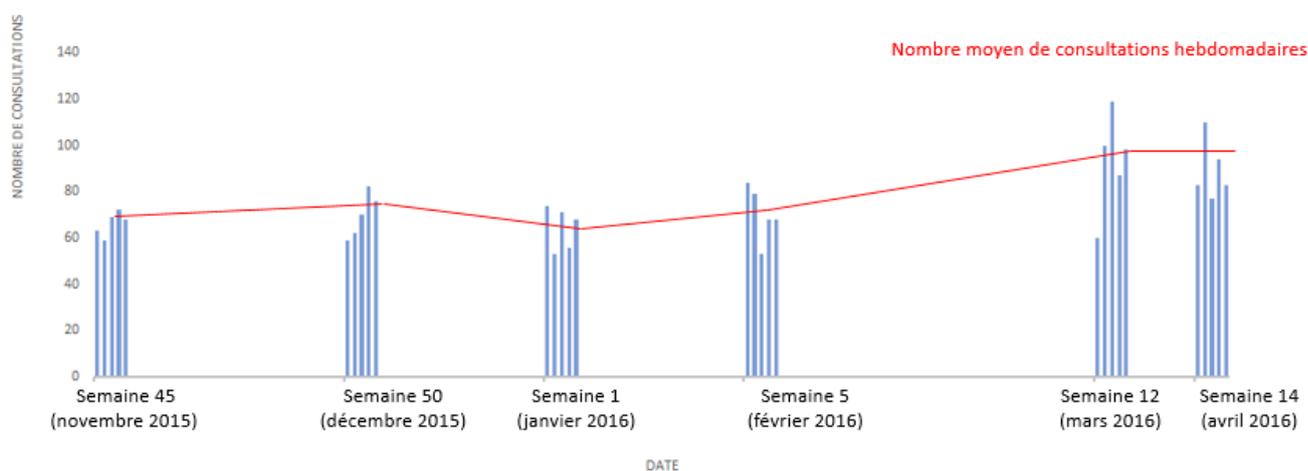
Figure 2 : Diagramme de flux

## B. Nombre de consultations par semaine

Semaine (mois)	Effectif	Proportion	IC95%
Semaine 45 (novembre 2015)	331	14.61%	[ 13.18% ; 16.14% ]
Semaine 50 (décembre 2015)	349	15.41%	[ 13.94% ; 16.96% ]
Semaine 1 (janvier 2016)	322	14.22%	[ 12.8% ; 15.72% ]
Semaine 5 (février 2016)	352	15.54%	[ 14.07% ; 17.1% ]
Semaine 12 (mars 2016)	464	20.49%	[ 18.84% ; 22.21% ]
Semaine 14 (avril 2016)	447	19.74%	[ 18.11% ; 21.43% ]

**Tableau 1** : Répartition du nombre de consultations sur la période étudiée (1 semaine par mois sur 6 mois)

## C. Nombre de consultations par jour



**Figure 3** : Nombre de consultations par jour pour chaque semaine considérée

Le nombre moyen de consultations par jour est de 75,5 +/- 16,35. Le nombre minimum de consultations est de 53, le nombre maximum est de 119.

Le nombre moyen de consultation par jour est de 66,2 pour la semaine 45 (novembre 2015), de 69,8 pour la semaine 50 (décembre 2015), de 64,4 pour la semaine 1 (janvier 2016), de 70,4 pour la semaine 5 (février 2016), de 92,8 pour la semaine 12 (mars 2016) et de 89,4 pour la semaine 14 (avril 2016).

## II. DESCRIPTION DE LA POPULATION MIGRANTE CONSULTANT A L'ANTENNE DELOCALISEE DE LA PASS DE CALAIS

### A. Sexe

Sexe	Effectif	Proportion	IC95%
Femme	184	8.51%	[ 7.36% ; 9.76% ]
Homme	1979	91.49%	[ 90.24% ; 92.64% ]

Tableau 2 : Répartition des patients par sexe

Nombre de valeurs manquantes : 102, soit 4,5% de l'effectif total.

### B. Age

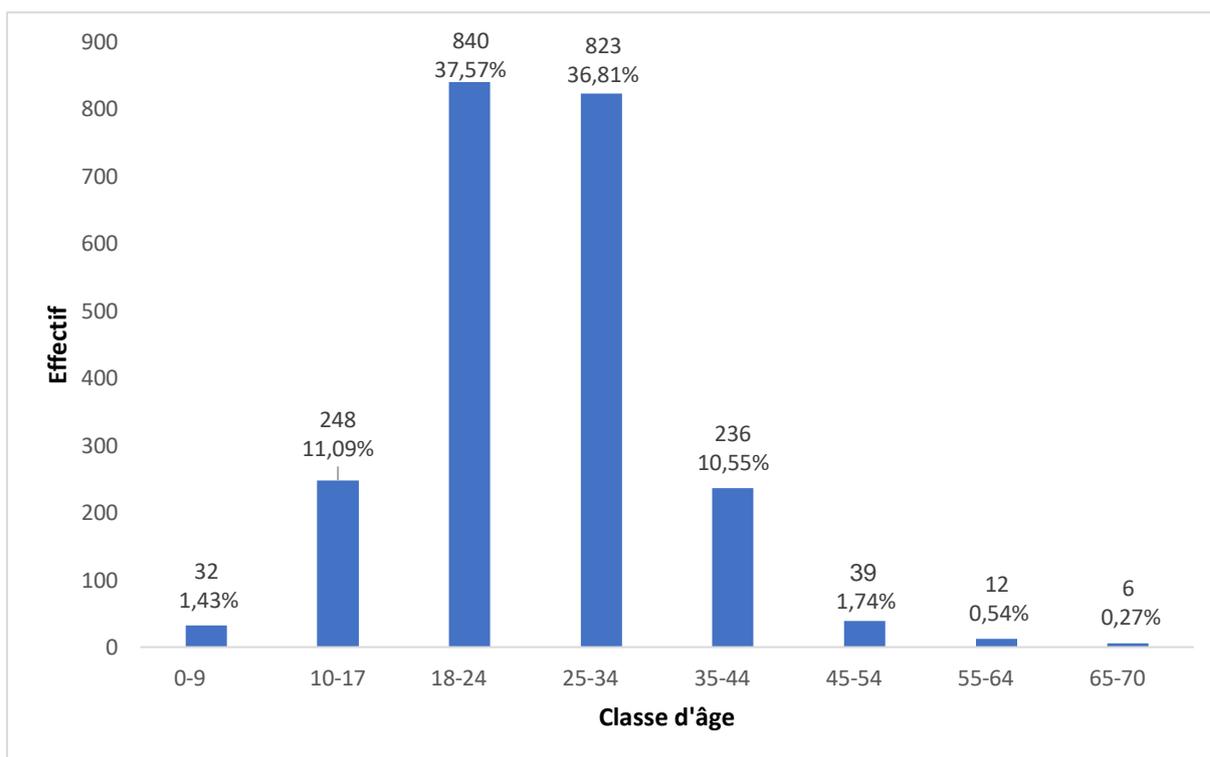


Figure 4 : Distribution des âges des patients par classe d'âge

Nombre de valeurs manquantes : 29 soit 1,28% de l'effectif.

L'âge moyen est de 25,47 ans +/- 8,09. L'âge minimal est de 2 mois et l'âge maximal de 67 ans. L'effectif des 0-9 ans est faible avec 32 patients sur 2 265 soit 1,43%. L'effectif des 65-70 ans est faible avec 6 patients soit 0,27%.

### C. Origine géographique

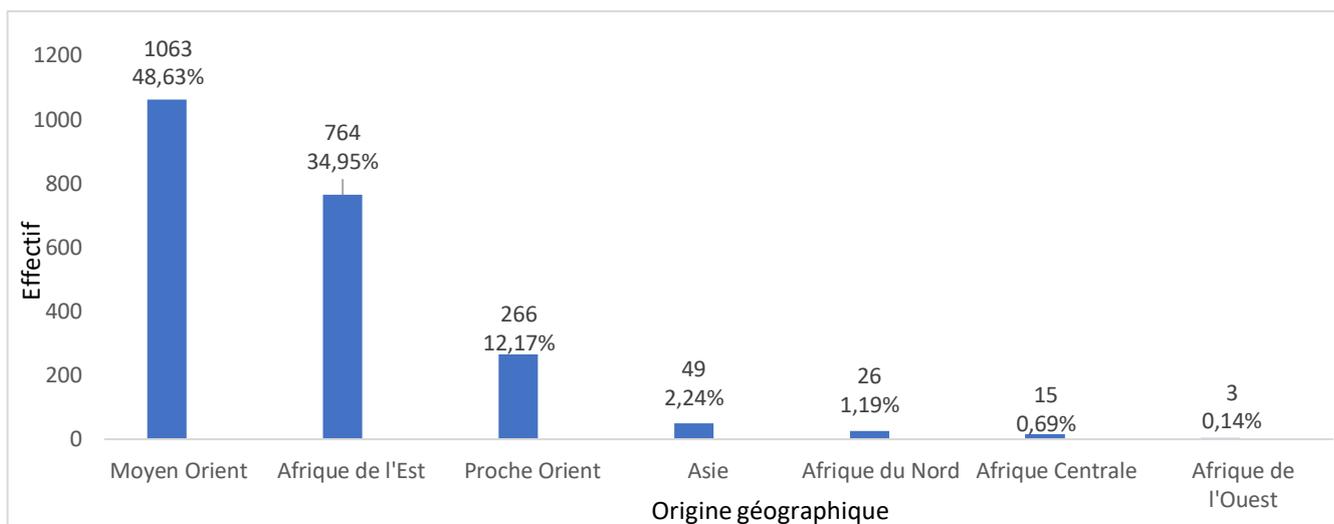
#### 1. Par nationalité

Au total, 25 nationalités différentes sont représentées. 79 dossiers n'avaient pas de nationalité renseignée soit 3,49% de l'effectif total.

Nationalité	Effectif	Proportion	IC95%
Afghanistan	786	35.96%	[ 33.94% ; 38.01% ]
Soudan	379	17.34%	[ 15.77% ; 18.99% ]
Erythrée	321	14.68%	[ 13.23% ; 16.24% ]
Iran	229	10.48%	[ 9.22% ; 11.84% ]
Syrie	151	6.91%	[ 5.88% ; 8.05% ]
Irak	97	4.44%	[ 3.61% ; 5.39% ]
Ethiopie	59	2.7%	[ 2.06% ; 3.47% ]
Koweït	47	2.15%	[ 1.58% ; 2.85% ]
Pakistan	47	2.15%	[ 1.58% ; 2.85% ]
Egypte	20	0.91%	[ 0.56% ; 1.41% ]
Kurdistan	14	0.64%	[ 0.35% ; 1.07% ]
Tchad	12	0.55%	[ 0.28% ; 0.96% ]
Somalie	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.47% ]
Congo	3	0.14%	[ 0.03% ; 0.4% ]
Lybie	3	0.14%	[ 0.03% ; 0.4% ]
Palestine	3	0.14%	[ 0.03% ; 0.4% ]
Inde	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.33% ]
Mali	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.33% ]
Algérie	1	0.05%	[ 0% ; 0.25% ]
Côte d'Ivoire	1	0.05%	[ 0% ; 0.25% ]
Darfour	1	0.05%	[ 0% ; 0.25% ]
Liban	1	0.05%	[ 0% ; 0.25% ]
Maroc	1	0.05%	[ 0% ; 0.25% ]
Oman	1	0.05%	[ 0% ; 0.25% ]
Tunisie	1	0.05%	[ 0% ; 0.25% ]

**Tableau 3** : Origine géographique des patients par nationalité

## 2. Par regroupement géographique



**Figure 5 :** Origine des patients par regroupement géographique

Les regroupements géographiques réalisés sont les suivants :

- Moyen Orient : Afghanistan, Iran, Koweït et Oman.
- Afrique de l'Est : Darfour, Erythrée, Ethiopie, Somalie et Soudan.
- Proche Orient : Irak, Kurdistan, Liban, Palestine, Syrie.
- Asie : Inde et Pakistan.
- Afrique du Nord : Algérie, Egypte, Lybie, Maroc, Tunisie.
- Afrique Centrale : Congo et Tchad.
- Afrique de l'Ouest : Côte d'Ivoire et Mali.

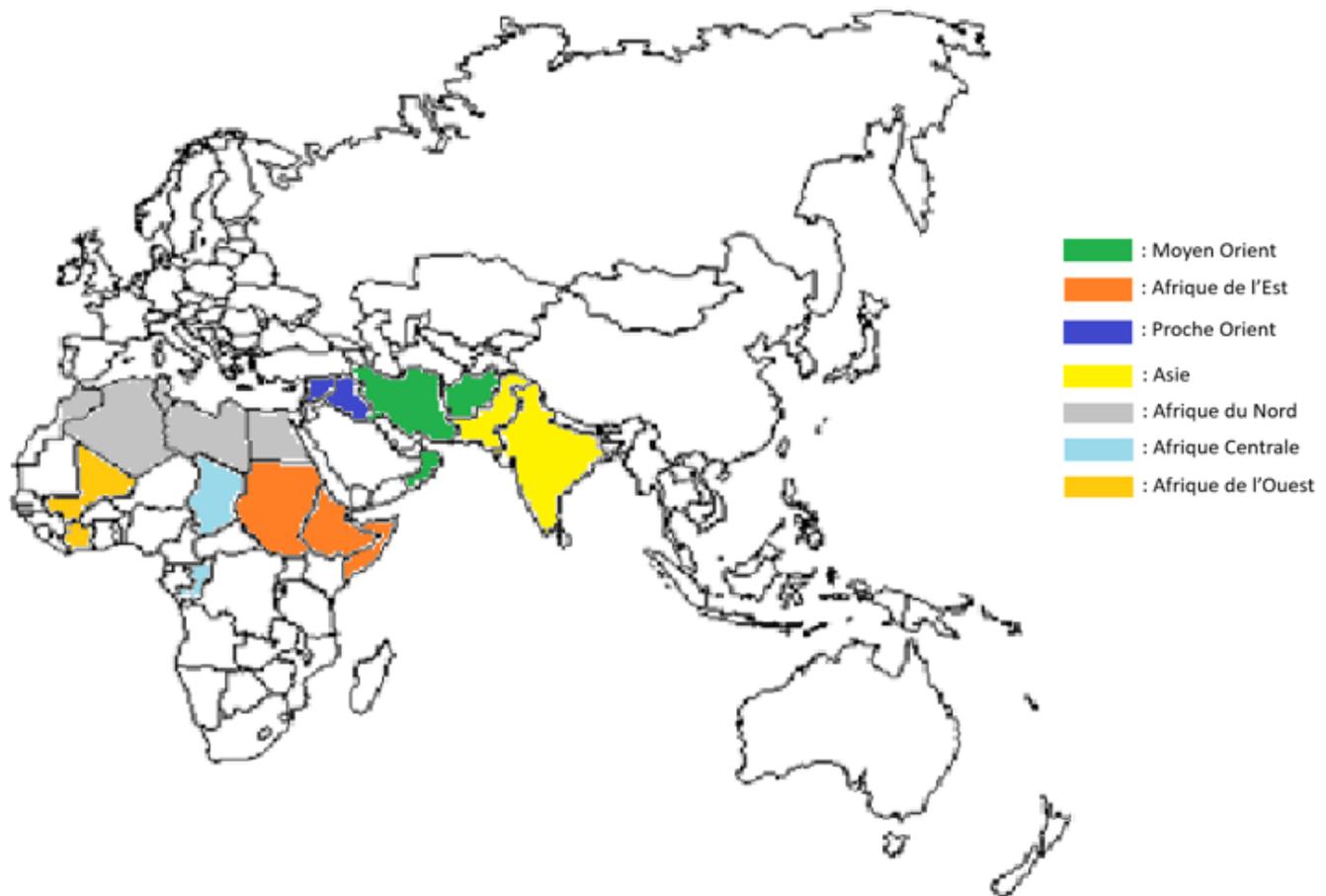


Figure 6 : Représentation des regroupements effectués sur une carte du monde

## 3. Evolution des origines géographiques dans le temps

## a) Evolution par nationalité

	Afghanistan	Algerie	Congo	Côte d'ivoire	Darfour	Egypte	Erythrée	Ethiopie	Inde
S45 (Nov 2015)	2.80	0.00	0.00	0.00	100.00	5.00	26.17	16.95	0.00
S50 (Déc 2015)	9.67	0.00	0.00	0.00	0.00	40.00	26.79	13.56	0.00
S1 (Janv 2016)	16.03	0.00	0.00	0.00	0.00	15.00	15.89	16.95	50.00
S5 (Fév 2016)	22.90	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	9.97	15.25	0.00
S12 (Mars 2016)	25.19	0.00	33.33	100.00	0.00	30.00	12.77	13.56	50.00
S14 (Avril 2016)	23.41	100.00	66.67	0.00	0.00	5.00	8.41	23.73	0.00

	Irak	Iran	Koweit	Kurdistan	Liban	Lybie	Mali	Maroc	Oman
S45 (Nov 2015)	20.62	10.92	14.89	28.57	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
S50 (Déc 2015)	34.02	14.85	34.04	0.00	0.00	66.67	0.00	0.00	0.00
S1 (Janv 2016)	8.25	9.61	4.26	14.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
S5 (Fév 2016)	17.53	13.10	4.26	14.29	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00
S12 (Mars 2016)	4.12	19.21	23.40	42.86	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
S14 (Avril 2016)	15.46	32.31	19.15	0.00	0.00	0.00	100.00	100.00	0.00

	Pakistan	Palestine	Somalie	Soudan	Syrie	Tchad	Tunisie
S45 (Nov 2015)	14.89	0.00	0.00	16.36	21.85	8.33	0.00
S50 (Déc 2015)	4.26	100.00	50.00	12.40	17.88	0.00	100.00
S1 (Janv 2016)	14.89	0.00	25.00	14.78	16.56	25.00	0.00
S5 (Fév 2016)	17.02	0.00	0.00	10.03	18.54	0.00	0.00
S12 (Mars 2016)	14.89	0.00	0.00	25.33	15.89	50.00	0.00
S14 (Avril 2016)	34.04	0.00	25.00	21.11	9.27	16.67	0.00

Tableau 4 : Pour chaque nationalité, répartition de la population par dates exprimée en pourcentage

b) Evolution par regroupement géographique

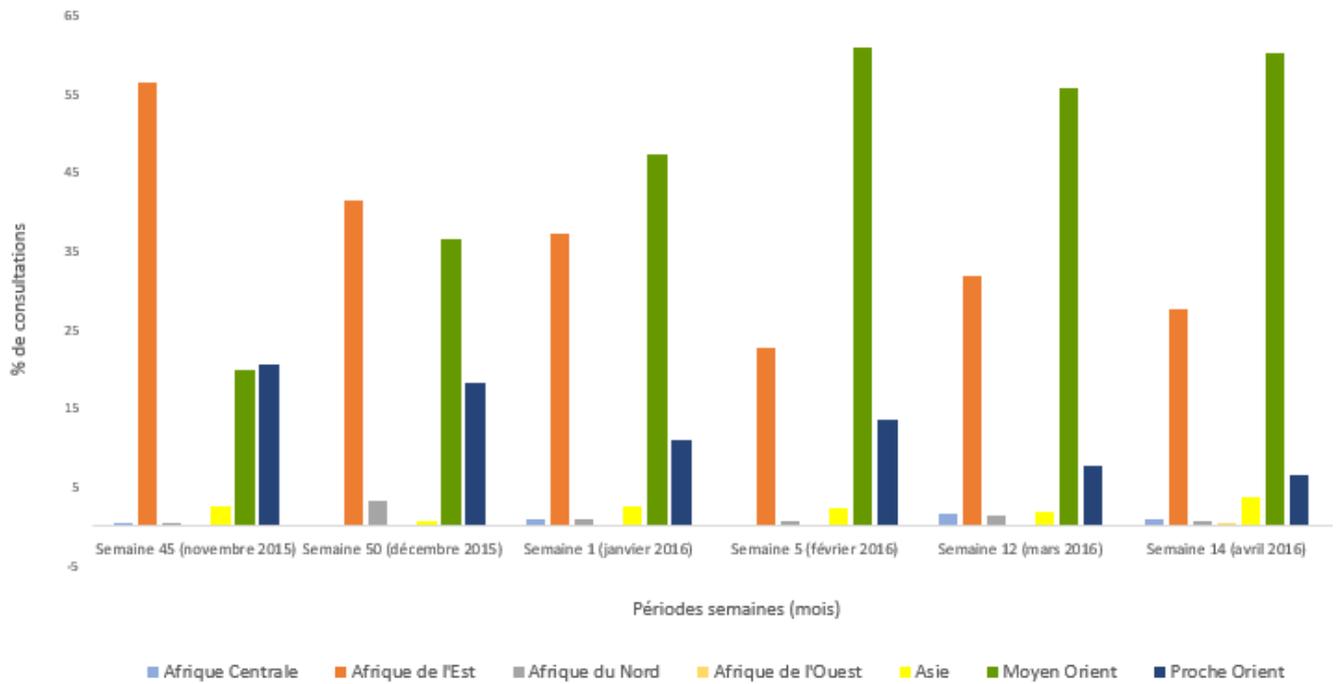


Figure 7: Evolution des provenances dans le temps après regroupement géographique

### III. MOTIFS DE CONSULTATIONS APRES REGROUPEMENT

Devant le nombre important de modalités concernant les motifs de consultation recueillis, un regroupement a été effectué afin de simplifier l'interprétation des résultats. Il correspond à un regroupement simplifié par catégorie générale.

Motif de consultation	Effectif	Proportion	IC95%
Motif respiratoire	457	20.41%	[ 18.76% ; 22.14% ]
Motif dermatologique	439	19.61%	[ 17.98% ; 21.31% ]
Motif traumatique	316	14.11%	[ 12.7% ; 15.62% ]
Motif ORL	174	7.77%	[ 6.7% ; 8.96% ]
Soins infirmiers	166	7.41%	[ 6.36% ; 8.58% ]
Motif infectieux	163	7.28%	[ 6.24% ; 8.44% ]
Motif dentaire	121	5.4%	[ 4.5% ; 6.42% ]
Motif digestif	97	4.33%	[ 3.53% ; 5.26% ]
Motif psychiatrique	87	3.89%	[ 3.12% ; 4.77% ]
Divers	82	3.66%	[ 2.92% ; 4.53% ]
Motif neurologique	68	3.04%	[ 2.37% ; 3.83% ]
Motif ophtalmologique	30	1.34%	[ 0.91% ; 1.91% ]
Motif gynéco-obstétrique	18	0.8%	[ 0.48% ; 1.27% ]
Motif cardio-vasculaire	9	0.4%	[ 0.18% ; 0.76% ]
Motif urologique	9	0.4%	[ 0.18% ; 0.76% ]
Motif endocrinologique	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]

Tableau 5 : Motifs de consultation regroupés par catégorie

Nombre de motifs manquants : 26 soit 1,15% de l'effectif.

#### IV. PATHOLOGIES DES PATIENTS MIGRANTS CONSULTANT A L'ANTENNE DELOCALISEE DE LA PASS

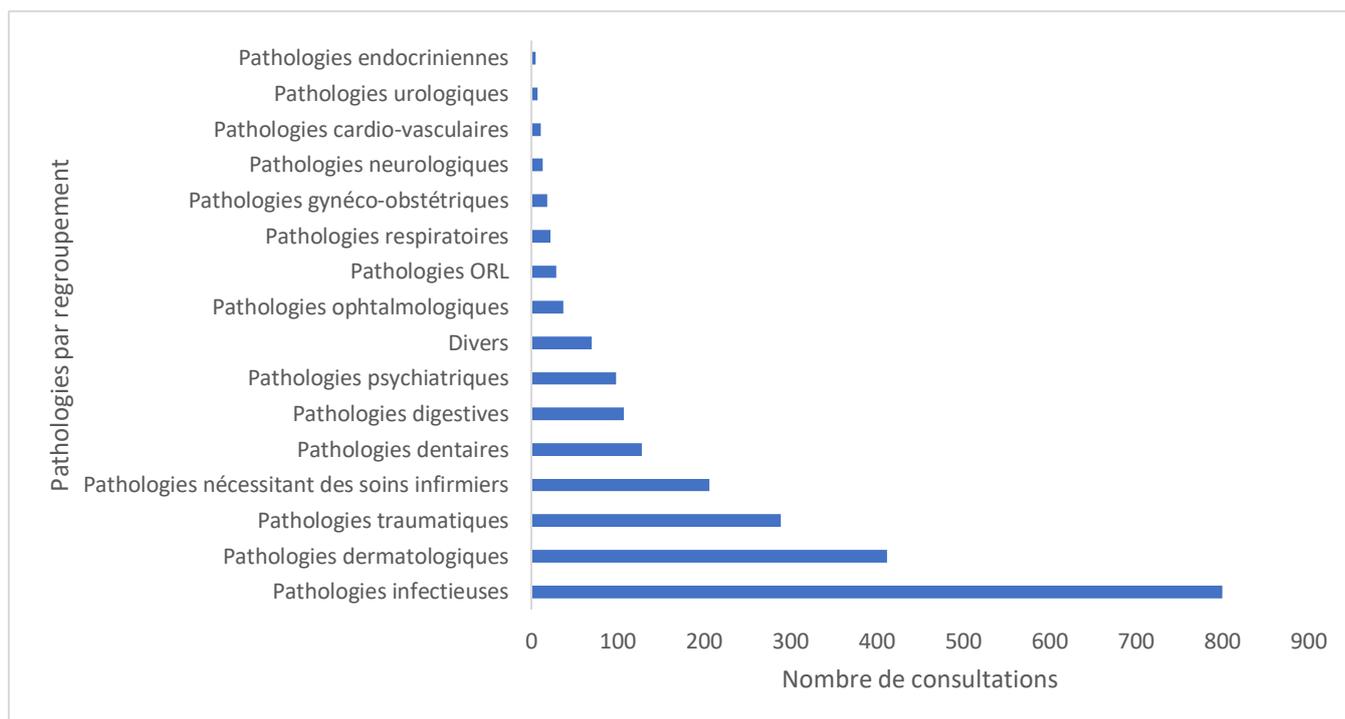
Devant le nombre important de modalités concernant les pathologies recueillies, un regroupement a été effectué afin de simplifier l'interprétation des résultats. Ce regroupement des pathologies recueillies correspond à un regroupement simplifié proche des grands chapitres de la CIM10.

##### A. Pathologies (principales et associées) après regroupement par catégorie

Pathologies	Effectif	Proportion	IC95%
Pathologies infectieuses	825	36.42%	[ 34.44% ; 38.44% ]
Pathologies dermatologiques	442	19.51%	[ 17.9% ; 21.21% ]
Pathologies traumatiques	304	13.42%	[ 12.04% ; 14.89% ]
Pathologies nécessitant des soins infirmiers	207	9.14%	[ 7.98% ; 10.4% ]
Pathologies dentaires	133	5.87%	[ 4.94% ; 6.92% ]
Pathologies digestives	119	5.25%	[ 4.37% ; 6.25% ]
Pathologies psychiatriques	107	4.72%	[ 3.89% ; 5.68% ]
Pathologies ophtalmologiques	40	1.77%	[ 1.26% ; 2.4% ]
Pathologies ORL	29	1.28%	[ 0.86% ; 1.83% ]
Pathologies respiratoires	25	1.1%	[ 0.72% ; 1.63% ]
Pathologies gynéco-obstétriques	19	0.84%	[ 0.51% ; 1.31% ]
Pathologies neurologiques	17	0.75%	[ 0.44% ; 1.2% ]
Pathologies cardio-vasculaires	11	0.49%	[ 0.24% ; 0.87% ]
Pathologies urologiques	9	0.4%	[ 0.18% ; 0.75% ]
Pathologies endocriniennes	6	0.26%	[ 0.1% ; 0.58% ]
Divers	77	3.4%	[ 2.69% ; 4.23% ]

**Tableau 6 :** Pathologies (principales et associées) après regroupement par catégorie

## B. Pathologies principales



**Figure 8 :** Pathologies principales après regroupement par catégorie

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
Pathologies infectieuses	800	35.52%	[ 33.55% ; 37.54% ]
Pathologies dermatologiques	412	18.29%	[ 16.72% ; 19.95% ]
Pathologies traumatiques	289	12.83%	[ 11.48% ; 14.29% ]
Pathologies nécessitant des soins infirmiers	206	9.15%	[ 7.99% ; 10.41% ]
Pathologies dentaires	128	5.68%	[ 4.76% ; 6.72% ]
Pathologies digestives	107	4.75%	[ 3.91% ; 5.71% ]
Pathologies psychiatriques	98	4.35%	[ 3.55% ; 5.28% ]
Pathologies ophtalmologiques	37	1.64%	[ 1.16% ; 2.26% ]
Pathologies ORL	29	1.29%	[ 0.86% ; 1.84% ]
Pathologies respiratoires	22	0.98%	[ 0.61% ; 1.48% ]
Pathologies gynéco-obstétriques	18	0.8%	[ 0.47% ; 1.26% ]
Pathologies neurologiques	13	0.58%	[ 0.31% ; 0.99% ]
Pathologies cardio-vasculaires	11	0.49%	[ 0.24% ; 0.87% ]
Pathologies urologiques	7	0.31%	[ 0.13% ; 0.64% ]
Pathologies endocriniennes	5	0.22%	[ 0.07% ; 0.52% ]
Divers	70	3.11%	[ 2.43% ; 3.91% ]

**Tableau 7 :** Pathologies principales après regroupement par catégorie

Au cours du recueil, 13 diagnostics principaux étaient manquants soit 0,57% de l'effectif.

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies infectieuses</b>	<b>800</b>	<b>35.52%</b>	<b>[ 33.55% ; 37.54% ]</b>
infection des voies respiratoires superieures	456	20.25%	[ 18.61% ; 21.97% ]
infection aigue des voies respiratoires inferieures	122	5.42%	[ 4.52% ; 6.43% ]
toux	60	2.66%	[ 2.04% ; 3.42% ]
grippe	52	2.31%	[ 1.73% ; 3.02% ]
otite moyenne sans precision	28	1.24%	[ 0.83% ; 1.79% ]
pneumopathie	25	1.11%	[ 0.72% ; 1.63% ]
abcès cutané furoncle	13	0.58%	[ 0.31% ; 0.99% ]
infection urinaire non précisée	11	0.49%	[ 0.24% ; 0.87% ]
varicelle	11	0.49%	[ 0.24% ; 0.87% ]
infection localisée de la peau sans précision	10	0.44%	[ 0.21% ; 0.82% ]
cystite	6	0.27%	[ 0.1% ; 0.58% ]
maladie sexuellement transmissible	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
erysipele	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
infection virale virale	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
prostatite	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

**Tableau 8 : Pathologies principales infectieuses**

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies dermatologiques</b>	<b>412</b>	<b>18.29%</b>	<b>[ 16.72% ; 19.95% ]</b>
gale	327	14.52%	[ 13.09% ; 16.04% ]
eczéma dermatite sans précision	24	1.07%	[ 0.68% ; 1.58% ]
mycose	21	0.93%	[ 0.58% ; 1.42% ]
maladie de la peau	20	0.89%	[ 0.54% ; 1.37% ]
acné	9	0.4%	[ 0.18% ; 0.76% ]
rash et éruption cutanée	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.45% ]
dermatite vésiculaire due au virus de l'herpès	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
xerosis cutané	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
tumefaction cutanée	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

**Tableau 9 : Pathologies principales dermatologiques**

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies traumatiques</b>	<b>289</b>	<b>12.83%</b>	<b>[ 11.48% ; 14.29% ]</b>
lombalgie	52	2.31%	[ 1.73% ; 3.02% ]
douleur au niveau membre	48	2.13%	[ 1.58% ; 2.82% ]
douleur articulaire gonalgie	26	1.15%	[ 0.76% ; 1.69% ]
plaie du poignet et de la main	20	0.89%	[ 0.54% ; 1.37% ]
entorse cheville	18	0.8%	[ 0.47% ; 1.26% ]
plaie cuir chevelu	10	0.44%	[ 0.21% ; 0.82% ]
brulure de la main	7	0.31%	[ 0.13% ; 0.64% ]
contusion du thorax	6	0.27%	[ 0.1% ; 0.58% ]
contusion main	6	0.27%	[ 0.1% ; 0.58% ]
lesion traumatique superficielle partie corps	6	0.27%	[ 0.1% ; 0.58% ]
rachialgie dorsale	6	0.27%	[ 0.1% ; 0.58% ]
contusion doigt	5	0.22%	[ 0.07% ; 0.52% ]
contusion jambe partie non précisée	5	0.22%	[ 0.07% ; 0.52% ]
douleur articulaire autre	5	0.22%	[ 0.07% ; 0.52% ]
plaie pied	5	0.22%	[ 0.07% ; 0.52% ]
sciatique	5	0.22%	[ 0.07% ; 0.52% ]
cervicalgie	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.45% ]
myalgie	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.45% ]
plaie multiple de la cuisse	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.45% ]
contusion avant bras	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
contusion lombaire	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
douleur multiple	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
entorse genou	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
brulure de la cheville et pied	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
contracture musculaire	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
contusion du bras	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
contusion du genou	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
fracture de cote	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
fracture de l'extremite inferieure de humerus	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
fracture jambe	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
fracture main	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
polytraumatise	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
traumatisme cranien sans perte de connaissance	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
arthrose	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
brulure cheville	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
brulure oeil	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
brulure tete	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
brulures multiples	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
contusion abdomen	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
contusion de la hanche	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

entorse poignet	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
fracture des os propres du nez	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
lesion traumatique superficielle du cou	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
lesion traumatique tendon achille	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
douleur	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
plaie cuisse	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
tendinite	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
traumatisme oeil	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

**Tableau 10 :** Pathologies principales traumatiques

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies nécessitant des soins infirmiers</b>	<b>206</b>	<b>9.15%</b>	<b>[ 7.99% ; 10.41% ]</b>
soin infirmier plaie	128	5.68%	[ 4.76% ; 6.72% ]
soin infirmier probleme infectieux	46	2.04%	[ 1.5% ; 2.72% ]
soin infirmier non precise	27	1.2%	[ 0.79% ; 1.74% ]
soin infirmier brulure	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.45% ]
soin infirmier non precise	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

**Tableau 11 :** Pathologies principales nécessitant des soins infirmiers

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies dentaires</b>	<b>128</b>	<b>5.68%</b>	<b>[ 4.76% ; 6.72% ]</b>
autres affections precisees des dents et du parodonte	128	5.68%	[ 4.76% ; 6.72% ]

**Tableau 12 :** Pathologies principales dentaires

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies digestives</b>	<b>107</b>	<b>4.75%</b>	<b>[ 3.91% ; 5.71% ]</b>
gastrite	47	2.09%	[ 1.54% ; 2.77% ]
diarrhee et gastroenterite	18	0.8%	[ 0.47% ; 1.26% ]
douleur abdominale non precisee	9	0.4%	[ 0.18% ; 0.76% ]
hemorroïdes	8	0.36%	[ 0.15% ; 0.7% ]
ulcere digestif	6	0.27%	[ 0.1% ; 0.58% ]
constipation	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.45% ]
oxyurose	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.45% ]
parasitose digestive	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
reflux gastro oesophagien	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
diarrhee aigue	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
hernie abdominale	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
diarrhee sanglante	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

Tableau 13 : Pathologies principales digestives

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies psychiatriques</b>	<b>98</b>	<b>4.35%</b>	<b>[ 3.55% ; 5.28% ]</b>
episode depressif	38	1.69%	[ 1.2% ; 2.31% ]
trouble anxieux anxiete	33	1.47%	[ 1.01% ; 2.05% ]
stress post traumatique	12	0.53%	[ 0.28% ; 0.93% ]
sujet inquiet de son etat de sante	8	0.36%	[ 0.15% ; 0.7% ]
trouble de l'endormissement et du maintien du sommeil	6	0.27%	[ 0.1% ; 0.58% ]
difficultes psychosociale	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

Tableau 14 : Pathologies principales psychiatriques

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies ophtalmologiques</b>	<b>37</b>	<b>1.64%</b>	<b>[ 1.16% ; 2.26% ]</b>
conjonctivite	27	1.2%	[ 0.79% ; 1.74% ]
affection de l'oeil et de ses annexes	10	0.44%	[ 0.21% ; 0.82% ]

Tableau 15 : Pathologies principales ophtalmologiques

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies ORL</b>	<b>29</b>	<b>1.29%</b>	<b>[ 0.86% ; 1.84% ]</b>
douleur de la gorge	21	0.93%	[ 0.58% ; 1.42% ]
otalgie	7	0.31%	[ 0.13% ; 0.64% ]
epistaxis	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

Tableau 16 : Pathologies principales ORL

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies respiratoires</b>	<b>22</b>	<b>0.98%</b>	<b>[ 0.61% ; 1.48% ]</b>
asthme	19	0.84%	[ 0.51% ; 1.31% ]
hémoptysie	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]

Tableau 17 : Pathologies principales respiratoires

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies gynéco-obstétriques</b>	<b>18</b>	<b>0.8%</b>	<b>[ 0.47% ; 1.26% ]</b>
surveillance grossesse normale	5	0.22%	[ 0.07% ; 0.52% ]
diagnostic grossesse	4	0.18%	[ 0.05% ; 0.45% ]
affection des organes génitaux de la femme	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
méno-métrorragie	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
affection liée à la grossesse	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
dysménorrhée	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
fausse couche	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

Tableau 18 : Pathologies principales gynéco-obstétriques

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies neurologiques</b>	<b>13</b>	<b>0.58%</b>	<b>[ 0.31% ; 0.99% ]</b>
céphalée	10	0.44%	[ 0.21% ; 0.82% ]
migraine	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]

Tableau 19 : Pathologies principales neurologiques

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies cardio-vasculaires</b>	<b>11</b>	<b>0.49%</b>	<b>[ 0.24% ; 0.87% ]</b>
douleur thoracique	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
tachycardie	3	0.13%	[ 0.03% ; 0.39% ]
angor	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
insuffisance cardiaque globale	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
hypertension artérielle essentielle	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

Tableau 20 : Pathologies principales cardio-vasculaires

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies urologiques</b>	<b>7</b>	<b>0.31%</b>	<b>[ 0.13% ; 0.64% ]</b>
colique nephretique	7	0.31%	[ 0.13% ; 0.64% ]

Tableau 21 : Pathologies principales urologiques

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies endocriniennes</b>	<b>5</b>	<b>0.22%</b>	<b>[ 0.07% ; 0.52% ]</b>
hyperglycemie	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
diabete sucre insulino-dependant	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
diabete sucre non insulino-dependant	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
hypoglycemie	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

Tableau 22 : Pathologies principales endocriniennes

Pathologies principales	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Divers</b>	<b>70</b>	<b>3.11%</b>	<b>[ 2.43% ; 3.91% ]</b>
renouvellement	28	1.24%	[ 0.83% ; 1.79% ]
conseil	16	0.71%	[ 0.41% ; 1.15% ]
vaccination	11	0.49%	[ 0.24% ; 0.87% ]
allergie sans precision	5	0.22%	[ 0.07% ; 0.52% ]
anemie	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
examen de laboratoire	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
vertige malaise	2	0.09%	[ 0.01% ; 0.32% ]
certificat	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
denutrition	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
paralysie faciale a frigore	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]
sujet consultant pour des resultats examens	1	0.04%	[ 0% ; 0.25% ]

**Tableau 23** : Pathologies principales contenues dans la catégorie « divers »

### C. Pathologies associées

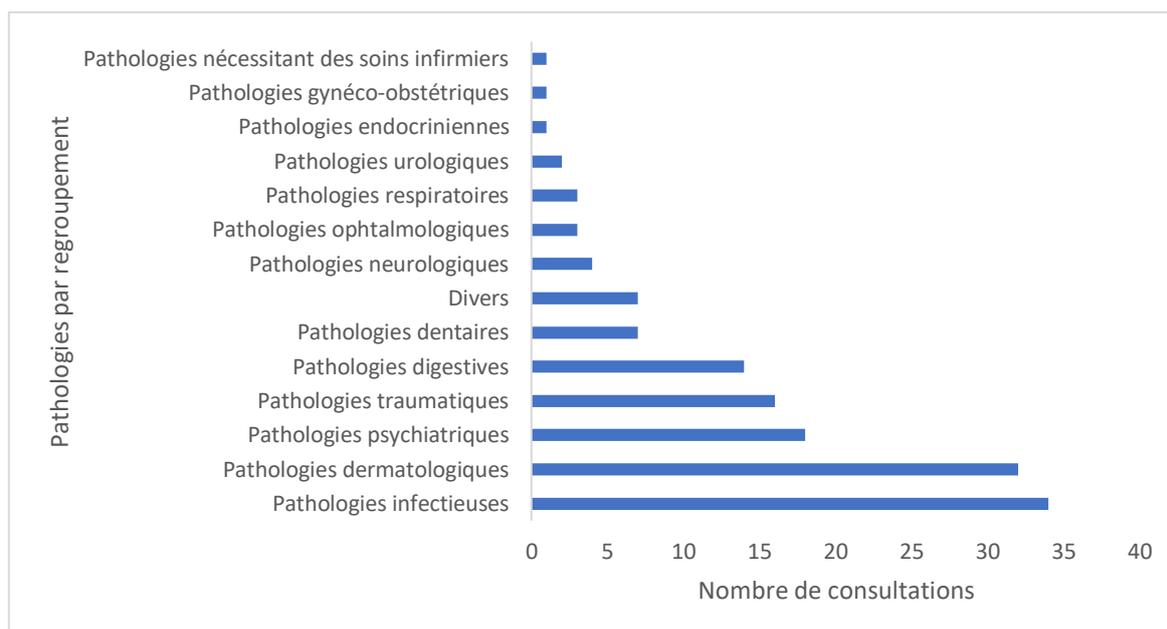


Figure 9 : Pathologies associées après regroupement par catégorie

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
Pathologies infectieuses	34	23.78%	[ 17.06% ; 31.61% ]
Pathologies dermatologiques	32	22.38%	[ 15.84% ; 30.1% ]
Pathologies psychiatriques	18	12.59%	[ 7.63% ; 19.16% ]
Pathologies traumatiques	16	11.19%	[ 6.53% ; 17.53% ]
Pathologies digestives	14	9.79%	[ 5.46% ; 15.88% ]
Pathologies dentaires	7	4.9%	[ 1.99% ; 9.83% ]
Pathologies neurologiques	4	2.8%	[ 0.77% ; 7.01% ]
Pathologies ophtalmologiques	3	2.1%	[ 0.43% ; 6.01% ]
Pathologies respiratoires	3	2.1%	[ 0.43% ; 6.01% ]
Pathologies urologiques	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
Pathologies endocriniennes	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
Pathologies gynéco-obstétriques	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
Pathologies nécessitant des soins infirmiers	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
Divers	7	4.9%	[ 1.99% ; 9.83% ]

Tableau 24 : Pathologies associées après regroupement par catégorie

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies infectieuses</b>	<b>34</b>	<b>23.78%</b>	<b>[ 17.06% ; 31.61% ]</b>
infection des voies respiratoires superieures	16	11.19%	[ 6.53% ; 17.53% ]
grippe	5	3.5%	[ 1.14% ; 7.97% ]
abcès cutané furoncle	4	2.8%	[ 0.77% ; 7.01% ]
infection aiguë des voies respiratoires inferieures	3	2.1%	[ 0.43% ; 6.01% ]
cystite	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
pneumopathie	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
otite moyenne sans précision	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
varicelle	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

**Tableau 25 :** Pathologies associées infectieuses

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies dermatologiques</b>	<b>32</b>	<b>22.38%</b>	<b>[ 15.84% ; 30.1% ]</b>
gale	18	12.59%	[ 7.63% ; 19.16% ]
mycose	5	3.5%	[ 1.14% ; 7.97% ]
maladie de la peau	4	2.8%	[ 0.77% ; 7.01% ]
eczéma dermatite sans précision	3	2.1%	[ 0.43% ; 6.01% ]
acné	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
rash et éruption cutanée	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

**Tableau 26 :** Pathologies associées dermatologiques

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies psychiatriques</b>	<b>18</b>	<b>12.59%</b>	<b>[ 7.63% ; 19.16% ]</b>
trouble anxieux anxiété	14	9.79%	[ 5.46% ; 15.88% ]
stress post traumatique	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
épisode dépressif	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
trouble de l'endormissement et du maintien du sommeil	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

**Tableau 27 :** Pathologies associées psychiatriques

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies traumatiques</b>	<b>16</b>	<b>11.19%</b>	<b>[ 6.53% ; 17.53% ]</b>
lombalgie	5	3.5%	[ 1.14% ; 7.97% ]
entorse cheville	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
gonalgie	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
cervicalgie	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
contusion avant bras	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
contusion du genou	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
contusion jambe partie non précisée	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
douleur articulaire autre	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
douleur au niveau membre	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
plaie du poignet et de la main	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

**Tableau 28 :** Pathologies associées traumatiques

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies digestives</b>	<b>14</b>	<b>9.79%</b>	<b>[ 5.46% ; 15.88% ]</b>
gastrite	4	2.8%	[ 0.77% ; 7.01% ]
reflux gastro oesophagien	4	2.8%	[ 0.77% ; 7.01% ]
constipation	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
diarrhée et gastroenterite	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
hémorroïdes	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
oxyurose	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]
vomissement	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

**Tableau 29 :** Pathologies associées digestives

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies dentaires</b>	<b>7</b>	<b>4.9%</b>	<b>[ 1.99% ; 9.83% ]</b>
autres affections précisées des dents et du parodonte	7	4.9%	[ 1.99% ; 9.83% ]

**Tableau 30 :** Pathologies associées dentaires

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies neurologiques</b>	<b>4</b>	<b>2.8%</b>	<b>[ 0.77% ; 7.01% ]</b>
céphalée	4	2.8%	[ 0.77% ; 7.01% ]

**Tableau 31 :** Pathologies associées neurologiques

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies ophtalmologiques</b>	<b>3</b>	<b>2.1%</b>	<b>[ 0.43% ; 6.01% ]</b>
affection de l'oeil et de ses annexes	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
conjonctivite	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

Tableau 32 : Pathologies associées ophtalmologiques

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies respiratoires</b>	<b>3</b>	<b>2.1%</b>	<b>[ 0.43% ; 6.01% ]</b>
asthme	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
suspicion tuberculose pulmonaire	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

Tableau 33 : Pathologies associées respiratoires

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies urologiques</b>	<b>2</b>	<b>1.4%</b>	<b>[ 0.17% ; 4.96% ]</b>
colique nephretique	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]

Tableau 34 : Pathologies associées urologiques

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies endocriniennes</b>	<b>1</b>	<b>0.7%</b>	<b>[ 0.02% ; 3.83% ]</b>
diabete sucre non insulino-dependant	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

Tableau 35 : Pathologies associées endocriniennes

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies gynéco-obstétriques</b>	<b>1</b>	<b>0.7%</b>	<b>[ 0.02% ; 3.83% ]</b>
surveillance grossesse normale	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

Tableau 36 : Pathologies associées gynéco-obstétriques

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Pathologies nécessitant des soins infirmiers</b>	<b>1</b>	<b>0.7%</b>	<b>[ 0.02% ; 3.83% ]</b>
soin infirmier sans precision	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

**Tableau 37 :** Pathologies associées nécessitant des soins infirmiers

Pathologies associées	Effectif	Proportion	IC95%
<b>Divers</b>	<b>7</b>	<b>4.9%</b>	<b>[ 1.99% ; 9.83% ]</b>
allergie sans precision	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
conseil	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
renouvellement	2	1.4%	[ 0.17% ; 4.96% ]
examen de laboratoire	1	0.7%	[ 0.02% ; 3.83% ]

**Tableau 38 :** Pathologies associées contenues dans la catégorie « divers »

## V. FOCUS SUR CERTAINES PATHOLOGIES

Pathologies	Effectif	Proportion	IC95%
Infection respiratoire haute	536	23.66%	[ 21.93% ; 25.47% ]
Gale	344	15.19%	[ 13.73% ; 16.73% ]
Infection respiratoire basse	154	6.8%	[ 5.8% ; 7.91% ]
Grippe	57	2.52%	[ 1.91% ; 3.25% ]
Anxiété	47	2.08%	[ 1.53% ; 2.75% ]
Plaie	40	1.77%	[ 1.26% ; 2.4% ]
Contusion traumatique	40	1.77%	[ 1.26% ; 2.4% ]
Dépression	39	1.72%	[ 1.23% ; 2.35% ]
Mycose	23	1.02%	[ 0.64% ; 1.52% ]
Entorse	21	0.93%	[ 0.57% ; 1.41% ]
Stress post traumatique	15	0.66%	[ 0.37% ; 1.09% ]
Varicelle	13	0.57%	[ 0.31% ; 0.98% ]
Brulure	10	0.44%	[ 0.21% ; 0.81% ]

**Tableau 39 :** Focus sur certaines pathologies issues des diagnostics principaux et associés

## VI. EVOLUTION DES PATHOLOGIES DANS LE TEMPS

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

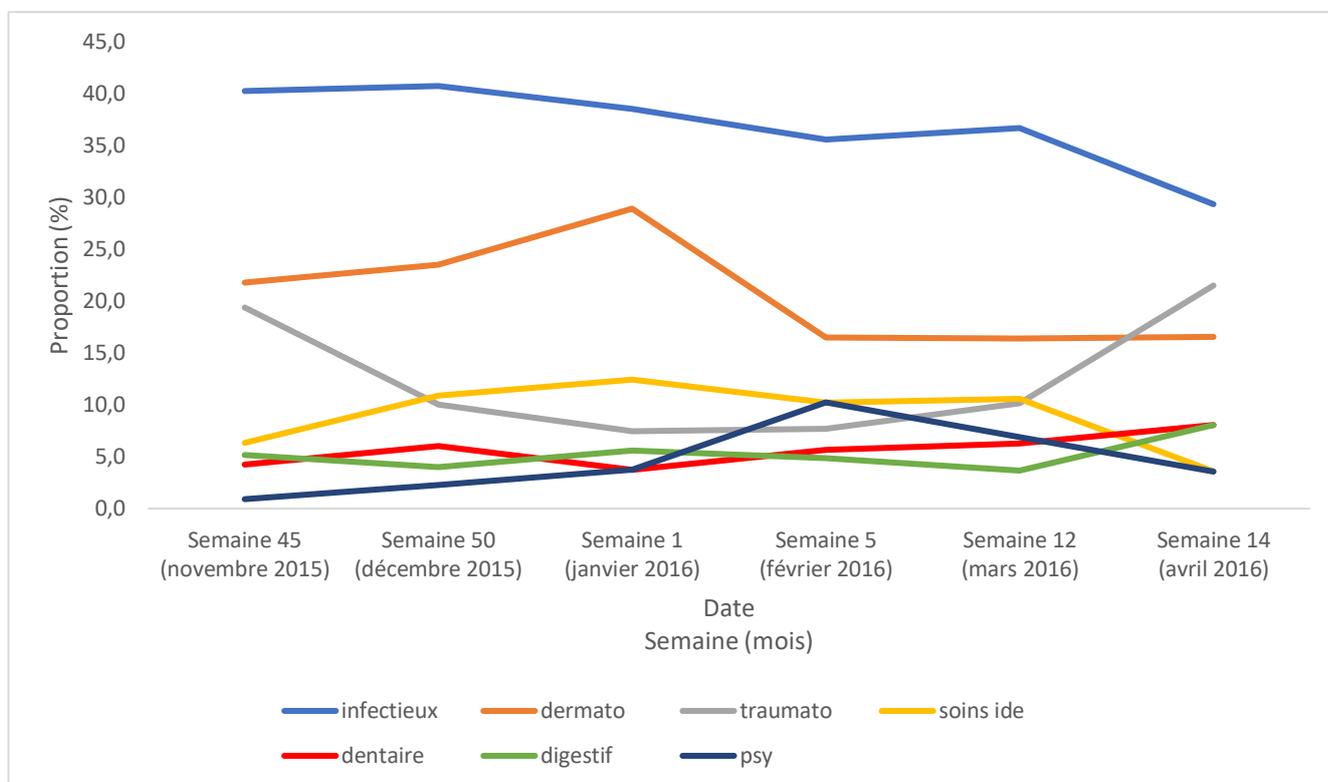
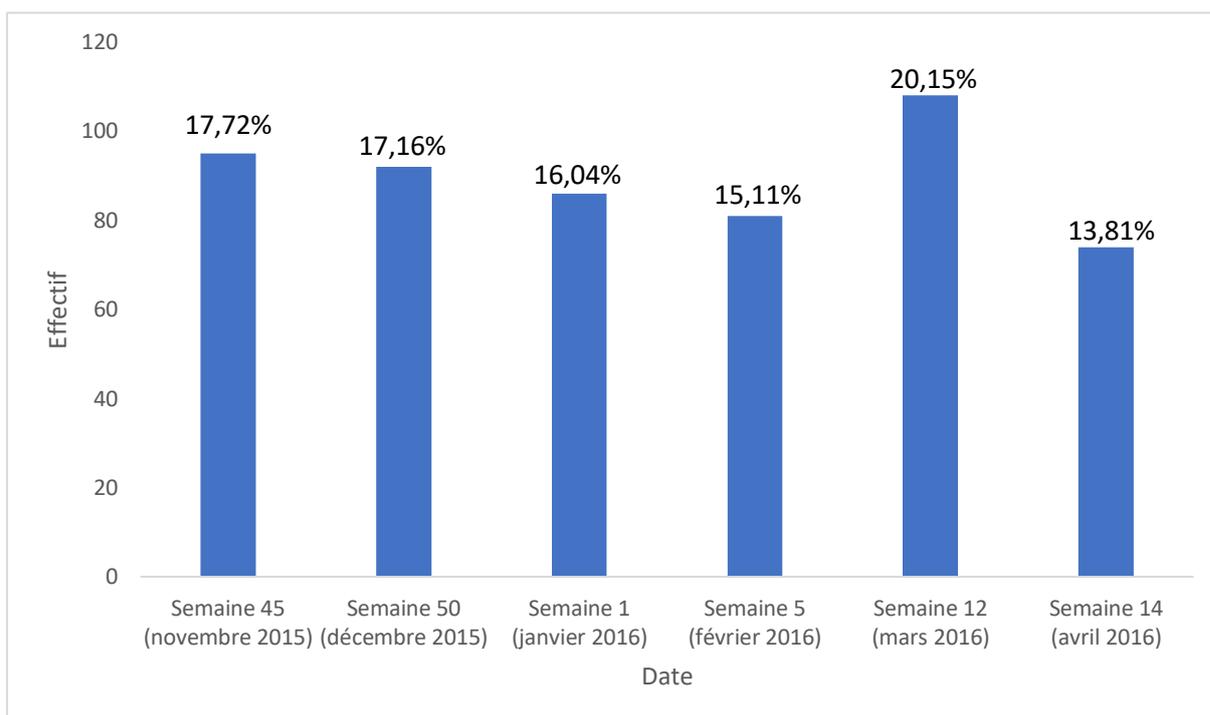


Figure 10 : Evolution dans le temps des 7 catégories de pathologies les plus représentées

**B. Répartition dans le temps des infections respiratoires hautes**

**Figure 11 :** Répartition dans le temps des infections respiratoires hautes

La totalité des infections respiratoires hautes de l'échantillon se sont réparties comme suit : 17,72% en semaine 45 (novembre 2015), 17,16% en semaines 50 (décembre 2015), 16,04% en semaine 1 (janvier 2016), 15,11% en semaine 5 (février 2016), 20,15% en semaine 12 (mars 2016), 13,81% en semaine 14 (avril 2016).

### C. Répartition dans le temps de la gale

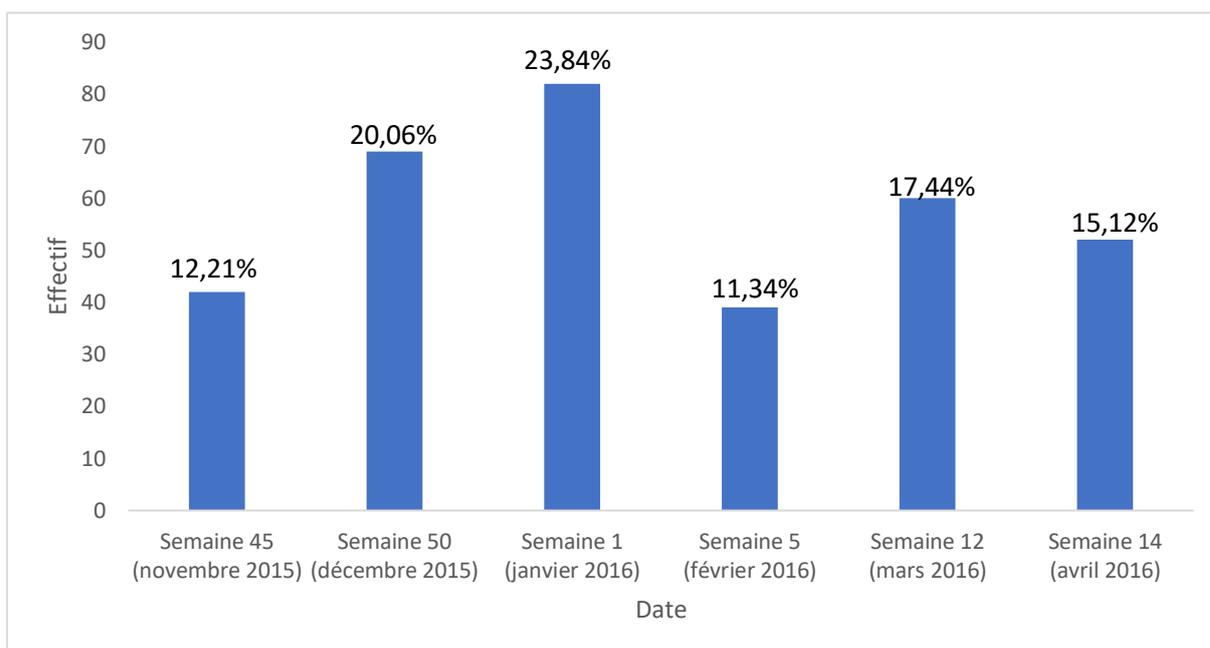


Figure 12 : Répartition dans le temps de la gale

### D. Répartition dans le temps des infections respiratoires basses

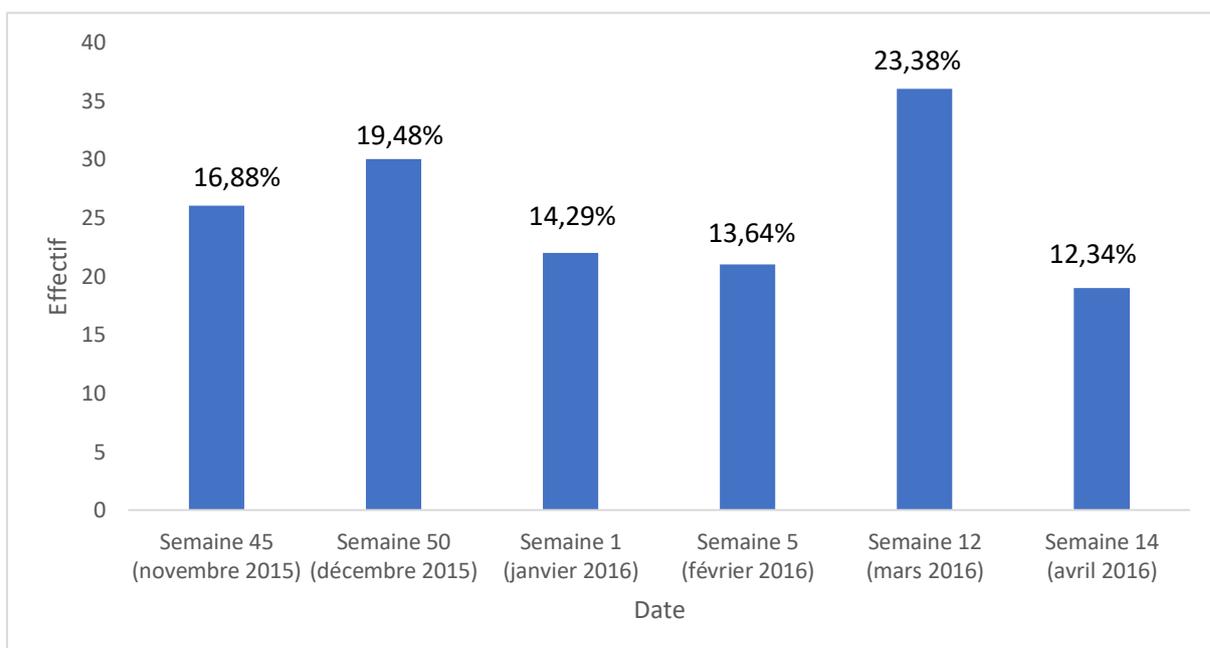


Figure 13 : Répartition dans le temps des infections respiratoires basses

## VII. PATHOLOGIES PRINCIPALES PAR REGROUPEMENT GEOGRAPHIQUE

L'analyse bivariée a été réalisée à l'aide du Test du Chi 2 sur deux variables qualitatives. Nombre de données manquantes : 91 soit 4,01% de l'effectif.

	Afrique Centrale	n	Afrique de l'Est	n	Afrique du Nord	n	Afrique l'Ouest	n	Asie	n	Moyen Orient	n	Proche Orient	n
cardiovasc	0.00	0	0.79	6	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.38	4	0.00	0
dentaire	6.67	1	3.69	28	7.69	2	0.00	0	2.04	1	6.62	70	<b>9.43</b>	<b>25</b>
<b>dermato</b>	<b>6.67</b>	<b>1</b>	<b>19.37</b>	<b>147</b>	<b>30.77</b>	<b>8</b>	<b>50.00</b>	<b>1</b>	<b>8.16</b>	<b>4</b>	<b>20.72</b>	<b>219</b>	<b>9.06</b>	<b>24</b>
digestif	13.33	2	5.01	38	0.00	0	0.00	0	2.04	1	5.20	55	3.77	10
divers	0.00	0	3.82	29	3.85	1	0.00	0	6.12	3	2.18	23	4.91	13
endoc	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.19	2	1.13	3
gyn-obst	0.00	0	1.71	13	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.19	2	0.75	2
<b>infectieux</b>	<b>20.00</b>	<b>3</b>	<b>30.30</b>	<b>230</b>	<b>23.08</b>	<b>6</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>51.02</b>	<b>25</b>	<b>36.90</b>	<b>390</b>	<b>45.28</b>	<b>120</b>
neuro	6.67	1	0.53	4	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.57	6	0.75	2
opht	0.00	0	2.37	18	3.85	1	0.00	0	4.08	2	0.85	9	2.64	7
orl	0.00	0	0.79	6	0.00	0	0.00	0	0.00	0	1.70	18	1.51	4
psy	<b>46.67</b>	<b>7</b>	5.01	38	3.85	1	0.00	0	2.04	1	4.45	47	0.75	2
respi	0.00	0	0.92	7	0.00	0	0.00	0	2.04	1	1.14	12	0.75	2
soins ide	0.00	0	14.89	113	3.85	1	0.00	0	2.04	1	5.30	56	6.04	16
<b>traumato</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>10.67</b>	<b>81</b>	<b>23.08</b>	<b>6</b>	<b>50.00</b>	<b>1</b>	<b>20.41</b>	<b>10</b>	<b>13.06</b>	<b>138</b>	<b>13.21</b>	<b>35</b>
uro	0.00	0	0.13	1	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.57	6	0.00	0

Tableau 40 : Pathologie par regroupement géographique

## VIII. PATHOLOGIES PRINCIPALES PAR CLASSE D'ÂGE

L'analyse bivariée a été réalisée à l'aide du Test du Chi 2 sur deux variables qualitatives.

Nombre de données manquantes : 40 soit 1,77% de l'effectif.

	0-9	n	10-17	n	18-24	n	25-34	n	35-44	n	45-54	n	55-64	n	65-70	n
cardiovasc	0.00	0	0.00	0	0.12	1	0.73	6	0.43	1	<b>5.13</b>	<b>2</b>	<b>8.33</b>	<b>1</b>	0.00	0
dentaire	3.12	1	3.66	9	4.18	35	7.45	61	8.15	19	2.56	1	0.00	0	0.00	0
<b>dermato</b>	<b>6.25</b>	<b>2</b>	<b>34.96</b>	<b>86</b>	<b>20.67</b>	<b>173</b>	<b>14.65</b>	<b>120</b>	<b>9.44</b>	<b>22</b>	<b>10.26</b>	<b>4</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>
digestif	3.12	1	2.03	5	4.42	37	5.62	46	6.01	14	5.13	2	8.33	1	0.00	0
divers	9.38	3	0.41	1	2.99	25	4.03	33	1.29	3	10.26	4	8.33	1	0.00	0
endoc	0.00	0	0.81	2	0.00	0	0.24	2	0.43	1	0.00	0	0.00	0	0.00	0
gyn-obst	0.00	0	0.00	0	0.84	7	1.22	10	0.43	1	0.00	0	0.00	0	0.00	0
<b>infectieux</b>	<b>68.75</b>	<b>22</b>	<b>33.33</b>	<b>82</b>	<b>36.56</b>	<b>306</b>	<b>33.33</b>	<b>273</b>	<b>34.33</b>	<b>80</b>	<b>48.72</b>	<b>19</b>	<b>41.67</b>	<b>5</b>	<b>83.33</b>	<b>5</b>
neuro	0.00	0	0.00	0	0.72	6	0.61	5	0.86	2	0.00	0	0.00	0	0.00	0
opht	3.12	1	2.03	5	2.03	17	1.34	11	0.86	2	2.56	1	0.00	0	0.00	0
orl	3.12	1	0.81	2	1.43	12	1.47	12	0.43	1	0.00	0	0.00	0	0.00	0
psy	0.00	0	5.69	14	2.51	21	5.74	47	4.72	11	2.56	1	0.00	0	16.67	1
respi	0.00	0	0.00	0	0.96	8	0.98	8	2.15	5	0.00	0	8.33	1	0.00	0
soins ide	0.00	0	6.91	17	11.95	100	8.06	66	7.30	17	0.00	0	0.00	0	0.00	0
<b>traumato</b>	<b>3.12</b>	<b>1</b>	<b>8.94</b>	<b>22</b>	<b>10.51</b>	<b>88</b>	<b>14.16</b>	<b>116</b>	<b>22.32</b>	<b>52</b>	<b>12.82</b>	<b>5</b>	<b>25.00</b>	<b>3</b>	<b>0.00</b>	<b>0</b>
uro	0.00	0	0.41	1	0.12	1	0.37	3	0.86	2	0.00	0	0.00	0	0.00	0

Tableau 41 : Pathologies par classe d'âge

## DISCUSSION

Ce travail a pour but de décrire les principales pathologies des patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Calais sur le site Jules Ferry de novembre 2015 à avril 2016. Les données recueillies sur cette période ont permis d'analyser 2265 dossiers de consultations.

Cette étude montre que les principales pathologies observées chez les migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS pendant la période d'étude sont en premier lieu infectieuses puis dermatologiques et traumatiques.

Les pathologies rencontrées chez les migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry sont des pathologies bénignes, avec une prédominance pour des pathologies infectieuses courantes. Le nombre de cas d'infections respiratoires hautes représente 23,66% des consultations, celui des infections respiratoires basses 6,8%. La gale apparaît dans 15,19% des consultations.

## I. DISCUSSION DE LA METHODE

### A. Biais

#### 1. *Biais de sélection*

Devant le nombre important de consultations quotidiennes, le recueil de données n'a été effectué que sur une semaine par mois pendant 6 mois. Le recueil n'a donc pas été exhaustif sur la période de l'étude.

L'absence de mise en place de randomisation dans la collecte des dossiers analysés due au nombre important de dossiers traités par mois et de leur archivage non informatisé a empêché l'analyse exhaustive des dossiers de consultation.

#### 2. *Biais de déclaration*

Les données recueillies étant basées sur des faits déclaratifs, celles-ci ont pu être intentionnellement ou non faussées (âge, origine géographique...) par le déclarant.

#### 3. *Biais d'échantillonnage*

Les consultations étant basées sur le principe du volontariat (examens médicaux non systématiques des migrants présents dans la jungle), la non-participation d'une partie des migrants, difficilement mesurable, constitue un biais d'échantillonnage.

#### 4. *Biais de mesure*

La durée de consultation limitée en temps associée à la complexité de la prise en charge d'un patient migrant (barrière linguistique, représentation culturelle, niveau de compréhension) peuvent exposer le praticien à une source d'erreur médicale et de diagnostic erroné difficilement mesurable dans les faits.

De plus, il s'agit d'une étude uniquement basée sur des dossiers papiers. Ceci expose à un biais de recueil des données.

## **B. Limites de l'étude**

### *1. Surreprésentation des pathologies hivernales*

Cette étude étant réalisée sur les mois hivernaux, elle comporte une surreprésentation des pathologies saisonnières hivernales par rapport à une année pleine.

### *2. Type d'étude*

Il s'agit d'une étude monocentrique réalisée à Calais. Celle-ci reflète ainsi la situation des migrants de cette zone géographique à un moment donné, mais ne peut constituer une analyse exhaustive de la population des migrants en France.

### *3. Pas d'étude de prévalence*

Il n'a pas été possible d'exclure les doublons parmi les données recueillies car un nouveau dossier était créé à chaque venue d'un patient à la PASS et les patients avaient tendance à ne pas donner leur vrai nom par crainte d'être enregistrés en France. Associé à l'absence d'exhaustivité des données, l'étude de la prévalence des pathologies répertoriées dans cette étude n'a pas été possible. Néanmoins, une estimation des pathologies fréquemment rencontrées chez les patients migrants consultant a pu être réalisée.

### *4. Classification des pathologies et regroupement effectué*

L'existence de plus de 100 diagnostics principaux répertoriés rend difficile l'interprétation. Un regroupement secondaire par une approche simplifiée proche des grands chapitres de la CIM10 a été réalisée dans le but de déterminer leur représentativité au sein de la population des migrants. Ce choix de regroupement permet de comparer les données à celles existantes sur la population migrante du Nord Pas-de-Calais.

D'autres classifications existent, en particulier la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP-2) permettant de décrire les éléments de consultation en soins primaires par classe anatomique et par procédures (symptômes, plaintes, diagnostics, thérapeutiques...). Toutefois, la CIM10 se rapproche davantage des regroupements effectués par la CIRE et permet une meilleure comparaison avec leurs données.

## 5. Origines géographiques

Pour faciliter l'interprétation des résultats concernant les origines géographiques, un regroupement par grandes régions a été fait. Compte tenu de l'absence d'un référentiel admis par tous sur le regroupement des pays du monde en grandes régions, le regroupement choisi aurait pu être fait différemment.

Il est à noter que certains patients déclarent en tant que nationalité des origines qui n'en sont pas officiellement, à savoir le Darfour (qui est une région du Soudan) et le Kurdistan, qui est une région à cheval sur l'Irak, l'Iran, la Turquie et la Syrie. Ainsi, l'origine kurde déclarée par 14 migrants ne permet pas d'affecter ces patients à leur nationalité officielle.

## 6. Variabilité dans le temps

La population migrante est par définition mouvante, ce qui fait que les données recueillies durant la période de l'étude peuvent être totalement différentes de données recueillies sur la même population à une autre période mais aussi dans d'autres contextes de migration.

## 7. Sources bibliographiques

Il existe peu de références scientifiques relatives aux migrants de Calais. Les références de cette étude sont en partie des références journalistiques et associatives limitant les possibilités de discussion. Ceci témoigne de l'intérêt de réaliser des études sur la santé des migrants et sur les migrants de Calais, ce qui fait aussi la force et la pertinence de cette étude.

### **C. Forces de l'étude**

#### 1. Taille de l'échantillon

Le nombre de données analysées important avec 2 265 dossiers de consultations analysées ainsi que le faible nombre de valeurs manquantes sur une période de 6 mois apporte de la robustesse aux résultats présentés.

## *2. Première et seule étude à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais*

Il s'agit d'une étude abordant la santé des migrants en transit à Calais. Cette étude a été réalisée dans un centre de soin qui n'existe plus depuis le démantèlement de la jungle en octobre 2016, ce qui rend ce travail singulier et unique.

## *3. Lieu d'étude*

Mener une étude à l'antenne délocalisée de la PASS située à côté du lieu de vie principal des migrants de Calais sur la période de l'étude en fait un observatoire privilégié de la santé des migrants.

## *4. Complémentarité avec les travaux existants*

Une étude réalisée par le Dr Hendrycks a permis d'étudier les pathologies présentées par les patients migrants consultant au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Calais sur l'année 2014 (26). Le travail réalisé ici permet d'apporter des données complémentaires sur la santé des migrants présents à Calais et d'étudier un deuxième versant de l'accès aux soins de cette population.

La Cellule d'Intervention en Région Hauts-de-France a réalisé une surveillance sanitaire de la population migrante de Calais. Le premier point épidémiologique est sorti le 21 décembre 2015 et concernait les données du dispensaire de MSF présent dans la jungle de Calais depuis début décembre 2015. Les données concernant les pathologies des patients consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais ont pu être analysées pour la première fois dans le bulletin épidémiologique sorti le 26 février reprenant les données des 5 semaines précédant cette date. Par la suite, en raison de problèmes de remontées des données (manque de temps pour la saisie par la PASS, problèmes techniques...) et d'absence d'exhaustivité, la CIRE n'a pas publié de données relatives à la PASS sur le site Jules Ferry sur la période de la présente étude (jusqu'à avril 2016) (27).

La période de recueil de données de cette étude a commencé à partir du début des consultations médicales de l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry, c'est-à-dire en novembre 2015, et s'est poursuivie jusqu'en avril 2016. Cette étude est

donc complémentaire aux données de la CIRE concernant l'antenne délocalisée de la PASS, qu'elle n'a pu recueillir que sur les 5 semaines précédant le 26 février.

### 5. Résultats semblables aux données concernant la même population

De début décembre 2015 au premier mars 2016, un dispensaire de Médecin Sans Frontière installé au sein de la jungle de Calais a permis de dispenser des soins aux personnes migrantes. Au total, plus de 5 000 consultations auprès de la population migrante de décembre 2015 à fin février 2016 ont été réalisées (28).

Les données relatives aux consultations du dispensaire de MSF dans la jungle de Calais sont en cohérence avec les données retrouvées dans cette étude.

## II. DISCUSSION DES RESULTATS

### A. Profil d'un patient migrant consultant à la PASS de Calais sur le site Jules Ferry

#### 1. Age et sexe

Le profil type d'un patient migrant consultant à l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry est celui d'un individu de sexe masculin, jeune. Les hommes représentent 91,49% de l'effectif. La moyenne d'âge des patients est de 25,47 ans. Les 18-34 ans représentent plus de 70% de l'effectif, et 87% de l'effectif a moins de 35 ans. 280 migrants ont moins de 18 ans soit 12,52% de l'échantillon.

Ces résultats sont ressemblants à ceux de précédentes études réalisées sur la population migrante du Nord Pas-de-Calais. Le Dr Abt, trouve dans sa thèse publiée en 2015, *Recours à la médecine générale des patients migrants en Nord-Pas-de-Calais : attentes, déterminants et résultats de consultation somatiques et psychologiques* sur un échantillon de 307 patients consultant à la PASS du Centre Hospitalier de Calais et à la « clinique mobile » de Médecin du Monde à Calais un âge moyen de 26 ans et 90,88% d'hommes.(29)

Le Dr Hendrycks observe dans sa thèse, *Accueil de la population migrante dans le service des urgences du centre hospitalier de Calais : Enquête épidémiologique, rétrospective sur la population migrante avec revue des pathologies sur l'année 2014*, que 93% de l'échantillon de 1462 migrants étudié était des hommes, et l'âge moyen est de 25,3 ans (26).

## 2. *Origine géographique*

L'origine géographique la plus représentée est le Moyen Orient avec 48,63% de l'échantillon. Viennent ensuite l'Afrique de l'Est avec 34,95% de l'effectif et le Proche Orient avec 12,17% de l'effectif.

Dans le détail, on retrouve parmi les nationalités les plus représentées l'Afghanistan avec 35,96% de l'effectif, le Soudan (17,34%), l'Erythrée (14,68%), l'Iran (10,48%), la Syrie (6,91%) et l'Irak avec 4,44% de l'effectif.

En 2014, le Dr Hendrycks identifie les nationalités suivantes dans son travail au SAU du CH de Calais : Soudan 32%, Erythrée 29% et Afghanistan 8% (26). En 2015, le Dr Abt, évalue les nationalités de son échantillon de patients migrants ainsi : Soudan 47%, Erythrée 11%, Afghanistan et Syrie 10%(29). On constate que les nationalités répertoriées par la présente étude recoupent les nationalités figurant dans les travaux des Docteurs Abt et Hendrycks. En revanche, la proportion varie.

Dans ce travail, l'analyse de l'évolution géographique dans le temps (par nationalités et par regroupements) montre que l'origine géographique des migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais varie sensiblement en seulement 6 mois. On observe que les patients originaires du Moyen Orient ont été de plus en plus nombreux à consulter. Les consultations concernant des patients originaires du Proche Orient et de l'Afrique de l'Est ont eu tendance à diminuer. Cela renforce l'idée que la population migrante est en transit à Calais et mouvante dans le temps. La variabilité des origines des migrants présents à Calais est le reflet de phénomènes de migration globaux et de la situation géopolitique dans une partie du monde au moment de l'étude.

Si l'on considère que la répartition des origines géographiques des patients consultant à l'antenne de la PASS sur le site Jules Ferry reflète la répartition des origines

géographiques parmi l'ensemble des migrants présents dans la jungle au moment de l'étude, on observe grâce à ces données que la répartition des nationalités diffère entre la jungle de Calais et les données récoltées en Europe. Ainsi, selon les données de 2015 de l'agence européenne FRONTEX, les Syriens sont les plus nombreux à être arrivés en Europe sur les 9 premiers mois de l'année (30). L'UNHCR montre de son côté que les Syriens représentent plus de la moitié des 1 millions de migrants ayant atteint les côtes européennes cette même année (1). L'agence Eurostat montre que les Syriens, les Afghans et les Irakiens sont, dans l'ordre, les 3 nationalités qui ont fait le plus de demandes d'asile en Europe en 2015 (31). Si l'on retrouve bien parmi l'échantillon étudié une forte représentation des Afghans, la relativement faible présence des Syriens et des Irakiens, alors qu'ils arrivent en masse sur les côtes européennes, laisse penser que ceux-ci ne se dirigent pas principalement vers Calais et l'Angleterre. Ils sont donc relativement peu représentés dans la jungle de Calais pendant la période de l'étude.

## **B. Pathologies des migrants consultants à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais sur le site Jules Ferry**

### *1. Principales pathologies*

#### a) Pathologies infectieuses

Plus d'un tiers des consultations (36,42% soit 825 consultations) ont mené à un diagnostic principal et/ou associé d'ordre infectieux. Il s'agit du premier motif de recours aux soins. Parmi les pathologies infectieuses, les infections respiratoires hautes figurent en première position avec 23,66% des diagnostics principaux et associés, puis viennent les infections respiratoires basses avec 6,8%.

En comparaison, les données analysées par la CIRE et éditées dans les points épidémiologiques, relatives à l'activité du dispensaire de MSF de décembre 2015 à fin février 2016, montrent que le principal motif de recours aux soins des patients consultant dans ce dispensaire est également infectieux, avec environ un tiers des consultations (comprenant les pathologies infectieuses respiratoires hautes et basses et ORL) (32)(33).

Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer la proportion élevée de pathologies infectieuses. Premièrement, le recueil concerne les mois hivernaux. Il y a donc une surreprésentation des pathologies hivernales telles que les pathologies infectieuses. Deuxièmement, les conditions climatiques à Calais : la température moyenne annuelle est de 11°C et la température moyenne en hiver de 5°C (34). Ce climat océanique est très éloigné du climat d'origine des migrants (35). Enfin, les conditions sanitaires du camp, les habitations précaires non chauffées et la surpopulation peuvent favoriser la survenue, la transmission et le développement de pathologies infectieuses.

On remarque aussi que 57 cas de grippe ont été diagnostiqués, soit seulement 2,52% des consultations durant la période de l'étude. Ces données sont cohérentes avec les données de MSF recueillies lors des consultations réalisées dans leur dispensaire situé dans la jungle. En effet, celles-ci montrent une répartition des cas de grippe similaire pour les semaines correspondantes à notre recueil en décembre 2015, janvier et février 2016 (36). Une campagne de vaccination anti grippale a été réalisée début novembre 2015 par des ONG dont principalement l'association britannique Hands International, permettant de vacciner plus de 2 000 personnes (23). Ceci a pu faire diminuer le nombre de survenue de cas de grippe.

A noter que le week-end du 21 - 22 novembre, le SAU du CH de Calais a signalé à la CIRE 21 cas de grippe H1N1. Compte tenu de l'absence de prélèvements effectués à la PASS du centre Jules Ferry, il n'est pas possible de dire si parmi les cas de grippe répertoriés, il y avait des cas de grippe de type H1N1.

#### b) Pathologies dermatologiques

19,51% des patients ayant consulté ont présenté une pathologie dermatologique. Parmi elles, la gale a été la plus fréquemment retrouvée avec un effectif de 344 soit 15,19% des patients. La gale représente également la deuxième pathologie la plus présente chez les migrants ayant consulté, derrière les infections respiratoires hautes.

Ce résultat est comparable avec les données recueillies au dispensaire de MSF. D'après le bulletin épidémiologique du 24 janvier, les pathologies dermatologiques représentent également le 2<sup>ème</sup> motif de consultation (26%). Parmi celles-ci, 56% sont

des cas de gale, soit 14,56% du total des résultats de consultation (32). Le bulletin épidémiologique du 26 février fait état de 18% de gale (33).

23 consultations ont mené à un diagnostic de mycose, soit 1,02% des pathologies présentées.

En analysant la répartition de la gale au cours de la période analysée, on remarque que celle-ci est toujours présente sur la durée de l'étude. Cela souligne que malgré une prise en charge médicale et la délivrance de traitement adapté lors de chaque consultation, la gale n'a pas pu être traitée de manière efficace. En effet, la précarité des conditions d'hébergement et d'hygiène rend difficile le traitement de l'environnement qui est indispensable dans la cadre du traitement de la gale. De plus, les schémas explicatifs suivants, affichés dans la PASS, témoignent de la complexité d'obtenir une bonne observance thérapeutique de la part des patients migrants, notamment du fait de la barrière de la langue.



Figure 14 : Affiches présentes dans la salle de soin de l'antenne délocalisée de la PASS de Calais expliquant de manière schématique les modalités de traitement de la gale

Le point épidémiologique du 26 février réalisé par la CIRE fait état de 42% de gale parmi les consultations des migrants à l'antenne délocalisée de la PASS. L'écart

important entre ce chiffre et le chiffre retrouvé dans notre travail (15%) s'explique peut-être par le fait que notre recueil de données n'a pas été réalisé de façon continue sur la période.

### c) Pathologies traumatiques

13,42% des consultations (n=304) ont concerné une pathologie traumatique.

Les migrants s'exposent à un risque accru de traumatisme lors de leurs tentatives répétées de passage en Angleterre. S'ajoute à cela le fait qu'ils vivent en communauté ce qui peut être à l'origine de tensions et de rixes entre ethnies augmentant ainsi le risque de traumatisme.

Ces traumatismes arrivent le plus souvent à l'extérieur de la jungle. Un migrant subissant un traumatisme lors d'une tentative de passage sera préférentiellement transporté aux urgences pour une évaluation initiale. De même que lors d'actes de violence, l'individu est directement conduit par les forces de l'ordre aux urgences. Ainsi, l'étude du Dr Hendrycks menée au SAU du CH de Calais en 2014, recense 41,6% de causes traumatiques parmi les pathologies (26), soit près de 3,4 fois plus que dans la présente étude.

Par ailleurs, la proportion de pathologies traumatiques dans l'étude peut être sous-estimée car certains patients consultent pour des pathologies traumatiques bénignes et sont pris en charge par un infirmier. La prise en charge médicale n'est alors plus codifiée comme un diagnostic médical mais plutôt comme une pathologie nécessitant des soins infirmiers.

Les points épidémiologiques du 24 janvier 2016 (32) et celui du 26 février 2016 (33) relatif à la période d'activité de MSF dans leur dispensaire de Calais trouve une proportion de 6% de motif traumatologique parmi les consultations.

### d) Pathologies nécessitant des soins infirmiers

Au cours des 2 265 consultations analysées, 207 migrants ont bénéficié de soins infirmiers (9,14%). Les soins infirmiers sont variés allant de la réfection de pansements de plaie, d'abcès, à des soins post traumatiques ou post brûlure.

Les soins infirmiers viennent en complément des consultations médicales dans un contexte où les médecins ont très peu de temps à consacrer à chaque consultation.

#### e) Pathologies psychiatriques

4,72% des consultations ont concerné un diagnostic principal d'origine psychiatrique (n=107). 47 migrants consultaient pour un motif d'anxiété, soit 2,08%. 39 migrants consultaient pour dépression, soit 1,72%. 15 migrants présentaient un stress post traumatique, soit 0,66%.

La proportion de consultations pour motifs psychiatriques est peu élevée. C'est également le cas au dispensaire de MSF avec environ 2% de pathologies psychiatriques sur la période. Pourtant de nombreux éléments peuvent être à l'origine de stress et de souffrance psychologique chez la population migrante : la migration en elle-même avec le vécu potentiel de violences, le changement d'environnement et le traumatisme de l'exil, ainsi que l'exclusion sociale et l'illégalité. Il est à noter que chez les migrants présents à Calais il peut aussi s'ajouter des traumatismes psychiques et des angoisses liées à la difficulté de passer en Angleterre, au renforcement des contrôles de police et aux risques pris lors de tentatives de passage.

Ainsi, dans une étude menée majoritairement en Ile-de-France de 2004 à 2010 sur 17 836 patients consultant dans des centres de santé, le Comité Médical pour les Exilés (COMEDE) qui développe des actions de promotion de la santé et d'accès aux soins pour les migrants, a observé que plus de 60% avaient subi des violences et un quart de la torture. Le taux de prévalence des psychotraumatismes était de 11,2% (37). Concernant plus spécifiquement Calais, MSF a observé dans son rapport intitulé *Evaluation de l'état sanitaire des réfugiés durant leurs parcours et à Calais*, réalisé en janvier 2016 mené sur un échantillon de 425 personnes présentes dans la jungle de Calais et dans le camp Jules Ferry, que 65% des migrants avaient subi des violences au cours de leur migration ou à Calais (38).

La faible part des pathologies psychiatriques peut être expliquée en émettant l'hypothèse que les personnes migrantes consultent en priorité pour des troubles somatiques et ponctuels. Une autre hypothèse peut être formulée : la barrière de la langue et la courte durée des consultations peuvent être des obstacles à une prise en charge psychologique adaptée.

Il est à noter que de nombreux membres d'associations humanitaires, bénévoles et membres d'ONG apportaient quotidiennement un soutien matériel et moral aux migrants, et que leurs actions ont contribué à l'amélioration des conditions de vie des migrants (la Vie Active, SALAM, France Terre d'Asile, L'Auberge des Migrants, le Secours Catholique...)

#### f) Pathologies dentaires

5,87% des migrants ayant consulté présentaient un problème dentaire (n=133), ce qui représente le cinquième motif de recours aux soins.

Les problèmes dentaires peuvent être la conséquence d'une mauvaise hygiène alimentaire notamment due à la précarité et aux problèmes de malnutrition ou d'accès à l'eau potable. Ils peuvent aussi être liés à une modification des habitudes alimentaires (sel et sucre) par rapport à celles de leur pays d'origine. A long terme, le mauvais état buccodentaire peut avoir des répercussions sur l'état de santé général d'une personne avec des retentissements physiques (auto entretien de la malnutrition, infections répétées, douleur) mais aussi psychologiques (39).

#### g) Pathologies digestives

5,25% de l'effectif soit 119 patients présentaient une pathologie digestive. Le nombre de diagnostic principal de gastroentérite est faible avec 18 patients.

Le pourcentage relativement faible observé peut s'expliquer par le fait que le recueil n'est pas exhaustif. Il a pu survenir des épidémies de gastroentérites en dehors de la période de recueil. Il peut également exister chez les patients migrants une pudeur liée à leur culture ce qui fait qu'ils ne vont pas spontanément consulter ou évoquer des troubles digestifs existants.

#### h) Pathologies gynéco-obstétriques

Sur les 184 consultations de femmes, 19 avaient un motif d'ordre gynécologique, soit environ 10%. Parmi ces motifs, 10 consultations ont été pour un diagnostic ou un suivi de grossesse, 3 pour méno métrorragie et 1 pour suspicion de fausse couche.

Il est à noter que l'association Gynécologie Sans Frontière est intervenue auprès de la population migrante des camps du Nord Pas-de-Calais dès novembre 2015. Cela a permis de réaliser une prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et enfants migrants en développant des actions de prévention, de consultation et de suivi des femmes (gynécologie, obstétrique et autre) (40), réduisant d'autant les consultations gynécologiques à l'antenne délocalisée de la PASS.

La pudeur caractéristique de certaines origines ethniques présentes dans la jungle de Calais peut conduire les femmes à ne pas oser consulter pour des motifs gynécologiques. GSF a constaté qu'un certain nombre de femmes migrantes avait subi des violences, dont des violences sexuelles et qu'elles n'avaient pas toujours consulté suite à celles-ci (19). Ce point mérite d'être souligné car il n'existe aucune trace dans les données recueillies de violences faites aux femmes.

## *2. Pathologies par classe d'âge et par origine géographique*

### *a) Analyse des pathologies par classe d'âge*

On observe que les 3 principaux regroupements de pathologies infectieuses, dermatologiques et traumatiques sont les plus représentées dans la plupart des classes d'âge. Toutefois, les 18-24 ans présentent plus de pathologies nécessitant des soins infirmiers que de pathologies traumatiques. Pour les 65-70 ans, l'effectif n'est pas suffisant pour être analysé.

On remarque que les 0-9 ans consultent à 68,75% pour des pathologies infectieuses.

Les pathologies cardiaques sont les plus fréquentes entre 45 et 64 ans.

### *b) Analyse des pathologies par origine géographique*

On observe que les 3 principaux regroupements de pathologies infectieuses, dermatologiques et traumatiques sont les plus représentées pour la plupart des origines géographiques.

Les origines ayant le plus consulté pour motif psychiatrique sont l'Afrique de l'Est et le Moyen Orient. Sur 15 dossiers de consultations où le patient était originaire d'Afrique Centrale, 7 concernaient un motif psychiatrique (soit 46,67%).

Concernant les pathologies dentaires, on observe une proportion plus forte chez les patients originaires du Proche Orient avec 9,43% des consultations pour ce motif.

### 3. *Pathologies d'importation*

Dans cette étude, on ne recense pas de pathologies d'importation parmi l'échantillon étudié. On compte 8 cas diagnostiqués de parasitose digestive : 5 diagnostics d'oxyurose et 3 cas de parasitose digestive non déterminée. Les 3 cas de parasitoses digestives non déterminées n'ont pas été explorés ce qui fait qu'il n'est pas possible de savoir si elles sont des pathologies d'importation ou si elles sont acquises sur le territoire d'accueil.

Le Dr Hendrycks, dans son étude menée aux urgences de Calais en 2014, dénombrait 27 cas de paludisme sur les 1 462 migrants ayant eu recours au SAU du CH de Calais (26). Aucun cas de paludisme n'a été décelé dans la présente étude.

Sur la période d'octobre 2015 à juin 2016, 7 cas de tuberculose ont été signalés à la CIRE (41) sans que leur caractère d'importation ne soit précisé. Notre étude a permis d'identifier 1 suspicion de tuberculose, sans que l'on sache si elle était importée par le migrant de son pays d'origine.

Il en résulte que les pathologies d'importation chez les migrants de Calais sont rares.

Toutefois, ce constat doit être examiné au regard de l'absence de démarche de prévention vis-à-vis de la population migrante de Calais, qui empêche de détecter des maladies d'importation qui pourraient exister de façon asymptomatique (VIH, hépatite, tuberculose...).

### 4. *Pathologies liées aux conditions de vie des migrants de Calais*

#### a) Condition de vie

Les habitations des migrants sont composées d'abris précaires, de tentes rudimentaires confectionnées à partir de palettes de bois, de planches et de bâches (8). Ce n'est que début 2016, avec la création d'un centre d'accueil provisoire (sorte de dortoir composé de containers au sein d'une enceinte grillagée et sécurisée), d'une

capacité de 1 500 personnes, que des migrants, prioritairement les familles, ont pu être logés dans un hébergement en dur (42).

Les accès à l'eau et aux toilettes sont rares. Dans son ordonnance du 23 novembre 2015, le Conseil d'Etat fait état de 4 points d'eau, 60 douches, 50 toilettes, dont 10 pour les femmes, accessibles dans le centre Jules Ferry de 10h30 à 19h30 uniquement et de 4 points d'eau et 88 latrines dans la jungle. La distance pour y accéder peut atteindre 2 kilomètres. (43)

Les déchets sont collectés dans des bennes à ordures en périphérie du camp et ramassés par les services de la commune de Calais. Des associations humanitaires et des employés communaux aident à la collecte des détritiques présents sur le camp mais la gestion des déchets est insuffisante du fait de la surpopulation (8). Le Conseil d'Etat relève l'existence, au sein de la jungle, de trous creusés dans le sol « dans lesquels les déchets sont brûlés, dégageant ainsi des fumées et des odeurs nauséabondes ». Il pointe aussi le fait que « le site est envahi par les rats et, enfin, que ni les eaux usées ni les excréments des " toilettes sauvages " ne sont évacués ». (43)

Ainsi, dans son ordonnance du 23 novembre 2015, le Conseil d'Etat a estimé que les conditions de vie des migrants de la jungle de Calais sont de nature à les exposer à des traitements inhumains et dégradants et a condamné l'Etat à remédier à cette situation dans un délai de 8 jours. Sur la période de l'étude, les conditions sanitaires des migrants se sont donc progressivement améliorées.

#### b) Conséquences sur la santé des migrants

On constate dans l'étude que parmi les pathologies diagnostiquées il y a 15,19% de gale et 30,46% d'infections respiratoires (hautes et basses). Ces pathologies semblent liées aux conditions de vie des migrants dans la jungle de Calais.

Dans son rapport *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France* de 2015, Médecin du Monde observe parmi les 38 483 consultations effectuées au sein de ses centres d'accueil de soins et d'orientation auprès de la population démunie, 15,8% de pathologies infectieuses respiratoires (44). Tandis que l'étude *Eléments de la Consultation en médecine Générale* (ECOGEN) menée sur 20 613 consultations de

médecine générale réalisée sur toute la France entre décembre 2011 et avril 2012, trouve sur les 45 642 résultats de consultations correspondant 4,31% d'infection des voies respiratoires supérieures et 1,53% de bronchites aiguës/bronchiolites (45). Ainsi, la précarité des conditions de vie et en particulier les difficultés à se protéger du froid (35) peuvent favoriser les infections respiratoires.

La propagation et la persistance de la gale est favorisée par des conditions d'hygiène rudimentaires. Une enquête menée en Ile-de-France en 2011 a permis de trouver que 6,5% des Sans Domicile Fixe vivant dans les espaces publics avaient la gale (sur un total de 341) (46). Il s'agit d'un taux bien plus faible que celui constaté dans notre étude, car la promiscuité liée à la surpopulation de la jungle de Calais renforce la persistance à un taux élevé de cette affection dermatologique.

L'analyse de l'évolution des regroupements de pathologies les plus représentées en fonction du temps montre que les pathologies infectieuses diminuent de façon tendancielle entre novembre et avril. Les pathologies dermatologiques, constituées principalement de la gale, après un pic en janvier, diminuent également. Cela peut être lié à l'amélioration des conditions de vie des migrants de la jungle grâce à de nouvelles infrastructures mises en place progressivement. Pour les pathologies infectieuses, la baisse est également liée à la fin de la période hivernale.

La précarité a non seulement un impact physique immédiat, mais elle peut avoir des conséquences psychologiques et un impact sur l'état physique à moyen et long terme qui n'ont pas pu être évalués par cette étude. Par exemple, les conditions de vie des migrants dans la jungle de Calais leur empêchent d'avoir une bonne hygiène alimentaire. Or une méta-analyse d'études de cohorte réalisée par le Professeur Amouyel et le Docteur Dauchet a montré un lien inversement proportionnel entre la consommation de fruits et légumes et le risque de coronaropathie (47). Ainsi, la population étudiée pourrait être plus exposée au risque de développer ultérieurement des troubles cardiaques tels que des coronaropathies.

## C. Etat de santé de la population étudiée

### 1. Des pathologies plutôt bénignes

Parmi les 2 265 consultations analysées, aucune ne concernait une maladie grave ou mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Les pathologies rencontrées chez les migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry sont des pathologies bénignes, avec une prédominance pour des pathologies infectieuses courantes. L'étude menée par le Dr Hendrycks en 2014 au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Calais (26) conclut également que la majorité des patients migrants consultant au SAU du CH de Calais y consultent pour des soins non urgents et des pathologies bénignes. Un tiers des pathologies relevaient de la médecine générale.

### 2. Quelques pathologies rares et graves

Il est à noter qu'en janvier 2016, 13 cas confirmés de rougeole ont été diagnostiqués. La survenue de ces cas de rougeole n'a pas été détectée dans cette étude car ces patients ont été pris en charge directement aux SAU du CH de Calais. Le premier cas, signalé le 15 janvier, a concerné un migrant vivant dans la jungle de Calais et hospitalisé au Centre Hospitalier de Calais pour des complications d'ordre pulmonaire. Les autres ont été des personnes ayant été au contact du cas index (migrants, soignants, bénévoles) (48). Du 28 janvier au 5 février 2016, une campagne de vaccination anti-rougeoleuse financée par les autorités de santé publiques régionales et nationales a été menée par l'EPRUS, MSF, MDM et l'association HANDS International ce qui a permis de réaliser 2 051 vaccinations en une semaine sur le camp de Calais et 466 sur celui de Grande-Synthe.

Comme vu plus haut, 7 cas de tuberculose ont été signalés à la CIRE sur la période d'octobre 2015 à juin 2016 (41).

Il y a donc quelques cas de maladies rares et graves parmi les migrants de Calais, même si ceux-ci n'apparaissent pas dans ce travail. Cela peut s'expliquer par l'insuffisance de vaccination des migrants. Toutefois, la proportion de ces maladies reste très limitée.

### 3. Le « *healthy migrant effect* »

Les pathologies rencontrées chez les migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry sont des pathologies bénignes, avec une prédominance pour des pathologies infectieuses courantes. Cela va dans le sens de ce que certains auteurs appellent le « *healthy migrant effect* » ou « *healthy immigrant effect* » (49) : malgré un niveau socio-économique bas et des difficultés à avoir accès aux structures de soins, les migrants sont en général en meilleure santé que les personnes restées dans leur pays d'origine et que les populations du pays d'installation.

Ce phénomène, a été décrit par des études internationales (50) et des études menées en France dans les domaines de mortalité et de morbidité (51). Il est expliqué par plusieurs hypothèses. La première explication est liée au jeune âge des migrants, ce qui est vérifié ici. Dans l'étude, 87% de l'effectif a moins de 35 ans, et durant cette période de la vie les problèmes de santé sont moins fréquents et souvent bénins. Le bon état de santé des migrants peut s'expliquer aussi par le fait que pour entreprendre un voyage long et périlleux, un individu doit être en bonne santé. Les personnes en mauvais état de santé ont donc moins tendance à quitter leur pays, ou s'arrêtent davantage au cours de leur voyage ou retournent dans leur pays d'origine. Il s'effectue ainsi une sélection initiale des migrants en bonne santé. (49).

### 4. Les limites du « *healthy migrant effect* »

Le *healthy migrant effect* comporte toutefois des limites, qui sont valables pour la population migrante de Calais.

Les migrants peuvent volontairement ne pas déclarer certaines de leurs pathologies lors d'une consultation afin de ne pas interrompre leur déplacement avant d'atteindre leur destination finale. Cela peut être le cas ici, puisque les migrants présents dans l'étude sont en transit à Calais et cherchent à rejoindre le Royaume-Uni.

Les migrants peuvent renoncer aux soins pour diverses raisons et leurs pathologies ne sont donc pas comptabilisées. Ainsi le Dr Abt fait état de 29% de renoncement aux soins dans son travail de thèse concernant 307 migrants (29).

Selon l'OMS, la santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »(52). Ainsi, le bien être psychique est une part importante de la santé d'un individu. Même si l'on ne retrouve que des pathologies somatiques bénignes dans cette étude, cela ne donne pas d'indication sur la santé psychique des migrants de Calais car on peut considérer que les conditions d'accès aux soins de l'antenne délocalisée de la PASS de Calais ne permettent pas de révéler les souffrances psychiques des patients.

Même si les migrants possèdent à l'origine une meilleure santé que la population générale, ils sont exposés à des facteurs de dégradation de leur santé. Cela s'explique par deux phénomènes. D'une part la précarité de leurs conditions de vie qui peut favoriser l'apparition de pathologies. D'autre part du fait de l'exclusion sociale à laquelle ils sont confrontés créant ce que certains auteurs ont appelé un « effet d'usure et de fatigue mentale», qui les expose à une détérioration de leur état de santé et au développement de problèmes de santé ultérieurs (53). Des études récentes ont aussi trouvé que les immigrés avaient un état de santé perçu moins bon que celui de la population générale (54).

## **D. Activité de l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry**

### *1. Nombre et durée des consultations*

#### a) Nombre de consultations

Dès l'ouverture de l'antenne délocalisée de la PASS (début des consultations médicales le 28 octobre 2015), le nombre de consultations par jour était d'emblée élevé. On dénombre 331 consultations lors de la première semaine étudiée, du 2 au 6 novembre 2015, soit en moyenne 66,2 consultations par jour.

Ce nombre est resté globalement stable (entre 331 et 352 consultations par semaines) jusqu'en mars 2016 où il a augmenté de façon importante avec 464 consultations recueillies la semaine 12. Ce phénomène est vraisemblablement dû à la fermeture du dispensaire de Médecin Sans Frontière le 1<sup>er</sup> mars 2016. Dès lors, l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry est devenue la seule structure dispensant des soins de premiers recours sur le camp de migrants de Calais.

En comparant les données des bulletins épidémiologiques édités par la CIRE pour les périodes de notre étude, on constate une différence dans le nombre de consultations par semaine pour les semaines de janvier, février, mars et avril. Pour janvier, nous retrouvons 322 consultations contre 331 pour la CIRE, pour février 352 contre 372, pour mars 464 contre 454 et en avril 447 contre 100 (28). Cela peut partiellement être expliqué par le fait que 31 dossiers ont été exclus de l'étude (patients partis sans soins, données illisibles, motifs non médicaux, patient de nationalité française) dont 12 pour les périodes de janvier, février, mars (4 en janvier, 7 en février, 1 en mars). De plus, en avril, la CIRE n'a pas pu collecter la totalité des données en raison de problème de remontée des données (manque de temps pour la saisie données par la PASS, problèmes techniques...) (55).

En complément, on note que l'activité au sein du dispensaire de MSF était de 485 consultations en moyenne par semaine pour les semaines correspondant à l'étude jusqu'à fin février (28).

#### b) Durée des consultations

Durant la période d'étude, la moyenne quotidienne de consultations à l'antenne délocalisée de la PASS est de 75,5 consultations par jour. Le nombre minimum de consultation par jour est de 53 et le maximum de 119.

Etant donné que les consultations se déroulent de 9h30 à 17h30 et que seulement deux médecins assurent simultanément les consultations, ils n'ont que quelques minutes à consacrer à chaque patient.

Pour des journées de 76 consultations, soit 38 consultations par médecin par jour, cela revient à environ 12 minutes de consultation théorique par patient pour chaque médecin, ceci sans compter d'éventuelles pauses ni de temps de restauration. Au maximum, avec 119 consultations par jour, soit 59,5 consultations par médecin par jour, cela revient à ne consacrer théoriquement que 8 minutes par patient.

En comparaison, la durée moyenne de consultation en médecine générale en France est d'environ 16 minutes (56).

## 2. Conséquences

### a) Nombre de diagnostics associés

Il n'y a eu que 143 diagnostics associés parmi les 2 265 consultations recueillies, soit 1,06 diagnostic en moyenne par consultation.

L'étude *Eléments de la Consultation en médecine Générale* (ECOGEN) menée sur 20 613 consultations de médecine générale réalisée sur toute la France entre décembre 2011 et avril 2012 trouve que chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation et 2,2 résultats de consultation (45). Il y a donc une plus faible proportion de résultats de consultation dans l'étude par rapport à la moyenne française.

Cela s'explique principalement par le nombre important de patients à prendre en charge et le peu de temps à accorder à chacun.

Une autre explication peut être la barrière de la langue. Rares sont les migrants qui communiquent en français. Les consultations doivent donc être menées soit à l'aide d'un interprète, soit dans une langue étrangère maîtrisée par le médecin. Les principales langues utilisées par les médecins de la PASS sont : l'anglais, l'arabe, le perse, le pachtoune.

De plus, un biais de déclaration par le médecin peut exister : celui-ci peut ne pas noter à chaque fois les diagnostics associés par manque de temps, mais les traiter quand même.

### b) Prise en compte des attentes des patients migrants

Dans l'étude qualitative réalisée en 2011, *Prise en charge des patients migrants en médecine générale*, le Dr Mathieu s'est intéressée à décrire les attentes des patients migrants consultant un médecin généraliste. Elle a trouvé sur les 17 entretiens qu'elle a menés auprès de patients migrants consultant à la PASS du Centre Hospitalier de Calais et au centre médico-social de l'association Médecin Solidarité Lille que ceux-ci avaient des attentes simples : un désir d'écoute et de respect, une prise en charge médicale générale, un besoin de se poser, d'être rassuré (57).

La courte durée des consultations à l'antenne délocalisée de la PASS ne permet pas de répondre à ces attentes. La priorité est la prise en charge de soins primaires ponctuels.

c) Risque d'erreur médicale

Les médecins dispensant des soins aux migrants ont peu de temps pour pratiquer un examen décisif et sont exposés au risque d'erreurs médicales, renforcé par la barrière de la langue. La *Mission interministérielle d'évaluation du dispositif de prise en charge sanitaire des migrants à Calais* le soulignait en octobre 2015 pour ce qui concerne les médecins de la PASS du CH de Calais. (8)

## CONCLUSION

Nous nous sommes intéressés aux pathologies présentées par les migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais sur le site Jules Ferry de novembre 2015 à avril 2016.

Les patients de l'échantillon étudié sont pour la plupart des individus de sexe masculin, jeunes, originaires du Moyen Orient ou d'Afrique de l'Est.

Cette étude a permis de mettre en évidence que les principales pathologies présentées par la population étudiée sont d'ordre infectieux, dermatologique et traumatique. Les infections des voies respiratoires (30,46%) et la gale (15,19%) sont les deux pathologies les plus fréquentes. Les migrants de Calais présentent des pathologies plutôt bénignes. L'échantillon étudié ne présente pas de pathologies d'importation mais plutôt des pathologies acquises sur le territoire d'accueil.

Ces résultats vont dans le sens du « healthy migrant effect », à savoir que les migrants sont en meilleure santé que la population générale, en tout cas à leur arrivée sur le territoire. Cependant, les conditions de vie difficiles et la surpopulation dans la jungle de Calais favorisent l'apparition de pathologies pouvant conduire à dégrader le bon état de santé initial des migrants.

Ainsi, l'amélioration des conditions de vie des migrants est indispensable à l'amélioration de leur état de santé, en complément de l'accès aux soins et de la prévention.

Il ressort également de ce travail que l'antenne délocalisée de la PASS sur le site Jules Ferry a joué un rôle clef dans l'accès aux soins des migrants présents dans la jungle de Calais, malgré des conditions difficiles d'exercice.

Au moment de terminer cette thèse, la jungle de Calais a été démantelée depuis plusieurs mois. Des associations présentes sur place constatent le retour de nouveaux migrants à Calais, sans qu'il y ait d'estimation fiable de leur nombre. Ils vivent dispersés et se cachent des autorités, rendant plus complexe leur accès aux soins et

la surveillance sanitaire. Cette configuration constitue un nouveau défi en termes de dispense de soins et de prévention auquel les professionnels de santé vont devoir répondre.

Enfin, compte-tenu du fait qu'il est peu probable que le nombre de migrants diminue en France à l'avenir, le système de santé va devoir poursuivre et améliorer la prise en charge de cette population. Des études ultérieures sur la santé des migrants semblent donc nécessaires.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HCR - Situation en Europe [Internet]. [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/fr/urgence-europe.html>
2. FRONTEX - Estimations des arrivées aux frontières de l'UE en 2016 | European Migration Law : tout le droit, la politique et l'actualité de l'UE en matière d'asile, immigration, libre circulation [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.europeanmigrationlaw.eu/fr/articles/actualites/frontex-estimations-des-arrivees-aux-frontieres-de-l-ue-en-2016>
3. Définitions : migration - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migration/51399>
4. Migrant/migration | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
5. DTM - Calais Jungle - Afghans in Transit - November 2016 -.pdf - Google Drive [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <https://drive.google.com/file/d/0B3CEVcVlPpFxOclRGZUZ4c2RvSWM/view?usp=sharing>
6. Migrants de Calais : combien de morts avant que ça change ? - 2 août 2016 - L'Obs [Internet]. [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/migrants/20160801.OBS5641/migrants-de-calais-combien-de-morts-avant-que-ca-change.html>
7. Approbation du traité entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord relatif à la mise en oeuvre de contrôles frontaliers dans les ports maritimes de la Manche et de la mer du Nord [Internet]. [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pjl02-433.html>
8. 2015-rapport-definitif-mission-calais.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/content/download/89541/695708/file/2015-rapport-definitif-mission-calais.pdf>
9. compte-rendu\_10\_et\_11\_mai\_2016\_FRE\_10\_mai.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: [https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires\\_europeennes/AP\\_OSCE/compte-rendu\\_10\\_et\\_11\\_mai\\_2016\\_FRE\\_10\\_mai.pdf](https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires_europeennes/AP_OSCE/compte-rendu_10_et_11_mai_2016_FRE_10_mai.pdf)
10. Le nombre de migrants dans la « jungle » de Calais n'a jamais été aussi élevé [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur:

- [http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/08/19/le-nombre-de-migrants-dans-la-jungle-de-calais-n-a-jamais-ete-aussi-eleve\\_4985171\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/08/19/le-nombre-de-migrants-dans-la-jungle-de-calais-n-a-jamais-ete-aussi-eleve_4985171_3224.html)
11. bulletin épidémio 10 janvier 2016 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126592/450172/version/134/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_100116.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126592/450172/version/134/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_100116.pdf)
  12. L'impasse des réfugiés en France - Dossiers | Médecins Sans Frontières [Internet]. [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.msf.fr/actualite/dossiers/impasse-refugies-en-france>
  13. LE CENTRE - Jules Ferry - Calais [Internet]. [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://julesferry.vieactive.fr/le-centre-jules-ferry/#ancree-27>
  14. Déclaration de M. Bernard Cazeneuve, ministre de l'intérieur, sur les principes qui guident l'action du gouvernement dans le démantèlement de la « jungle » de Calais et la répartition des migrants dans les centres d'accueil et d'orientation, à Paris le 24 octobre 2016. - vie-publique.fr [Internet]. [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: <http://discours.vie-publique.fr/notices/163003114.html>
  15. ameli.fr - L'aide médicale de l'État [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/a-qui-s-adresse-l-ame.php>
  16. Aide médicale de l'État (AME) | service-public.fr [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
  17. ameli.fr - La CMU de base n'existe plus [Internet]. [cité 27 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/la-cmu-de-base-n-existe-plus/la-prise-en-charge-sur-critere-de-residence.php>
  18. Santé des migrants : spécificité,... pdf [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.persee.fr/docAsPDF/oss\\_1634-8176\\_2005\\_num\\_4\\_1\\_1033.pdf](http://www.persee.fr/docAsPDF/oss_1634-8176_2005_num_4_1_1033.pdf)
  19. ArticlebenjaminGSF.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <http://gynsf.org/imprimables/ArticlebenjaminGSF.pdf>
  20. Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Le site du CNLE [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/Les-Permanences-d-acces-aux-soins.html>
  21. 2015-rapport-definitif-mission-calais.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/content/download/89541/695708/file/2015-rapport-definitif-mission-calais.pdf>
  22. HCR - Le HCR appelle à une réponse urgente et globale à la situation à Calais [Internet]. [cité 11 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/fr/news/briefing/2015/8/55c4b351c/hcr-appelle-reponse-urgente-globale-situation-calais.html>

23. bulletin épidémio 30 décembre 2015 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126588/450130/version/134/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_301215.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126588/450130/version/134/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_301215.pdf)
24. Referentiel\_Metier\_et\_Compétences\_MG.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_Metier\\_et\\_Compétences\\_MG.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf)
25. Définition européenne de la médecine générale - WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
26. Hendrycks A. Accueil de la population migrante dans le service des urgences du centre hospitalier de Calais : Enquête épidémiologique, rétrospective sur la population migrante avec revue des pathologies sur l'année 2014 [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Faculté de médecine Lille 2;
27. pe\_npdc\_camps\_migrants\_calais\_220416.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/125998/447818/version/133/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_220416.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/125998/447818/version/133/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_220416.pdf)
28. pe\_npdc\_camps\_migrants\_calais\_010716.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/127666/455491/version/138/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_010716.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/127666/455491/version/138/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_010716.pdf)
29. Recours médecine générale des patients migrants - Mathieu Abt [Internet]. [cité 10 nov 2016]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ddbc0dd3-98bf-4764-ad34-0d7b56c323b0>
30. Frontex | News - 710 000 migrants entered EU in first nine months of 2015 [Internet]. [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: <http://frontex.europa.eu/news/710-000-migrants-entered-eu-in-first-nine-months-of-2015-NUiBkk>
31. Nombre record de primo demandeurs d'asile 2015 - Eurostat [Internet]. [cité 26 févr 2017]. Disponible sur: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7203842/3-04032016-AP-FR.pdf/078f4e14-8bb7-45d2-bdbf-8bb3881270b2>
32. bulletin épidémio 24 janvier 2016 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126595/450195/version/134/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_240116.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126595/450195/version/134/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_240116.pdf)
33. bulletin épidémio 26 février 2016 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126602/450317/version/134/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_260216.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126602/450317/version/134/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_260216.pdf)

34. Climat Calais: Diagramme climatique, Courbe de température, Table climatique pour Calais - Climate-Data.org [Internet]. [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <https://fr.climate-data.org/location/7875/>
35. rapport\_froid\_et\_sante.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Invs/Rapports/2004/rapport\\_froid\\_et\\_sante.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Invs/Rapports/2004/rapport_froid_et_sante.pdf)
36. bulletin épidémio 12 février 2016 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126597/450256/version/134/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_120216.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126597/450256/version/134/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_120216.pdf)
37. COMEDE santé mentale [Internet]. [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7835](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7835)
38. 1073\_ Rapport Calais\_ version finale\_0.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: [http://epicentre.msf.org/sites/preprod.epicentre.actency.fr/files/1073\\_%20Rapport%20Calais\\_%20version%20finale\\_0.pdf](http://epicentre.msf.org/sites/preprod.epicentre.actency.fr/files/1073_%20Rapport%20Calais_%20version%20finale_0.pdf)
39. OMS | Santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
40. Rapport CAMINOR nov15-fevr2017.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <http://gynsf.org/imprimables/Rapport%20CAMINOR%20nov15-fevr2017.pdf>
41. 2016-jni-surveillance-sanitaire-migrants-windels.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/jni/2016/com/2016-jni-surveillance-sanitaire-migrants-windels.pdf>
42. Migrants: long-term solutions in Calais | Gouvernement.fr [Internet]. [cité 6 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/en/migrants-long-term-solutions-in-calais>
43. Le Conseil d'État: Ordonnance 23 novembre 2015, ministre de l'intérieur commune de Calais [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/Ordonnance-23-novembre-2015-ministre-de-l-interieur-commune-de-Calais>
44. rapport 2015 en France [Internet]. [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/file/22173/download?token=MFh71CRj>
45. etude ecogen - revue exercer [Internet]. [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr/numero/114/page/148/pdf/>
46. gale sdf [Internet]. [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=10172](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10172)
47. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.doc-distant.univ-lille2.fr/pubmed/16988131>

48. bulletin épidémio 4 mars 2016 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126605/450340/version/134/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_040316.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126605/450340/version/134/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_040316.pdf)
49. The « healthy immigrant » effect - italian journal of public health [Internet]. [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: <http://ijphjournal.it/article/download/7532/6791>
50. The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries [Internet]. [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/mcm/sedapp/164.html>
51. La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête Santé de l'Insee, 1991-1992 - Persée [Internet]. [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.persee.fr/doc/pop\\_0032-4663\\_1998\\_num\\_53\\_6\\_6961](http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1998_num_53_6_6961)
52. OMS | Constitution de l'OMS: ses principes [Internet]. [cité 7 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/mission/fr/>
53. document\_travail\_2013\_190\_immigres\_sante.fr.pdf [Internet]. [cité 2 mars 2017]. Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/19579/document\\_travail\\_2013\\_190\\_immigres\\_sante.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19579/document_travail_2013_190_immigres_sante.fr.pdf)
54. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>
55. bulletin épidémio 14 avril 2016 [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126606/450359/version/134/file/pe\\_npdc\\_camps\\_migrants\\_calais\\_140416.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/126606/450359/version/134/file/pe_npdc_camps_migrants_calais_140416.pdf)
56. er481.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
57. Prise en charge des patients migrants en médecine générale - thèse Alice Mathieu.pdf [Internet]. [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: [http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20Alice%20Mathieu\\_0.pdf](http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20Alice%20Mathieu_0.pdf)

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : PLAN DE CALAIS



D'après Googlemap

## ANNEXE 2 : DOSSIER DE CONSULTATION



### SERVICE D'ACCUEIL DE L'ANTENNE PASS DE JULES FERRY FICHE PATIENT

Médecin Responsable/coordinateur de la PASS :  
Docteur EL MOUDEV

Date :

	NOM / PRENOM
MEDECIN (Préciser SVP le N° RPPS)	
INFIRMIER DIPLOME D'ETAT	
PSYCHOLOGUE	
KINESITHERAPEUTE	

NOM : ..... PRENOM : ..... SEXE : .....  
 DATE DE NAISSANCE : .....  
 NATIONALITE : ..... PROVENANCE : .....

MOTIF DE RECOURS :  
.....

EXAMEN CLINIQUE:  
.....  
 .....  
 .....

PRESCRIPTIONS MEDICALES :

DENOMINATION DU TRAITEMENT	MATIN MORNING ☉	MIDI NOON ●	SOIR EVENING ☾	COUCHER NIGHT ○

SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR OBLIGATOIRE : .....

DEVENIR : .....  
 .....  
 .....

DIAGNOSTIC :	
Code RUM :	
Code AMI :	

Feuille blanche → Feuille patient Feuille jaune → Feuille à destination de la pharmacie Feuille rose → Feuille dossier patient

Chemin des Dunes 62 100 CALAIS



### ANNEXE 3 : THESAURUS SIMPLIFIE DE LA CIM10

Thésaurus simplifié de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) fourni par la CIRE Hauts-de-France, ayant servi à uniformiser les pathologies diagnostiquées.

CARDIO VASCULAIRE		INFECTIEUX	
I10	HYPERTENSION ESSENTIELLE HTA	B379	CANDIDOSE
I209	ANGINE DE POITRINE ANGOR	A370	COQUELUCHE
I499	ARRÊT CARDIAQUE	A090	DIARRHÉE ET GASTROENTERITE PRÉSUMÉE INFECTIEUSE
R002	ARRÊT RESPIRATOIRE	A099	DIARRHÉE SANGLANTE PRÉSUMÉE INFECTIEUSE
I702	ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS	A46	ERYSIPELE
I499	ARYTHMIE CARDIAQUE	R509	FIEVRE
I709	ATHEROSCLÉROSE GÉNÉRALISÉE	B09	FIEVRE ERUPTIVE VIRALE ERUPTION VROSE
I64	AVC NON PRÉCISÉ COMME ÉTANT HÉMORRAGIQUE OU PAR INFARCTUS	B86	GALE
R001	BRADYCARDE	J11	GRIPPE VIRUS GRIPPAL NON IDENTIFIÉ
I249	CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE AIGUË, SANS PRÉCISION	B199	HEPATITE VIRALE (SANS COMA)
R579	CH-OC	B24	IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE VIRALE VIH SIDA
R074	DOULEUR THORACIQUE	A49	INFECTION BACTÉRIENNE
R02	GANGRÈNE EXTENSIVE	B349	INFECTION VIRALE VROSE
I659	HYPOTENSION	A64	MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISE MST
I219	INFARCTUS DU MYOCARDE IAM	A390	MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE (SI NON CODER MÉNINGITE EN NEURO)
I509	INSUFFISANCE CARDIAQUE GLOBALE	B49	MYCOSE
I319	MALADIE DU PÉRICARDE TAMPONNAGE	B80	OXYUROSE
I33	MALADIE ET FATIGUE SANS Perte DE CONNAISSANCE ALTERATION ÉTAT GÉNÉRAL	B84	PALLIDISME
I99	MORT SUBITE	B89	PARASITOSE
R002	PALPITATIONS	B891	PEDICULOSE POUX
I99	PERTE DE CONNAISSANCE SYNCOPÉ COLLAPUS LIPOTHYME (SAUF CHOC)	A099	ROUGEOLE
R02	PHLEBITE ET THROMBOPHLEBITE VAISSEAUX PROFONDS MI	A38	SCARLATINE
R011	PRESSION ARTERIELLE (TA) BASSE ISOLÉE HYPOTENSION	A419	SEPTICÉMIE SÉPIS SÉVÈRE
R030	PRESSION ARTERIELLE (TA) ÉLEVÉE ISOLÉE HYPERTENSION	A35	TÉTANOS
R000	TACHYCARDIE	A162	TUBERCULOSE PULMONAIRE
J450	ASTHME	B018	VARICELLE ZONA
R060	DYSPNÉE		ORL, OPHTH
R093	ENCOMÈREMENT	I693	ACROPHÉNIS
R042	HÉMOPTYSIE	I670	AFFECTION DE L'ŒIL ET DE SES ANNEXES
R066	HŒULET	H10	CONJONCTIVITE
J22	INFECTION AIGUË DES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES	R070	DOULEUR DE GORGE
J059	INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES IVRS	K088	DOULEUR DENTAIRE PARODONTE DENT
J189	PNEUMOPATHIE	R040	ÉPISTAXIS
R061	STRIDOR	I620	ŒALGIE
R05	Toux	I622	ŒORRAGIE
J989	TROUBLE RESPIRATOIRE	I621	ŒORRÉE
		R041	SANGNEMENT PHARYNX

DIGESTIF		NEUROLOGIE	
R030	ANOREXIE	R270	ATAxie
K359	APPENDICITE AIGUË	R51	ŒSOPHALIE
R18	ASCITE	R268	CHUTES À RÉPÉTITION DIFFICULTÉS À LA MARCHÉ
K590	CONSTIPATION	R402	COMA
R104	DOULEURS ABDOMINALES NON PRÉCISÉES COLIQUE DU NOURRISSON	R568	CONVULSIONS
R13	DYSPHAGIE	R560	CONVULSIONS FÉBRILES
A04	DIARRHÉE AIGUË	R252	CRAMPES
A090	DIARRHÉE ET GASTROENTERITE PRÉSUMÉE INFECTIEUSE	R470	DYSPHASIE ET APHASIE
A099	DIARRHÉE SANGLANTE PRÉSUMÉE INFECTIEUSE	G248	DYSTONIE DYSKINÉSIE
K267	GASTRITE	G934	ENCEPHALOPATHIE
K020	HÉMATÈSE HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE	G048	ENCEPHALITE
K922	HÉMORRAGIE GASTROINTESTINALE	G496	ÉPILEPSIE
K469	HERNIE ABDOMINALE SANS OCCLUSION NI GANGRÈNE	G419	ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE
R17	ICTÈRE	G822	HÉMIPLÉGIE
K729	INSUFFISANCE HÉPATIQUE HÉPATITE	R291	MÉNINGISME
K839	MALADIE DES VOIES BILIAIRES	G039	MÉNINGITE BACTÉRIENNE
K869	MALADIE DU PANCRÉAS	G819	MIGRAINE
K921	MÉLÈNA	G831	MONOPLÉGIE MEMBRE INFÉRIEUR
R184	MODIFICATION DU TRANSIT INTESTINAL	G832	MONOPLÉGIE MEMBRE SUPÉRIEUR
R11	NAUSEES ET VOMISSEMENTS	R298	MOUVEMENTS INVOLONTAIRES ANORMAUX
K366	OCCLUSIONS INTESTINALES	G822	PARAPLÉGIE
R634	PERTE DE POIDS ANORMALE	R400	SOMNOLENCE
K625	RECTORRAGES	G298	SYNDROME EXTRAPYRAMÉDAL ET TROUBLE DE LA MOTRICITÉ
R190	SYNDROME ABDOMINAL AIGU	G934	SYNDROME PARALYTIQUE
K279	ULCÈRE DIGESTIF	R290	TÉTANIE
B49	HÉMORRHOÏDES	G825	TÉTRAPLÉGIE
	ENDOCRINOLOGIE NUTRITION	R251	TREMBLEMENT
E48	DÉNUTRITION	R262	TROUBLE DE LA MARCHÉ
E109	DIABÈTE SUCRE INSULINODÉPENDANT		GYNECOLOGIE OBST
E119	DIABÈTE SUCRE NON INSULINODÉPENDANT	N949	AFFECTION DES ORGANES GÉNITAUX OGG DE LA FEMME
E108	DD AVEC COMPLICATIONS	N649	AFFECTION DU SEIN
E118	DND AVEC COMPLICATIONS	O209	AFFECTION LIÉE À LA GROSSESSE
R739	HYPERGLYCÉMIE	N91	AMÉNORRÉE, ŒIOMÉNORRÉE ET HYPOMÉNORRÉE
E162	HYPŒGLYCÉMIE	N946	DYSMÉNORRÉE
		O809	GROSSESSE ACCOUCHEMENT AVANT ARRIVÉE SAJUR
		O099	GROSSESSE AVORTEMENT SPONTANÉ FAUSSE COUCHE
		N921	MÉNO-MÉTRORRAGIE

UROLOGIE
R509 AFFECTION DES ORGANES GENITAUX DE L' HOMME
R34 ANURIE ET OLIGURIE
R23 COLIQUE NEPHRETIQUE
R309 CYSTITITE
R300 DYSDURIE
R36 ECCHYLEMIE URINALE
R31 HEMATURIE
R32 INCONTINENCE
R390 INFECTION DES VOIES URINAIRES, SIEGE NON PRECISE
R19 INSUFFISANCE RENALE
R359 MICTON DOULOUREUSE
R410 PROSTATITE
R33 RETENTION D' URINE GLOBE VESICAL
R398 SAGNEMENT HEMORRAGIE URETHRE
R396 SYMPTOMES ET SIGNES RELATIFS A L' APPAREIL URINAIRE
DERMATOLOGIE
L029 LARCES CUTANE FURONCLE ET ANTHRAX
L709 ACNE
R230 CYANOSE
L309 DERMITE / ECZEMA
L209 ECZEMA DERMITE ATOPIQUE
L639 ERYTHEME
L010 IMPETIGO
L989 MALADIE DE LA PEAU
L009 MALADIE DES ONGLES
R601 OEDEME GENERALISE
R600 OEDEME LOCALISE
L038 PELADE
R233 PETECHIES
R01 RASH ET ERUPTIONS CUTANEEES
R208 TROUBLES DE LA SENSIBILITE CUTANEE
R229 TUMEUR CUTANEE MASSE LOCALISEE

HEMATOLOGIE
R500 ADENOPATHIE
D698 AFFECTION HEMORRAGIQUE
D649 ANEMIE
D759 MALADIE DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES
D696 THROMBOPEMIE SP
DIVERS
Z719 CONSEIL
Z016 CONSULTATION EXAMEN RADIOLOGIQUE
Z017 CONSULTATION EXAMENS DE LABORATOIRE
Z029 EXAMEN A DES FINS ADMINISTRATIVES
Z045 EXAMEN ET MISE EN OBSERVATION APRES AGRESSION
Z044 EXAMEN ET MISE EN OBSERVATION APRES ALLEGATION DE VIOL
Z022 CERTIFICAT
Z321 GROSSESSE DIAGNOSTIC
Z349 GROSSESSE EXAMEN NORMAL
R42 ETOURDISSEMENTS ET EMBOUSSEMENTS VERTIGE MALAISE VASAL
E86 HYPOVOLEMIE DESHYDRATATION
T68 HYPOTHERMIE
T670 HYPERTHERMIE COUP DE CHALEUR ET INSOLATION
R634 PERTE DE POIDS ANORMALE
E48 DENUTRITION
Z712 SUJET CONSULTANT POUR DES RESULTATS D' EXAMEN
Z711 SUJET INQUIET DE SON ETAT DE SANTE (SANS DIAGNOSTIC)
Z038 SURVEILLANCE APRES PIQURE SEPTIQUE AES
Z269 VACCINATION

TRAUMATOLOGIE : TOUJOURS ASSOCIER CODE CIRCONSTANCE
T282 BRULURE D' AUTRES PARTIES DES VOIES DIGESTIVES
T220 BRULURE DE L' EPAULE BRAS AVANT - BRAS
T264 BRULURE DE L' OIL ET DE SES ANNEXES PARTIE NON PRECISEE
T250 BRULURE DE LA CHEVILLE ET DU PIED DEGRE NON PRECISE
T240 BRULURE DE LA HANCHE ET DU MEMBRE INFERIEUR SAUF CHEVILLE ET PI
T200 BRULURE DE LA TETE ET DU COU
T283 BRULURE DES ORGANES GENITO-URINAIRES INTERNES
T273 BRULURE DES VOIES RESPIRATOIRES PARTIE NON PRECISEE
T230 BRULURE DU POIGNET ET DE LA MAIN DEGRE NON PRECISE
T210 BRULURE DU TRONC THORAX ABDOMEN
T290 BRULURES MULTIPLES
S300 CONTUSION BASSIN LOMBES
S701 CONTUSION DE LA CUISSE
S700 CONTUSION DE LA HANCHE
S301 CONTUSION DE LA PARIET ABDOMINALE
S501 CONTUSION DE L'AVANT-BRAS
S400 CONTUSION DE L'EPAULE ET DU BRAS
S801 CONTUSION DE PARTIES AUTRES ET NON PRECISEES DE LA JAMBE
S302 CONTUSION DES ORGANES GENITAUX EXTERNES
S600 CONTUSION DU GENOU
S202 CONTUSION DU THORAX
S602 CONTUSION MAIN / POIGNET
S601 CONTUSION ONGLE DOIGT
S772 ECRASEMENT DU MI
S904 ENTORSE DE LA CHEVILLE
S731 ENTORSE DE LA HANCHE
S635 ENTORSE DE PARTIES AUTRES ET NON PRECISEES DU GENOU
S804 ENTORSE DES LIGAMENTS LATERAUX DU GENOU
S636 ENTORSE DOIGT
S534 ENTORSE DU COUDE
S635 ENTORSE POIGNET
S529 FRACTURE AVANT BRAS
S223 FRACTURE DE COTE
S420 FRACTURE DE LA CLAVICULE
S424 FRACTURE DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS
S422 FRACTURE DE L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS

S025 FRACTURE DENTAIRE
S022 FRACTURE DES OS DU NEZ
S920 FRACTURE DU CALCANÉUM
S729 FRACTURE DU FEMUR PARTIE NON PRECISEE
S629 FRACTURE JAMBE
S628 FRACTURE POIGNET MAIN
S860 LÉSION TRAUMATIQUE DU TENDON D'ACHILLE
S730 LUXATION DE LA HANCHE
S830 LUXATION DE LA ROTULE
S430 LUXATION DE L'ARTICULATION DE L'ÉPAULE
S831 LUXATION DU GENOU
S931 LUXATION D'UN (DES) ORTEL(S)
S010 PLAIE CUR CHEVELU
S518 PLAIE DE L'AVANT-BRAS
S411 PLAIE DU BRAS
S619 PLAIE DU POIGNET ET DE LA MAIN
S913 PLAIE OUVERTE D'AUTRES PARTIES DU PIED
S717 PLAIES MULTIPLES DE LA HANCHE ET DE LA CUISSE
S617 PLAIES MULTIPLES DU POIGNET ET DE LA MAIN
T07 POLYTRAUMATISE
S309 TRAUMA / CONTUSION ABDOMEN
S109 TRAUMATISME / CONTUSION COU
S060 TRAUMATISME CRANEN AVEC PERTE DE CONNAISSANCE
S209 TRAUMATISME CRANEN SANS PERTE DE CONNAISSANCE
S059 TRAUMATISME OIL / GLOBE OCULAIRE
R58 HEMORRAGIE NON CLASSEE AILLEURS
T71 ASPHYXIE STRANGULATION ET OUFFEMENT
T754 ELECTRISATION ELECTROCUTION
Z041 AVP OBSERVATION EXAMEN NORMAL
T751 NOYADE ET SUBMERSION
T367 GELURE
V99   CIRCONSTANCES ACCIDENTELLES
Z045 AGRESSION
Y05 AGRESSION SEXUELLE
X84 TENTATIVE DE SUICIDE
X44 INTOXICATION ACCIDENTELLE

RHEUMATOLOGIE LOCOMOTEUR
M259 AFFECTION ARTICULAIRE
M139 ARTHRITE
M199 ARTHROSE
M624 CONTRACTURE MUSCULAIRE
M254 DOULEUR ARTICULAIRE
M796 DOULEUR MEMBRE INFERIEUR
M796 DOULEUR MEMBRE SUPERIEUR
M796 DOULEUR MEMBRES MULTIPLES
M542 DOULEURS CERVICALES
R521 DOULEURS CHRONIQUES IRRÉDUCTIBLES
R529 DOULEURS MULTIPLES
M525 ELONGATION
M254 EPANCHÉMENT ARTICULAIRE
M545 LOMBALE G2 BASSE LUMBAGO
M791 MYALGIE
M792 NEURALGIE
M546 RACHALGIES DORSALES
M628 RHABDOMYOLYSE
M779 TENDINITE
ALLERGIE INTOXICATIONS + CODE CIRCONSTANCE
T784 ALLERGIE
T782 CHOC ANAPHYLACTIQUE CHOC ALLERGIQUE
T887 EFFET INDESIRABLE D' UN MEDICAMENT
T659 EFFET TOXIQUE D' UNE SUBSTANCE INTOXICATION
T58 INTOXICATION AU CO
T599 INTOXICATION PAR GAZ ET FUMÉES
T509 INTOXICATION PAR MEDICAMENTS
T763 OEDEME ANGIONEUROLOGIQUE DE QUINCKE

PSYCHIATRIE
R451 AGITATION
F99 ALTERATION ETAT PSYCHIQUE
F102 DEPENDANCE A L'ALCOOL
R410 DESORIENTATION CONFUSION
F329 EPISODE DEPRESSIF
R443 HALLUCINATIONS
F100 MRESSE AGUE
F450 SOMATISATION
F431 STRESS POST-TRAUMATIQUE
X84 SUICIDE
F418 TROUBLE ANXIEX ANXIETE
F220 TROUBLE DELIRANT
R462 TROUBLE DU COMPORTEMENT
R456 VIOLENCE PHYSIQUE
DIFFICULTES PSYCHOSOCIALES
Z659 DIFFICULTE LIEE A DES SITUATIONS PSYCHOSOCIALES
T733 EPUISEMENT
T731 SOIF
T730 FAIM INANITION PRIVATION DE NOURRITURE
T749 MAUVAIS TRAITEMENTS SEVICES MALTRAITANCE
T741 ENFANT BATTU FEMME BATTUE
R460 HYGIENE PERSONNELLE TRES DEFECTUEUSE INCIURE

**AUTEUR : Nom : POISVERT**

**Prénom : ALEXANDRE**

**Date de Soutenance : 4 mai 2017**

**Titre de la Thèse : Etude épidémiologique descriptive des pathologies observées chez les patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Calais sur le site Jules Ferry de novembre 2015 à avril 2016**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : DES de Médecine Générale**

**Mots-clés : Migrants, Calais, précarité**

**Résumé :**

**Introduction :** Les migrants présents dans la jungle de Calais vivent dans des conditions difficiles et sont sujets à des traumatismes physiques du fait de leurs tentatives répétées de passer en Angleterre. L'antenne délocalisée de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Calais a été le principal lieu de prise en charge en soins primaires de cette population. L'objectif de ce travail est de décrire les principales pathologies des patients migrants consultant à l'antenne délocalisée de la PASS de Calais de novembre 2015 à avril 2016.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive monocentrique. Ont été inclus les patients de nationalité étrangère consultant à l'antenne délocalisée de la PASS pour un motif médical. Il a été choisi de sélectionner les dossiers issus des consultations effectuées lors de chaque première semaine complète considérée (de novembre 2015 à avril 2016), soit une semaine par mois pendant 6 mois. Afin de faciliter l'interprétation, les pathologies observées ont été uniformisées en utilisant un thésaurus simplifié issu de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) de l'OMS. Puis, celles-ci ont été regroupées par une approche simplifiée proche des grands chapitres de la CIM10.

**Résultats :** Au total, 2265 dossiers de consultations ont été analysés. Les patients de l'échantillon étudié sont pour la plupart des hommes (91,5%) jeunes (25,5 ans en moyenne, 74% de l'effectif a entre 18 et 34 ans). 25 nationalités sont représentées réparties majoritairement entre le Moyen Orient (48,6%) et l'Afrique de l'Est (34,9%). Les principaux regroupements de pathologies présentés sont d'ordre infectieux (36,4%), dermatologique (19,5%) et traumatique (13,4%). Les infections des voies respiratoires hautes (23,7%) et basses (6,8%) et la gale (15,19%) sont les trois pathologies les plus fréquentes. Les pathologies observées sont bénignes. L'échantillon étudié ne présente pas de pathologies d'importation mais des pathologies acquises sur le territoire d'accueil, en partie liées aux conditions de vie.

**Conclusion :** Ces résultats vont dans le sens du « healthy migrant effect », à savoir que les migrants sont globalement en meilleure santé que la population générale, en tout cas à leur arrivée sur le territoire. Cependant, les conditions de vie difficiles dans la jungle de Calais favorisent l'apparition de pathologies. L'amélioration des conditions de vie des migrants est indispensable à l'amélioration de leur état de santé, en complément de l'accès aux soins et de la prévention.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Philippe Amouyel**

**Asseseurs : Madame le Professeur Florence Richard,**

**Monsieur le Docteur Denis Deleplanque,**

**Monsieur le Docteur Luc Dauchet,**

**Monsieur le Docteur Guy-Serge Kessy (directeur de thèse)**