

PROFIL SOCIO-SANITAIRE ET BESOINS DE
SUIVI SANITAIRE DES PERSONNES
MIGRANTES ET REFUGIÉES ACCUEILLIES
DANS LES CENTRES D'HEBERGEMENT
D'ILE-DE-FRANCE

*Bilans infirmiers d'orientation
réalisés entre octobre 2015 et mars 2016*

Andrea Guisao, Candy Jangal, Françoise Riou

Juillet 2016

Remerciements

Ce travail est financé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France. Les données analysées ont été recueillies par les infirmier.e.s et interprètes de la Croix-Rouge Française et du Samusocial de Paris. Ce travail a bénéficié de l'aide de Benjamin Phan, étudiant en 1^e année de l'Ensaë et en stage à l'Observatoire en juin 2016, et de la relecture attentive d'Anne Laporte.

Merci à tous !

TABLE DES MATIERES

CONTEXTE ET OBJECTIFS	7
LES BILANS INFIRMIERS	7
Bilans effectués et questionnaires exploitables	7
Conditions de réalisation des bilans et des recueils d'information associés	9
Dates d'entrée dans les centres d'hébergement et séjours en campements	9
Délais entre l'entrée dans le centre et le bilan	11
L'ENSEMBLE DE LA POPULATION (N=845)	12
Profil sociodémographique et pays d'origine	12
Durée de séjour en France	13
LES ANALYSES REALISEES ET LES POPULATIONS CONCERNEES	14
CONTEXTE DES EVALUATIONS INFIRMIERES (N = 826)	15
Délai entre l'entrée dans le centre d'hébergement et l'évaluation infirmière	15
Conditions du séjour en France avant l'entrée dans le centre	17
Conditions de réalisation des évaluations infirmières	18
PROFILS DES PERSONNES (N = 826)	19
Profils sociodémographiques et pays de naissance	19
Parcours migratoire avant l'arrivée en France	20
Entre l'arrivée en France et l'entrée dans le centre d'hébergement	23
Liens et soutiens sociaux	23
Accès aux services de santé	24
Etat de santé	27
Etat de santé ressenti	27
Problèmes de santé chroniques	28
Autres symptômes et plaintes	34
Symptômes psychologiques	35
Mesures physiques et biologiques	36
Indice de masse corporelle	36
Pression artérielle	37
Glycémie capillaire	37
Orientations sanitaires à l'issue des bilans	37
Nombre de besoins d'orientation identifiés par personne	38
Degré d'urgence des besoins identifiés	38
Types de besoins identifiés	39
LIEUX D'ORIENTATION PRECISES (N=845)	44
LES ORIENTATIONS EN URGENCE (N=845)	45

CONCLUSIONS	47
ANNEXES	52
Interprétation de l'indice de masse corporelle selon l'OMS	53
Liste des tableaux	54
Liste des figures	55

CONTEXTE ET OBJECTIFS

À la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARSIF), des bilans infirmiers d'orientation auprès des **migrants et réfugiés accueillis en hébergement d'urgence en Ile-de-France** ont été progressivement mis en place à partir de l'automne 2015, dans le contexte du développement d'évacuations de campements (y est assimilé le squat de bâtiments publics comme le lycée Jean Quarré).

Leur réalisation a été confiée au Samusocial de Paris (SSP) (pour les personnes accueillies dans les centres situés à Paris) et à la Croix-Rouge Française (CRF) (pour celles hébergées dans des centres situés ailleurs en Ile-de-France). Dans ce cadre, une série d'informations, d'ordre sociodémographique et sanitaire, est collectée de façon standardisée pour chaque personne rencontrée. Ces informations concernent le profil de la personne, son parcours et son état de santé.

Ce bilan est facultatif, il est proposé à toute personne migrante présente dans les centres dans lesquels sont hébergées les personnes évacuées des campements, dont la liste est communiquée au SSP et à la CRF. Il débouche sur l'identification par l'infirmier.e d'un ou plusieurs besoins d'orientation de la personne vers un professionnel de santé. Quand ce besoin est jugé urgent, l'infirmier.e organise directement l'orientation sanitaire. Dans les autres cas, il informe et conseille la personne sur les services de santé auxquels il peut s'adresser. Dans les deux cas, il doit lui remettre une copie des informations recueillies, et remplir une ou plusieurs fiches de liaison. Une copie anonymisée est également transmise à l'Observatoire du Samusocial de Paris, qui assure le codage, la saisie et l'analyse des données ainsi recueillies.

Ces analyses visent à mieux connaître la situation sanitaire et sociale des personnes concernées. Elles permettent de disposer d'indicateurs réguliers sur la situation de ces personnes et d'évaluer la nécessité de pérenniser ces bilans sanitaires, voire de les élargir à l'ensemble des structures, au-delà du dispositif d'accueil des réfugiés et des migrants évacués des campements.

LES BILANS INFIRMIERS

Bilans effectués et questionnaires exploitables

Le présent rapport porte sur l'information récoltée lors des bilans infirmiers menés **entre le mois d'octobre 2015 et le mois de mars 2016** (pour rappel, le questionnaire a été testé sur les premiers bilans faits par le SSP fin octobre 2015, puis a été utilisé dans sa version corrigée au cours des bilans réalisés à partir de décembre 2015). Au cours de cette période, 27 centres d'hébergement et un hôtel ont été visités : 11 centres en Ile-de-France hors Paris, par la Croix-Rouge, et 16 dans Paris, plus un hôtel, par le SSP (cf. tableau 1). Au total, **845 bilans exploitables ont été pris en compte** pour le traitement de données dont les résultats sont présentés ici : 3% ont été réalisés en octobre 2015, les autres se répartissent de façon équilibrée sur les mois de décembre 2015, janvier, février et mars 2016. Les rapports précédents¹ portaient sur des données recueillies exclusivement par le SSP dans des

¹ *Rapport de février 2016* sur la période octobre-décembre 2015, et *Tableaux de synthèse* jusqu'à février 2016 ; *Rapport du 30 mars 2016* sur la période fin 2015-janvier 2016 et *Tableaux de synthèse* correspondants

centres d'hébergement situés dans Paris. Dans le présent rapport sont également prises en compte les évaluations réalisées par la CRF dans des centres situés dans le reste de la région.

Tableau 1 : Questionnaires exploitables : répartition des personnes selon les centres d'hébergement

Centres visités	Nombre de questionnaires exploitables
Centres situés dans Paris (SSP)	464
Albin Peyron	43
Chevaleret	24
D'Artagnan	26
F 1 Saint-Ouen	51
La boulangerie	25
La mie de pain	32
Le Loiret	60
Le petit cerf	25
Losserand	17
Lumière	15
Mouzaïa	12
Palais de la femme	16
Pelleport	17
Redoute de la gravelle	30
René Coty	34
Saint Pétersbourg	30
Sébastopol	7
Centres situés hors de Paris (CRF)	381
Champigny (94)	6
Clichy (92)	16
Epinay sur Orge (91)	62
Gennevilliers (92)	35
Jouy sur Morin (77)	45
Neuilly sur Marne (77)	85
Noisiel (77)	5
Romainville (93)	17
Triel sur Seine (78)	74
Colombes (92)	10
Elancourt (78)	26
Total SSP-CRF	845

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Conditions de réalisation des bilans et des recueils d'information associés

Les infirmier.e.s en charge des bilans sont accompagné.e.s d'interprètes parlant l'arabe et l'anglais, ou parlent ces langues. La langue de passation du questionnaire utilisée pour les évaluations sanitaires n'a pas été précisée dans 15% des cas. Quand elle l'était, les langues utilisées le plus souvent étaient l'arabe (50% des cas), puis l'anglais (18%), puis le français (15%). Dans 5% des cas les entretiens ont été réalisés en associant plusieurs de ces mêmes langues. La part des bilans faits en français est possiblement sous-évaluée : si on suppose que les bilans dont la langue de passation n'est pas précisée ont été faits en français, les évaluations en français pourraient représenter 30% des cas, celles en arabe 42%, et celles en anglais 16%.

Des langues « autres » (que l'arabe, l'anglais ou le français) ont été utilisées dans 12% des bilans dont la langue de passation est connue (11% si on intègre l'ensemble des bilans). A chaque fois qu'une traduction était nécessaire dans une de ces langues, l'infirmier.e a eu recours à un tiers extérieur : un des autres hébergés, un bénévole du centre ou les services d'interprétariat téléphonique. Le pachtou et le dari (Afghanistan) ainsi que le tigrigna (Erythrée) étaient les langues les plus fréquentes.

Dates d'entrée dans les centres d'hébergement et séjours en campements

Les personnes enquêtées lors des bilans d'orientation sont arrivées dans les centres d'hébergement entre les mois de juin 2015 et de février 2016. Pendant la même période 16 évacuations de campements ont été mises en œuvre par la Préfecture de Région². Les figures 1 et 2 donnent le détail des dates d'entrée en centre d'hébergement selon le pays de naissance des personnes enquêtées, et selon la mention de séjour dans un campement.

Les bilans infirmiers réalisés visaient en priorité les personnes évacuées de ces campements. Faute de moyens suffisants ils n'ont pu être réalisés dans tous les centres, ni dans les lieux d'hébergement accueillant les femmes isolées et les familles (essentiellement des hôtels), et, dans les centres visités, toutes les personnes évacuées de campements n'ont pas souhaité en bénéficier. A l'inverse, certains de ces centres accueillaient également des migrant.e.s ou réfugié.e.s qui n'étaient pas passés par un campement.

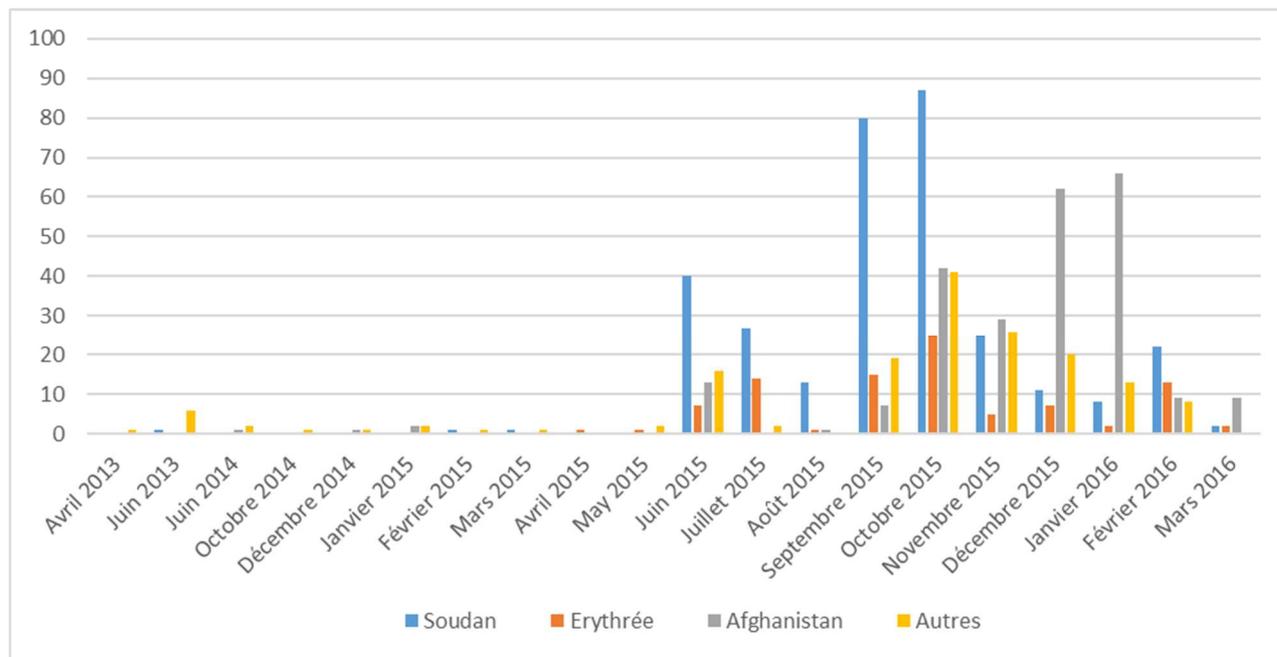
Selon la Préfecture de Région, entre juin 2015 et début mars 2016, plus de 5 000 personnes ont été évacuées de campements, dont environ 30% ont été hébergées dans des hôtels (chiffres fournis par le Pôle Hébergement et Réservation Hôtelière (PHRH) du SSP, qui est sollicité), dont une centaine de personnes en famille à la demande de la Ville de Paris. A ce décompte s'ajoutent des familles en campement repérées par les maraudes et hébergées « au fil de l'eau » avant les évacuations organisées par la PRIF² (le PHRH estime que 350 personnes ont bénéficié de telles « opérations diverses » entre juin 2015 et juin 2016).

² Préfecture d'Île de France : Bilan des opérations de mise à l'abri des migrants en errance, 29 juin 2016

Les personnes qui ont participé aux bilans infirmiers ne sont pas toutes passées par un campement : c'est le cas pour environ 200 personnes (1/4 des bilans réalisés), qui étaient hébergées dans les centres lors des visites des infirmier.e.s.

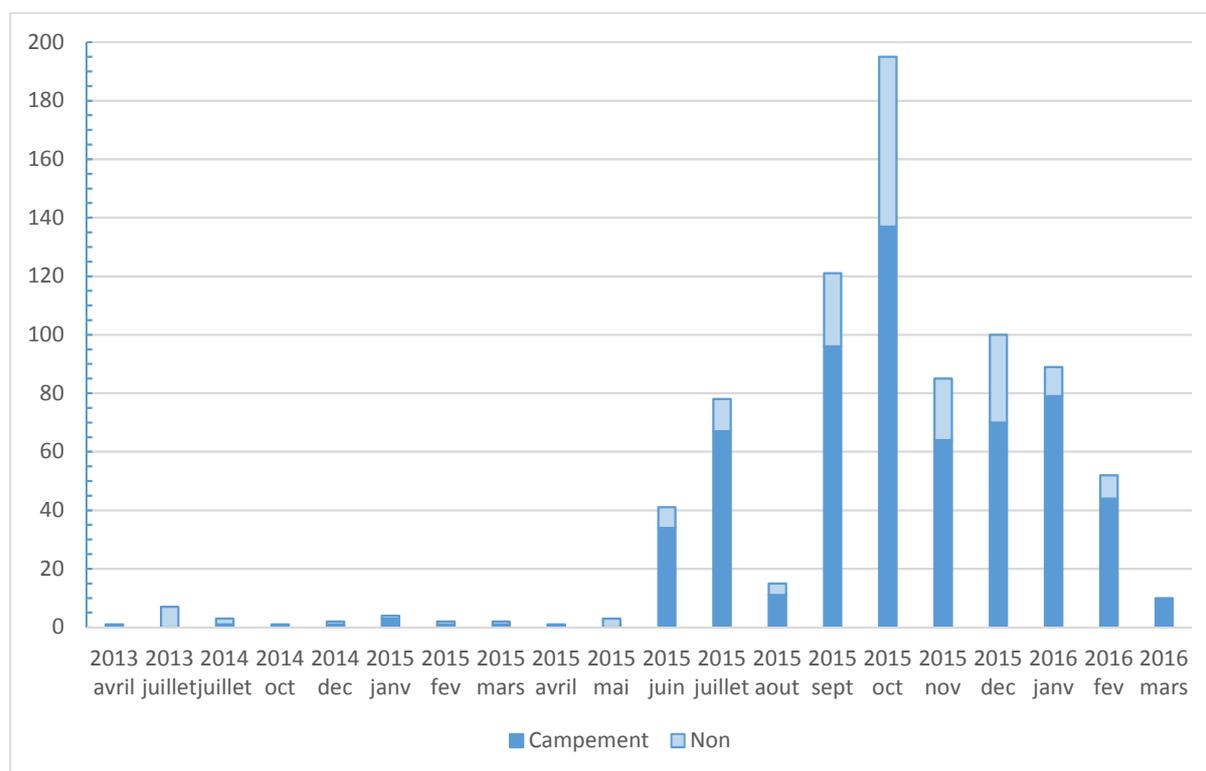
On estime qu'environ 15% seulement des personnes évacuées de campements au cours de cette période ont eu un bilan infirmier. Comme le montre l'analyse des bilans réalisés, ces évaluations n'ont touché qu'exceptionnellement des femmes et des enfants.

Figure 1 : Répartition des personnes par mois d'arrivée dans le centre et selon le pays d'origine



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France en octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Figure 2 : Distribution des personnes selon leur date d'arrivée dans le centre, et leur passage par un campement



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France en octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Délais entre l'entrée dans le centre et le bilan

Pour les personnes passées par un campement, les délais entre l'entrée dans le centre et le bilan dépasse un mois dans les $\frac{3}{4}$ des cas, et trois mois dans près de la moitié des cas.

Pour les autres, la durée du séjour dans le centre est le plus souvent plus courte, mais aussi quelquefois beaucoup plus longue (jusqu'à 2 ans $\frac{1}{2}$).

L'ENSEMBLE DE LA POPULATION (N=845)

Profil sociodémographique et pays d'origine

La représentation des femmes dans la population enquêtée est faible (3,9%). C'est une population jeune puisque la moyenne d'âge est de 30 ans. Ces jeunes hommes sont plus souvent célibataires (56%) que mariés (41%). Néanmoins, même lorsqu'ils sont mariés dans leur pays d'origine, ils sont le plus souvent seuls en France.

Près de 80% des personnes évaluées sont originaires de 3 pays : le Soudan (38%), l'Afghanistan (30%) et l'Erythrée (11%). Les personnes originaires de Somalie représentent près de 4% de l'ensemble. Trente-trois autres pays sont représentés, chacun très faiblement (moins 2%) : Grand Maghreb (Algérie, Lybie, Maroc, Mauritanie, Tunisie), Afrique de l'Est et subsaharienne (Ethiopie, Cote d'Ivoire, Niger, Nigeria, Gambie, République Démocratique du Congo, Congo Brazzaville, Cameroun, Ghana), Proche et Moyen-Orient (Iran, Irak, Syrie, Pakistan, Lybie, Égypte), Europe (Albanie, Arménie, Ukraine, Turquie, Pologne, Roumanie et Russie), Vietnam. Quatre personnes ont déclaré être nées en France.

La structure d'âge des populations originaires des trois pays prépondérants est similaire et diffère de celles venant d'autres pays (cf. tableau 2 et figure 3).

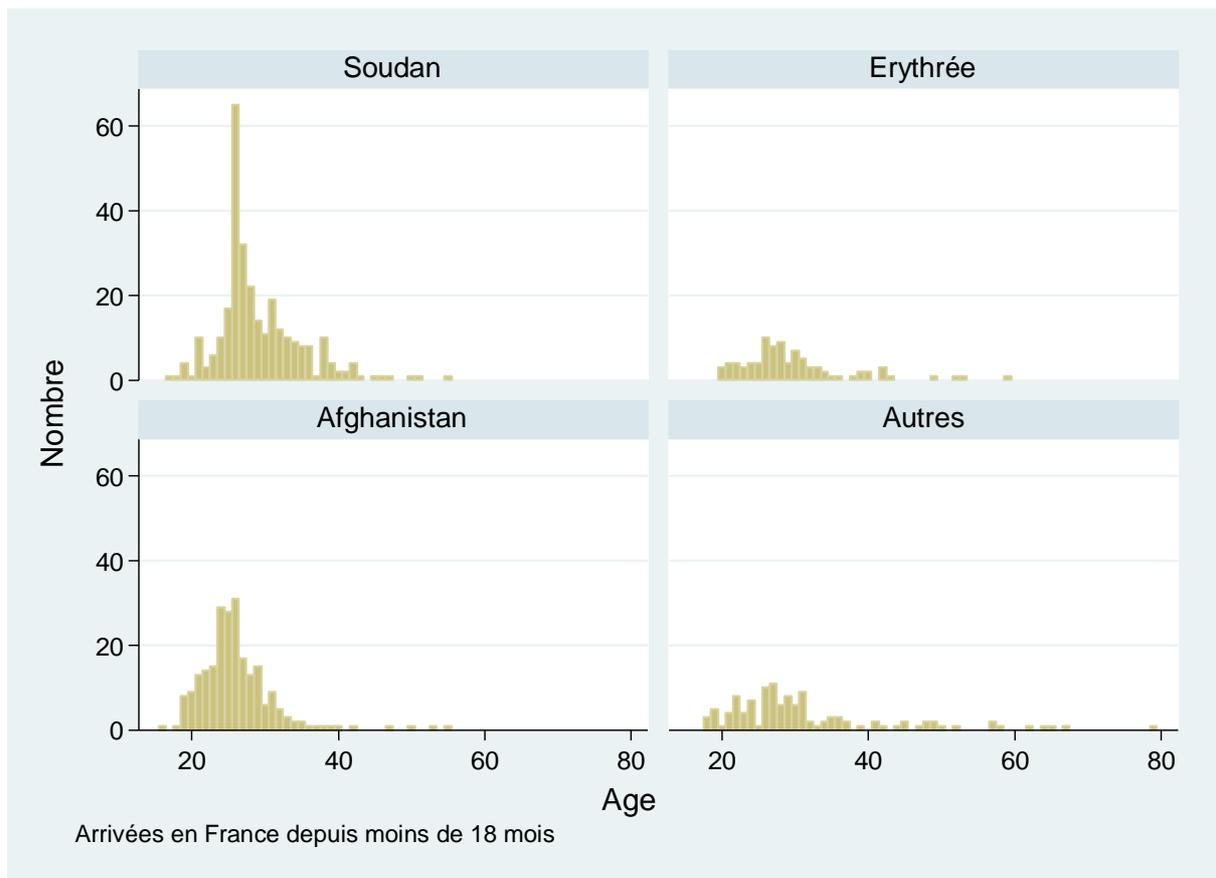
Tableau 2 : Age des personnes enquêtées selon leur pays de naissance : indicateurs de tendance moyenne et de dispersion

	Afghanistan (N=252)	Erythrée (N=97)	Soudan (N=321)	Autres pays (N=175)
Age non précisé (n)	4	0	2	1
Age moyen (ans)	26,2	30,0	29,3	34,8
Age médian	25,5	28	28	30
Agés extrêmes	16 - 55	20 - 59	17 - 55	18 - 79
1 ^{er} – 3 ^e quartiles	19 - 47	21 - 49	19 - 50	19 - 69
1 ^{er} - dernier déciles	19 - 50	20 - 52	19-51	18 - 69

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Île de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

NB : L'âge de la moitié d'une population est inférieur (ou supérieur) à l'âge médian. L'âge d'un quart de cette population est inférieur au 1^{er} quartile, et supérieur au 3^e quartile. L'âge de 10% de cette population est inférieur au 1^{er} décile, et supérieur au dernier décile.

Figure 3 : Age des personnes enquêtées selon leur pays de naissance



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Durée de séjour en France

Sur les 845 personnes dont les bilans ont pu être pris en compte, 826 ont répondu aux questions portant sur la durée de séjour en France à la date de réalisation du bilan infirmier (TR³=98%). Parmi elles, 736 déclarent être arrivées en France depuis moins de 18 mois. Ce sont sur elles que se concentrent les analyses. Il a en effet paru nécessaire de se centrer sur les migrants issus de la récente vague migratoire, depuis 2014, dont l'Ile de France est un des points d'entrée principaux.

³ TR = taux de réponse

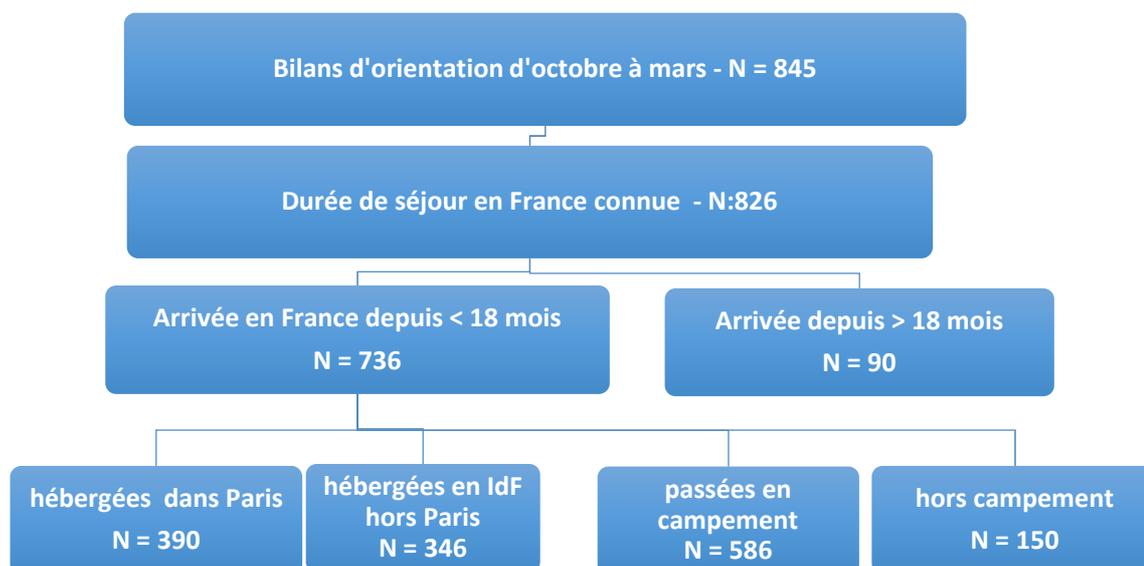
LES ANALYSES REALISEES ET LES POPULATIONS CONCERNEES

Dans un premier temps, nous présentons quelques caractéristiques de l'ensemble des 845 personnes ayant bénéficié d'une évaluation infirmière.

Puis nous analysons les contextes d'évaluation, les caractéristiques et les besoins d'orientation sanitaire des 736 personnes arrivées en France **depuis moins de 18 mois**, en les comparant à celles en France depuis plus de 18 mois qui ont pu accéder aux bilans infirmiers parce qu'elles étaient présentes dans les centres au moment des évaluations, afin de mettre en lumière l'hétérogénéité des profils de ces deux populations, ainsi que l'étendue des besoins de suivi sanitaire dans les deux cas.

Pour les personnes en France depuis moins de 18 mois, nous comparons également les profils de celles ayant déclaré être passées par un campement avec ceux des autres, ainsi que les profils de celles qui ont été hébergées dans des centres situés dans Paris avec les profils de celles l'ayant été dans le reste de l'Ile-de-France (cf. figure 4). Ces comparaisons permettent de faire ressortir les différences sociodémographiques et de santé, ainsi que celles concernant les besoins identifiés par les infirmier.e.s, et les logiques d'orientation sanitaires, qui sont fortement déterminées par les dispositifs de proximité disponibles localement, mais aussi possiblement par les infirmier.e.s eux-mêmes.

Figure 4 : Répartition des bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et mars 2016 selon la durée du séjour en France, le passage dans un campement et la localisation du centre d'hébergement



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

CONTEXTE DES EVALUATIONS INFIRMIERES (N = 826)

Le projet prévoyait que les évaluations infirmières concernent en priorité les personnes évacuées de campements (dont le lycée Jean Quarré), et soient réalisées le plus tôt possible après l'évacuation de campement et l'entrée dans le centre d'hébergement. Qu'en est-il ?

Délai entre l'entrée dans le centre d'hébergement et l'évaluation infirmière

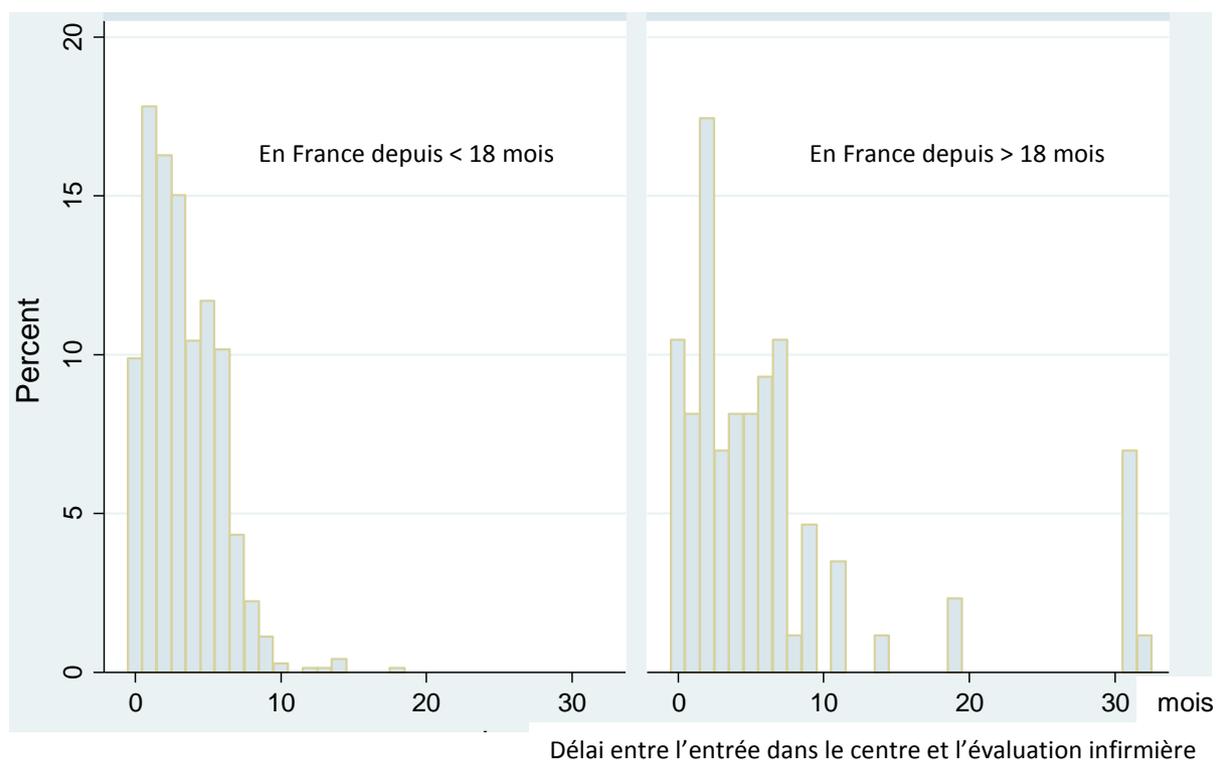
Pour les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, le délai moyen entre l'entrée dans le centre d'hébergement et le bilan est de 3,3 mois. Il est de 6,6 mois pour celles arrivées en France depuis plus longtemps. Dans les deux cas, 10% des personnes étaient dans le centre depuis moins d'1 mois au moment de l'évaluation infirmière (cf. tableau 3, et les distributions des délais entre l'entrée dans le centre et le bilan pour les deux populations dans la figure 5).

Tableau 3 : Conditions du séjour en France avant l'entrée dans le centre, et durées de séjour dans le centre, des personnes évaluées selon leur durée de séjour en France

	Durée du séjour en France			p-value
	< 18 mois (N = 736) %	> 18 mois (N = 90) %	Total (N = 826) %	
Conditions du séjour en France avant l'entrée dans le centre				
Ayant séjourné en campement avant l'arrivée au centre	80	49	76	<0,001
Ayant vécu dans la rue avant l'arrivée dans le centre	17	23	18	NS
Durée du séjour dans le centre (par classes)				
Moins d'un mois	10	10,5	10	<0,001
1 à 2 mois	18	8	16,5	
2 à 3 mois	16	17,5	16,5	
3 à 4 mois	15	7	14	
4 à 6 mois	30,5	23	30	
Plus de 6 mois	10,5	34	13	

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Île de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Figure 5 : Distribution des délais entre entrée dans le centre et évaluation infirmière (en mois) selon la durée de séjour en France



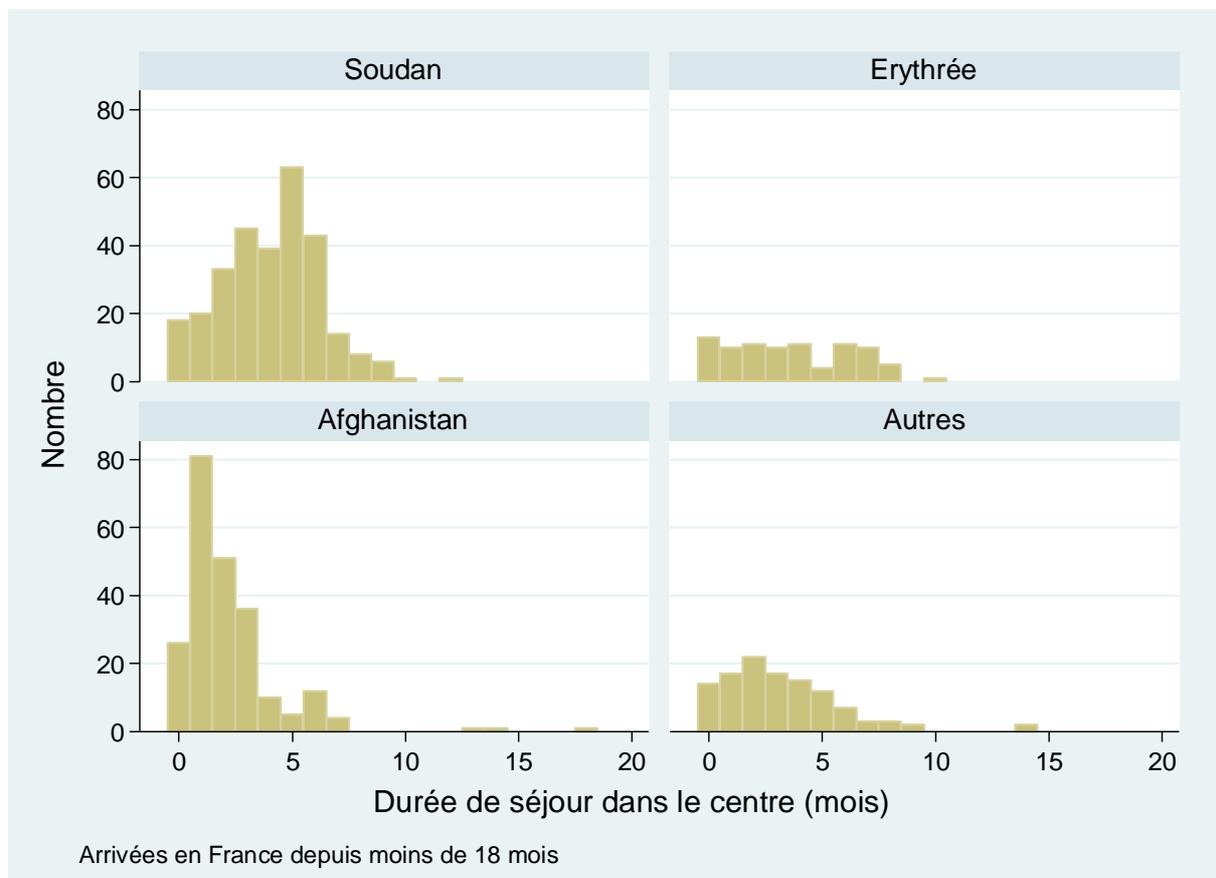
Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Lecture : Les délais entre arrivée dans le centre et évaluation infirmière varient de moins d'1 mois à 18 mois pour les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, et de moins d'1 mois à plus de 30 mois pour celles en France depuis plus longtemps. Dans les deux cas, 10% ont eu un bilan infirmier moins d'un mois après leur entrée dans le centre. Mais 8% de celles séjournant en France depuis plus de 18 mois l'ont eu alors qu'elles étaient hébergées dans le centre depuis plus de 30 mois.

Parmi les personnes en France depuis moins de 18 mois, le délai entre l'entrée dans le centre et la réalisation du bilan infirmier (ou durée de séjour dans le centre d'hébergement) varie de façon significative selon :

- le **pays de naissance** (cf. figure 6) ;
- le séjour dans un **campement** ($p = 0.002$) (il est plus souvent inférieur à 2 mois pour celles n'ayant pas séjourné dans un campement) ;
- la localisation du centre d'hébergement (il est plus souvent supérieur à 4 mois pour les personnes hébergées dans un centre situé hors de **Paris** (54% des cas que pour celles hébergées dans Paris (24% des cas).

Figure 6 : Délai entre l'entrée dans le centre et l'évaluation infirmière selon le pays de naissance



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

NB : Pour les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, le délai entre l'entrée dans le centre et l'évaluation infirmière est connue pour 291 soudanais.es, 86 érythréen.ne.s, 228 afghan.e.s et 114 personnes d'autres origines.

Conditions du séjour en France avant l'entrée dans le centre

Parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, 80% sont passées par au moins un campement lors de leur arrivée en France, et parmi elles moins de 4% ont cité plus d'un campement. Trois localisations ressortent plus particulièrement : 32% des personnes ayant répondu à la question sont passées au moins une fois par le campement de La Chapelle, 25% par le campement de la Gare de l'Est et 10,5% par celui de la Gare d'Austerlitz. D'autres campements parisiens sont cités, mais Calais l'est beaucoup plus rarement (10 personnes).

Des séjours dans la rue, hors campement, sont mentionnés par 17% des personnes. Certaines personnes ont déclaré avoir séjourné dans un site différent de ceux figurant dans le questionnaire (campement, rue, squat, local, foyer). Parmi ces dernières, la ville de Nice est la plus souvent mentionnée.

Les personnes migrantes hébergées dans les centres situés dans Paris sont moins souvent passées par un campement (74% contre 86%). Par contre, elles sont beaucoup plus souvent passées par la rue (31% contre 2%).

La fréquence de séjour dans un campement diffère selon le pays d'origine ($p = 0.009$ au test de Xhi2) : les personnes issues d' « autres pays » (que les trois les plus représentés) ont moins souvent séjourné dans un campement, tandis que 4/5 des Soudanais, des Afghans et des Erythréens y ont fait au moins un passage.

Les personnes en France depuis plus de 18 mois ont moins souvent mentionné un séjour dans un campement à leur arrivée en France (seulement la moitié d'entre elles), et aucune n'a séjourné dans plusieurs campements. Les campements les plus représentés sont aussi ceux de La Chapelle et de la Gare de l'Est. Trois personnes ont déclaré avoir fait un séjour dans le campement de Calais. Les autres campements cités sont dispersés sur différents lieux parisiens. Une personne sur quatre a déclaré avoir séjourné dans un site différent de ceux figurant dans le questionnaire (campement, rue, squat, local, foyer), dont les deux-tiers chez des proches, tandis que ce n'est le cas que pour 6 % des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois.

Conditions de réalisation des évaluations infirmières

Les conditions de réalisation des évaluations infirmières diffèrent fortement selon la durée de séjour en France, essentiellement du fait de la barrière linguistique. En effet **parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois**, nombreuses sont celles ne maîtrisant pas les langues parlées par les infirmiers et traducteurs des équipes du SSP et de la CRF (français, anglais, arabe).

Le bilan a été réalisé en arabe dans 45% des cas, en anglais dans 15%, et en français dans seulement 8% des cas. Dans 4% des cas il l'a été en ayant recours à plusieurs de ces langues, et dans 12% des cas dans une autre langue, nécessitant l'intervention d'un tiers. La langue n'était pas précisée dans 15% des cas.

Les personnes n'ayant pas séjourné dans un campement maîtrisaient plus souvent la langue française (de façon significative sur le plan statistique) que celles passées par un campement, et le bilan a été réalisé dans cette langue trois fois plus souvent (18% vs 6%). Il a été fait dans une autre langue que le français, l'anglais ou l'arabe pour respectivement 11 et 17% de ces personnes.

Les personnes hébergées dans Paris déclarent plus souvent que celles hébergées hors de Paris maîtriser le français (15% contre 9%). Mais la répartition des langues utilisées lors des évaluations infirmières ne diffèrent pas de façon significative. L'intervention d'une personne extérieure n'est le plus souvent pas renseignée pour les questionnaires remplis dans les centres non parisiens.

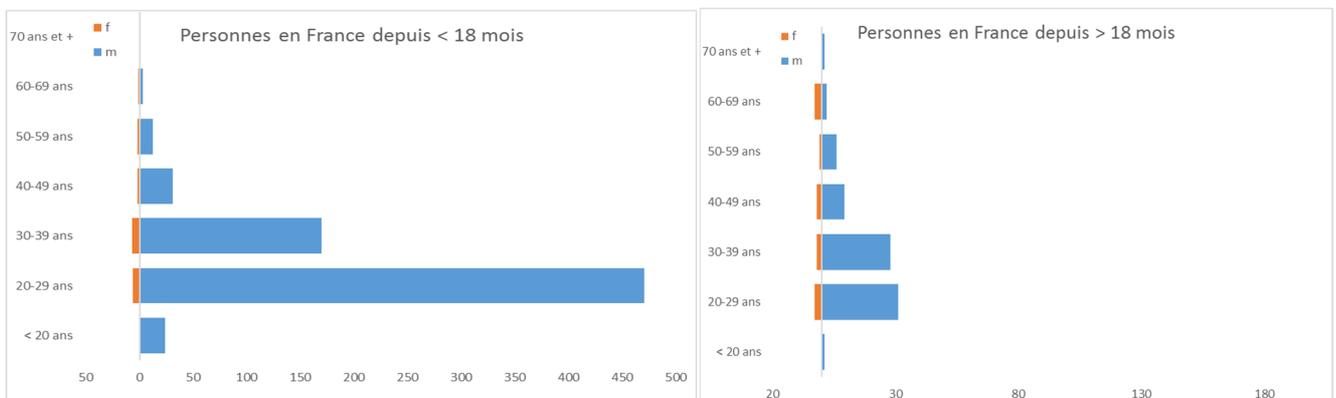
Pour les personnes en France depuis plus de 18 mois, le bilan a été réalisé en français dans 42% des cas, en arabe dans 24%, en anglais dans 12%. Dans 6% des cas il l'a été en ayant recours à plusieurs de ces langues, et dans seulement 4% dans une autre langue, nécessitant l'intervention d'un tiers. La langue n'était pas précisée dans 12% des cas.

PROFILS DES PERSONNES (N = 826)

Profils sociodémographiques et pays de naissance

Les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois sont en très grande majorité des hommes (seulement 3% de femmes), les familles étant hébergées dans des hôtels, hors des centres visités jusqu'à maintenant par les infirmier.e.s. Leur âge moyen est de 29 ans. **Parmi les personnes arrivées en France depuis plus longtemps**, on compte 12% de femmes ; l'âge moyen est de 36 ans. Les profils sociodémographiques et les origines géographiques des deux populations sont détaillés dans la figure 7 et le tableau 4.

Figure 7 : Distribution par âge et sexe des personnes selon leur durée de séjour en France



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Parmi les personnes enquêtées arrivées **en France depuis moins de 18 mois**, celles n'ayant pas fait de séjour dans un **campement** sont plus jeunes : 36% ont entre 16 et 24 ans, contre 15% des ressortissants d'un campement, et sont moins souvent mariées (30% contre 43%). Les personnes **hébergées en banlieue parisienne** sont uniquement des hommes (alors que les hommes constituent 95% de la population hébergée dans Paris). Aucune différence statistiquement significative n'est observée sur la structure d'âge.

Parmi ces personnes, 87% sont originaires de 4 pays (Soudan, Afghanistan, Erythrée, et Somalie (3%)). L'origine géographique des personnes arrivées en France depuis plus longtemps est plus diversifiée (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Pays de naissance des personnes selon leur durée de séjour en France

Durée du séjour en France	Moins de 18 mois (N = 736)	Plus de 18 mois (N = 90)	p-value
Pays de naissance	%	%	
Soudan	40	28	<0,001
Afghanistan	32	18	
Erythrée	12	6	
Somalie	3	6	
Autres	13	43	

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Des différences sociodémographiques significatives sont constatées selon le pays d'origine des migrant.e.s. arrivé.e.s en France depuis moins de 18 mois. Les personnes originaires d'Afghanistan sont plus jeunes, et pourtant se déclarent plus souvent mariées, même si elles sont dans la plupart des cas seules en France. Celles originaires d'« autres pays » sont relativement plus âgées, et comptent proportionnellement plus de femmes (près de trois quarts des femmes enquêtées sont dans cette catégorie).

La répartition selon les pays de naissance ne diffère pas selon la localisation du centre d'hébergement. Concernant le statut marital, aucune des personnes hébergées dans la banlieue parisienne n'est dans la catégorie « autre que marié ou célibataire », alors que c'est le cas pour 6% de celles hébergées dans Paris.

Parcours migratoire avant l'arrivée en France

Les durées de migration sont très variables quelle que soit la durée de séjour en France. Pour les personnes arrivées **en France depuis moins de 18 mois**, la durée médiane de migration est de 13 mois, variant d'un mois à 13 ans. Elle est beaucoup plus courte (5 mois) pour celles arrivées en France depuis plus longtemps (cf. tableau 5).

Tableau 5 : Parcours des personnes enquêtées avant leur entrée dans le centre selon leur durée de séjour en France

Durée du séjour en France	< 18 mois (N = 736)	> 18 mois (N = 90)	p-value
Durée de la migration	%	%	
Moins de 6 mois	35,5	52,5	<0,001
Entre 6 et 12 mois	14	14	
Entre 1 et 2ans	23	2,5	
Entre 2 et 4 ans	14	11,5	
Plus de 4 ans	13,5	19	
Durée du séjour en France avant l'entrée dans le centre			Sans objet ⁴
Moins d'1 mois	39	1	
Entre 1 et 3 mois	28	0	
Entre 3 et 6 mois	18	0	
Entre 6 et 12 mois	12	1	
Entre 1 et 2 ans	3	40	
Plus de 2 ans	0	57	

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Les migrations directes, c'est-à-dire celles qui impliquent le franchissement d'une frontière unique entre le pays d'origine et le pays d'accueil ou des escales mais pas de séjour dans un autre pays, concernent 4,5% de des personnes arrivées **en France depuis moins de 18 mois**, parmi lesquelles 30% sont originaires des pays du Maghreb, et 26% sont des femmes.

Parmi les personnes arrivées **en France depuis plus longtemps**, 25% sont concernées par ces migrations directes, parmi lesquelles un cinquième sont des Algérien.ne.s, les autres étant principalement originaires de pays d'Afrique subsaharienne (Éthiopie, Mali, Nigeria, Cameroun et Côte d'Ivoire), et 35% sont des femmes (dont 30% sont originaires du Maghreb).

Le nombre médian de pays dans lesquels les personnes arrivées **en France depuis moins de 18 mois** ont séjourné avant d'arriver en France est de 3 (il est connu dans près de 90% des cas).

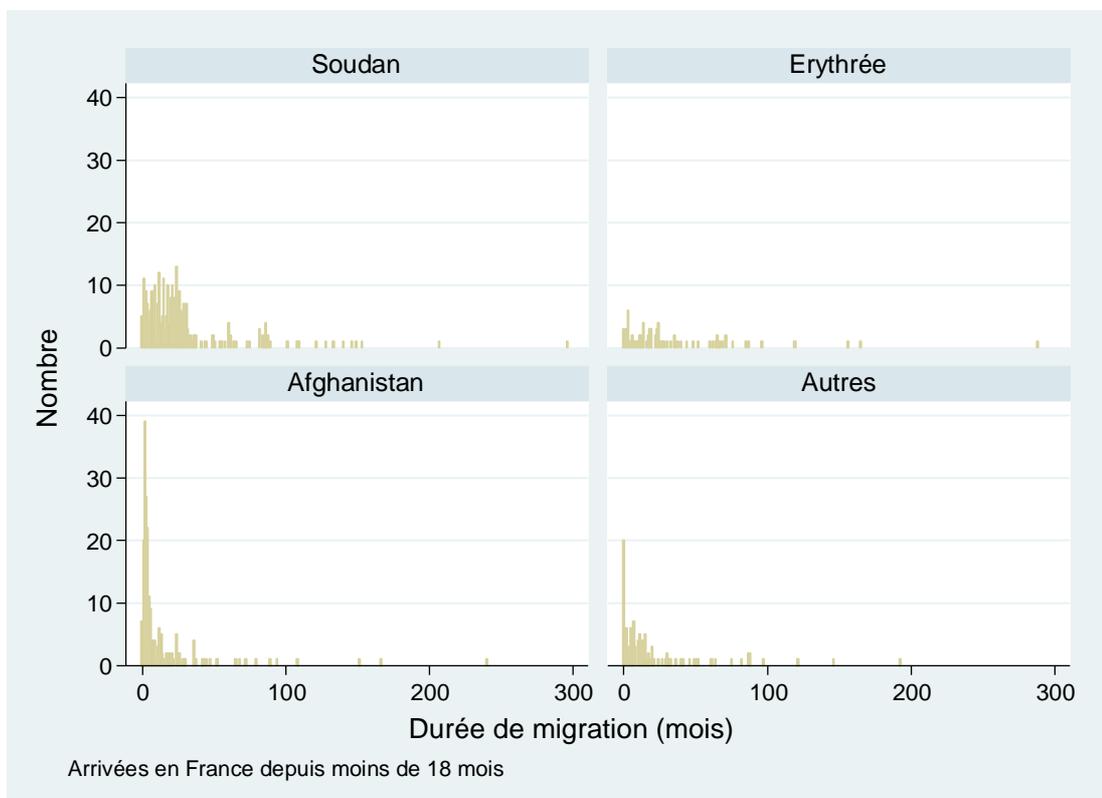
Parmi les personnes **en France depuis plus longtemps**, ce nombre de pays est plus faible (2 pays), mais il est connu dans moins de deux cas sur trois.

⁴ Les durées diffèrent par construction.

Parmi les personnes arrivées **en France depuis moins de 18 mois** :

- Les durées de migration varient fortement, y compris parmi des personnes originaires d'un même pays, mais elles sont beaucoup plus courtes pour les personnes nées en Afghanistan (cf. figure 8). Les afghan.e.s ont pourtant séjourné dans un nombre plus important de pays que les autres (médianes respectives : 6 et 3 pays, cf. détail figure 9)
- Le fait d'avoir séjourné ou non dans un campement et la localisation du centre dans ou hors Paris n'influent pas sur ces durées.

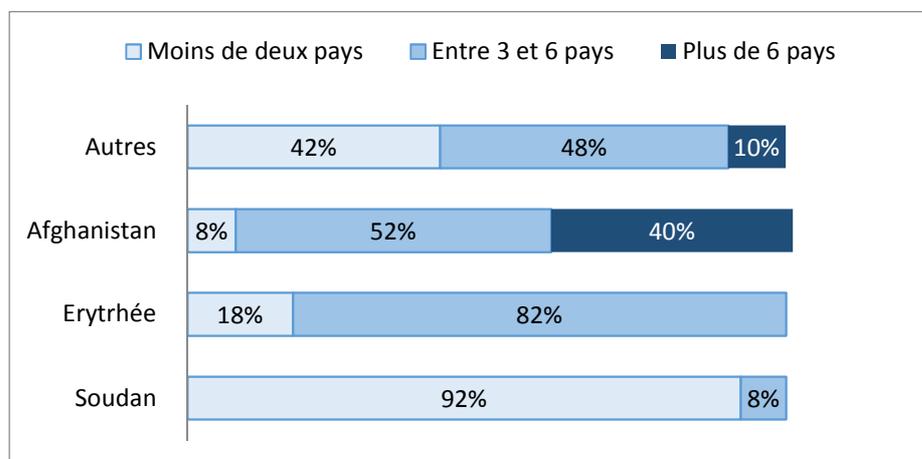
Figure 8 : Durée de migration selon le pays de naissance des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Île de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

NB : Pour les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, la durée de migration est connue pour 287 soudanais.es, 80 érythréen.ne.s, 206 afghan.e.s et 110 personnes d'autres origines.

Figure 9 : Répartition des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le nombre de pays où elles disent avoir séjourné, selon leur pays de naissance



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Entre l'arrivée en France et l'entrée dans le centre d'hébergement

Les durées de séjour en France avant l'entrée dans le centre dépassent 6 mois pour 15% de celles arrivées sur le territoire français depuis moins de 18 mois. Elles sont similaires que ces personnes aient ou non séjourné dans un campement, et qu'elles soient hébergées dans ou hors de Paris, mais elles diffèrent selon le pays de naissance : elles sont plus souvent courtes (moins d'un mois) pour les personnes originaires du Soudan et d'Erythrée.

Elles dépassent deux ans pour plus de la moitié des personnes arrivées sur le territoire français depuis plus de 18 mois.

Liens et soutiens sociaux

Les personnes déclarant être en famille en France sont très minoritaires. C'est le cas de seulement 2,7% de celles **présentes sur le territoire français depuis moins de 18 mois**. La présence du conjoint concerne moins de 2%, tandis que moins de 1% ont des enfants avec elles. Elles sont plus nombreuses (12%, $p < 0.001$) parmi les personnes arrivées **en France depuis plus de 18 mois** : 9% sont en France avec leur conjoint et 7% avec des enfants, qu'ils soient ou non dans le centre.

Près de la moitié des répondants déclarent compter sur un soutien social, sans différence significative entre les deux groupes. Parmi les personnes déclarant avoir un soutien social, celui d'amis et connaissances est cité par 74% de celles arrivées en France depuis moins de 18 mois, et par seulement 52% de celles y séjournant depuis longtemps. Un autre type de soutien, qu'il soit quotidien, financier ou moral, est déclaré par 20% des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois et 34% de celles y séjournant depuis longtemps ; ce soutien vient par exemple d'associations, d'institutions et/ou de dispositifs administratifs d'aide (prestations sociales).

Le sentiment de solitude est très élevé (70% des personnes se sentent seules ou très seules) et ne diffère pas de façon significative entre les deux populations. Deux hypothèses peuvent expliquer cette absence de différence : la première est l'échec de l'insertion sociale des personnes en France depuis plus longtemps, qui se traduit par le séjour dans un centre d'hébergement d'urgence. La deuxième est le fait que les migrants « anciens » sont moins nombreux à être passés par un campement, les liens d'amitié et de solidarité étant renforcés par ce type de cohabitation ; lors des bilans, à la question sur l'entourage, beaucoup de ressortissants des campements citent les amis de campement comme seul soutien.

Parmi les personnes **en France depuis moins de 18 mois** :

- Ce sentiment de solitude ne diffère pas de façon significative selon le **pays de naissance** pour les personnes répondant à cette question, cependant les personnes originaires d'Afghanistan y ont moins souvent répondu que les autres.
- Les personnes n'ayant pas fait de séjour dans un **campement** disent moins souvent disposer d'un soutien social et déclarent plus souvent se sentir seules ou très seules (77% contre 70%).
- Les personnes hébergées en **banlieue parisienne** sont moins souvent en famille ; elles disent moins souvent se sentir seules ou très seules que celles hébergées dans Paris ($p < 0,001$), alors que les proportions de personnes déclarant pouvoir compter sur un soutien social sont similaires quelle que soit la localisation du centre.

Accès aux services de santé

L'existence d'une couverture sociale maladie de base (ou d'une démarche d'acquisition en cours) n'a été précisée que dans moins de la moitié des cas (le recueil de cette information n'était pas prévu dans la première version du questionnaire qui avait été conçue pour des personnes sans couverture sociale car arrivées depuis peu sur le sol français).

Parmi les personnes pour lesquelles l'information est disponible, un quart des personnes arrivées **en France depuis moins de 18 mois** ont une couverture sociale maladie (cf. détail dans le tableau 6). C'est le cas à l'inverse pour les trois quarts de celles qui sont en France depuis plus longtemps.

L'existence d'une couverture complémentaire est indiquée dans 42% des cas. Parmi les personnes pour lesquelles on dispose de cette information, 20% disent avoir une telle couverture parmi les personnes en France depuis moins de 18 mois, alors que c'est le cas pour la moitié de celles qui sont en France depuis plus longtemps.

Parmi les personnes arrivées en France **depuis moins de 18 mois** ayant répondu aux questions sur leur **recours aux soins**, plus de 70% disent que leur dernière rencontre avec un médecin date de moins d'un an, 6% déclarent avoir vu un professionnel de santé mentale, 13% disent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois, et 7% s'être vues opposer un refus de soins depuis qu'elles sont en France. Ces chiffres sont similaires pour les personnes en France depuis plus longtemps.

Les raisons évoquées dans le cas d'un refus de soins sont dans la plupart des cas un refus de prise en charge de la part d'un hôpital ou d'un professionnel de santé à cause de l'absence de carte de sécurité sociale ou de permis de séjour. Le manque de ressources représente une raison moins courante, mais citée également.

Tableau 6 : Accès aux soins des personnes enquêtées selon leur durée de séjour en France

Durée du séjour en France	< 18 mois	> 18 mois	p-value
	(N = 736)	(N = 90)	
	%	%	
Couverture sociale maladie de base (lors du bilan infirmier)			
Taux de réponse (TR)	49,0	57,8	
parmi tous les répondants :			<0,0001
acquise (CMU)	18,6	40,4	
acquise (AME)	3,6	28,8	
acquise (type non précisé)	2,5	5,8	
acquise (quel qu'en soit le type)	24,7	75,0	
en cours (parmi les répondants)	19,4	7,7	
absente	56,0	17,3	
parmi les personnes arrivées en France depuis plus de 3 mois :			<0,0001
acquise (quel qu'en soit le type)	31,0	75,0	
parmi les personnes arrivées en France depuis plus de 6 mois :			<0,0001
acquise (quel qu'en soit le type)	43,2	75,0	
Couverture complémentaire (TR = 58%)	19,6	50,0	<0,0001
Recours à un médecin au cours de la dernière année (TR = 85% et 88%)	73,4	70,9	NS
A vu un psychiatre ou un psychologue	6,3	11,1	NS
Refus de soins depuis l'arrivée en France (TR=96%)	6,6	4,5	NS
Renoncement aux soins dans les 12 derniers mois (TR=96%)	12,7	11,4	NS

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Île de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Pour les migrants, les droits à une couverture sociale, sauf exception, peuvent être ouverts à partir du quatrième mois de présence sur le territoire français. Parmi les personnes arrivées depuis moins de 18 mois qui ont renseigné l'information sur la couverture sociale (Tr 47%), 85,5% sont en France depuis plus de trois mois, 14,5% sont présents en France depuis moins de trois mois. Parmi ces derniers, 14% ont entamé des démarches pour son obtention et 8% ont déjà une couverture sociale. Parmi ceux qui sont en France depuis plus de trois mois, le fait d'avoir une couverture sociale ne diffère pas selon le temps de séjour dans le centre (p = 0.721).

Parmi les personnes en France depuis moins de 18 mois, les conditions d'accès aux soins diffèrent selon le **pays de naissance** (cf. tableau 7).

- Les personnes originaires du Soudan et de l'Erythrée en France depuis plus de trois mois ont moins souvent une couverture maladie que celles originaires d'Afghanistan ou d'autres pays. Ces différences se retrouvent pour les personnes en France depuis plus de 6 mois.
- La proportion de personnes ayant une couverture complémentaire semble significativement plus élevée pour les personnes originaires d'Afghanistan.
- Les personnes originaires d'Erythrée ont moins souvent vu un médecin dans les 12 derniers mois (elles se déclarent moins souvent en mauvaise santé, et seulement 5% d'entre elles déclarent maîtriser le français contre 12% dans le reste de la population). Ces personnes ont aussi moins souvent vu un psychiatre ou un psychologue, ce qui est également le cas pour celles nées en Afghanistan.

Les taux de refus de soins (depuis l'arrivée en France) ou de renoncement aux soins (dans les 12 derniers mois) ne diffèrent pas de façon significative selon le pays de naissance, les personnes originaires d'Afghanistan ont toutefois moins souvent répondu à ces questions que les autres.

Tableau 7 : Accès aux soins des personnes enquêtées selon le pays de naissance

Pays de naissance	Soudan N = 246	Erythrée N = 71	Afghanistan N = 159	Autres N = 94	p- value
Couverture sociale maladie de base (lors du bilan infirmier)					
TR	46%	44%	43%	52%	<0,001
parmi les répondants :					
absente	57%	68%	35%	35%	
en cours	26%	10%	16%	22%	
présente	17%	23%	49%	43%	
toutes réponses	100%	100%	100%	100%	
Couverture complémentaire					
TR	42%	45%	46%	39%	0,001
présente parmi les répondants	11%	18%	32%	17%	
Recours au médecin					
TR	88%	82%	81%	86%	0,025
Recours au médecin < 1 an, parmi les répondants	71%	63%	79%	77%	
Vu un psychiatre ou un psychologue	7%	1%	4%	13%	<0,001

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Les personnes **en France depuis moins de 18 mois** qui n'ont pas fait de séjour dans des **campements** ont plus souvent une couverture sociale maladie de base (31% contre 22%) et complémentaire (12,5% contre 9%) ($p = 0,02$)⁵. Elles disent avoir dû renoncer à des soins (dans les 12 derniers mois) deux fois moins souvent que les autres ($p = 0,03$).

Les taux de refus de soins sont similaires, que les personnes aient ou non séjourné en campement et qu'elles soient ou non hébergées dans Paris.

Les personnes hébergées **hors de Paris** ont déclaré plus souvent avoir renoncé à des soins pour eux-mêmes depuis leur arrivée en France : 20% contre 5% dans les centres parisiens, sans que les raisons en soient précisées. Les taux de réponse de ces personnes sont plus élevés pour les questions concernant le refus de soins, et pour la mention d'une rencontre avec un professionnel de santé mentale, mais aucune différence statistiquement significative n'est observée parmi les répondants pour ces deux questions.

Etat de santé

ETAT DE SANTE RESSENTI

Près de la moitié des personnes présentes **en France depuis moins de 18 mois** et ayant répondu à la question se disent en bonne santé et 12% se déclarent en mauvaise santé. Le ressenti de l'état santé n'est pas différent pour les personnes en France depuis plus longtemps, en dépit des différences d'âge.

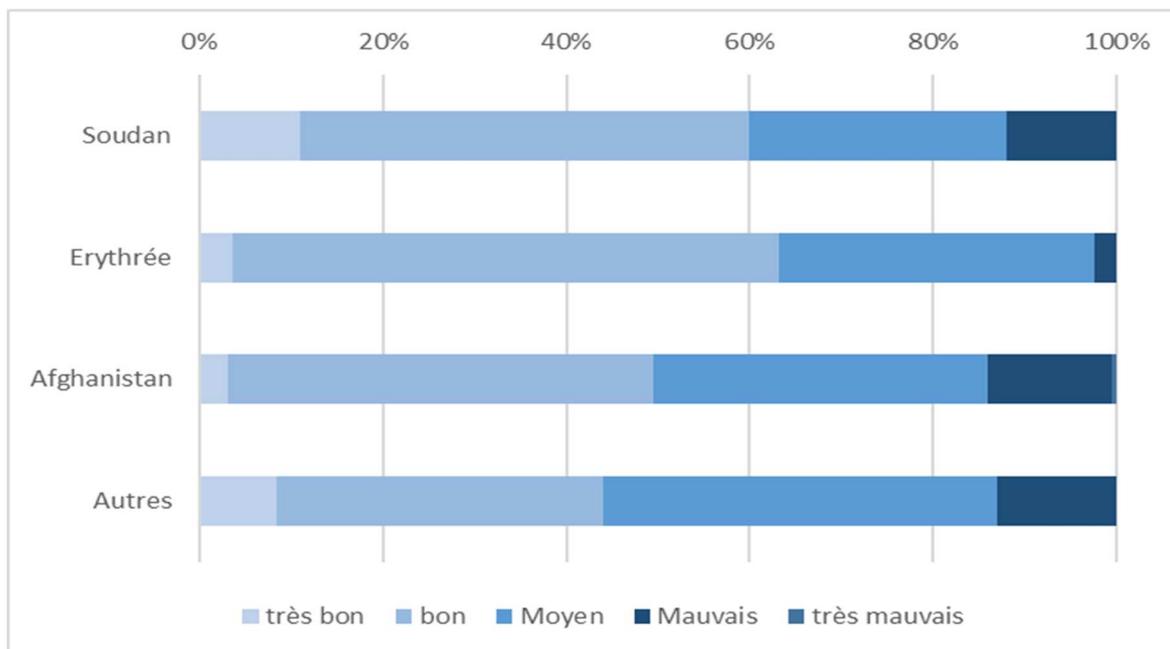
Par contre il diffère de façon significative, parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, selon le **pays d'origine** (cf. figure 10) : les personnes originaires d'Afghanistan ont moins souvent répondu que les autres, et, parmi les répondants, les personnes originaires d'Erythrée et du Soudan se déclarent en meilleure santé que celles originaires d'Afghanistan ou d'autres pays.

Les personnes n'étant pas passées par un **campement** considèrent plus fréquemment que les autres leur état de santé comme étant « moyen » (plutôt que bon ou très bon) ($p=0,02$).

Les personnes hébergées **hors Paris** se déclarent plus souvent en bonne ou très bonne santé (63% contre 47%) que celles hébergées dans les centres parisiens ($p < 0,001$).

⁵ Pas de différence significative selon la localisation du centre d'hébergement

Figure 10 : Etat de santé des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le pays de naissance



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

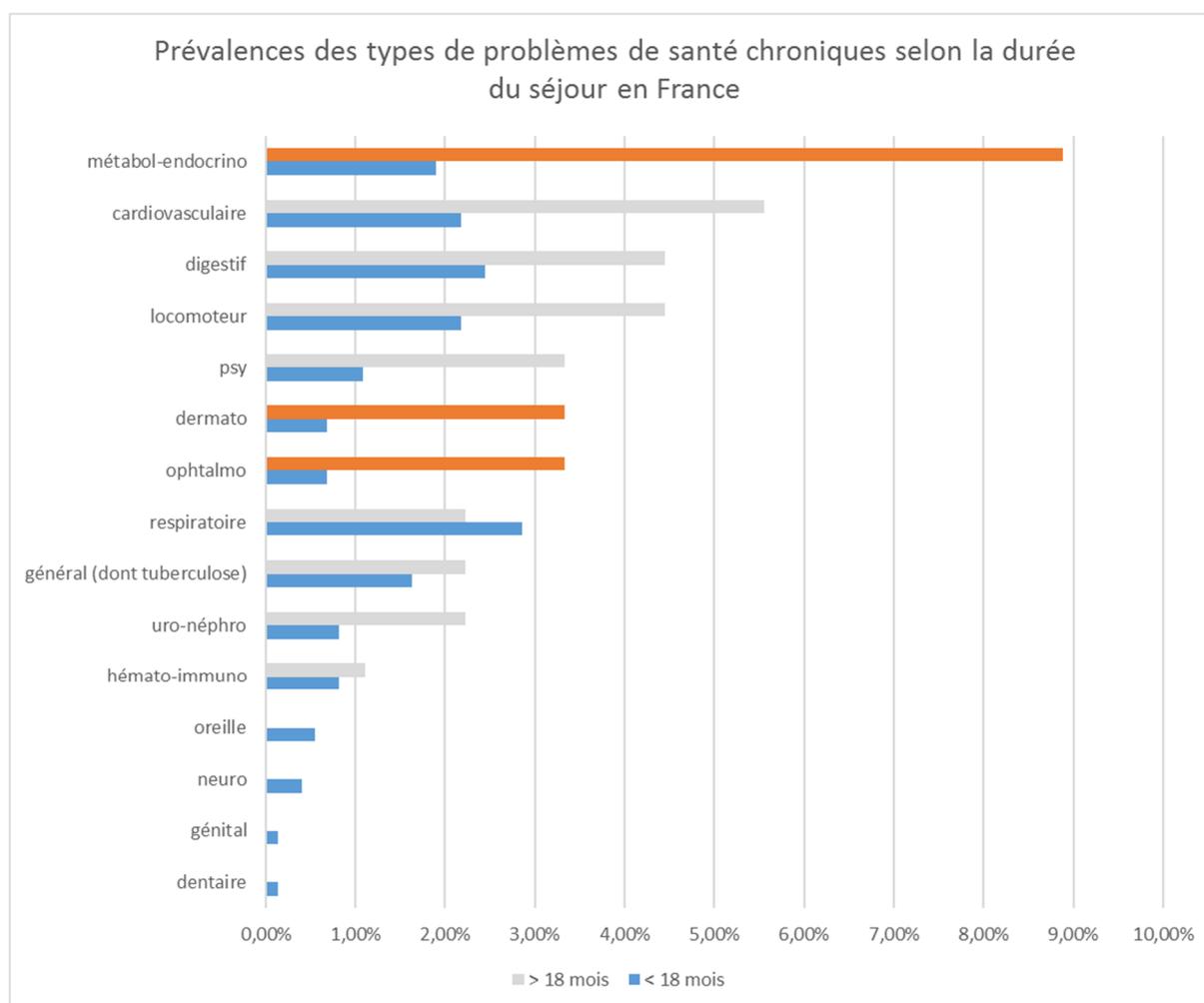
NB : Les proportions sont calculées parmi les répondants. Le taux de réponse à la question est plus faible pour les personnes originaires d'Afghanistan (84%) que pour les autres (93%)

PROBLEMES DE SANTE CHRONIQUES

Parmi les personnes arrivées en France **depuis moins de 18 mois**, 16% ont déclaré au moins un type de problème de santé chronique, dont 17% en cumulent au moins deux. Ceux qui touchent le système respiratoire sont les plus fréquents avec une prévalence de 2,7%, suivis par les problèmes du système digestif (2,4%) et du système métabolique, de nutrition et endocrinien (2%).

Parmi les personnes arrivées en France **depuis plus de 18 mois**, 32% déclarent un type de problème chronique, dont 52% en cumulent au moins deux. La fréquence globale des problèmes de santé chroniques déclarés est donc deux fois plus fréquente (différence significative sur le plan statistique) chez ces personnes que pour les autres. Les prévalences de chaque type de problème chronique sont toutes plus élevées (cf. figure 11), celles des troubles métaboliques ou endocriniens, des problèmes oculaires et des problèmes cutanés le sont de façon significative sur le plan statistique (les p-values au test de Fisher exact sont respectivement de 0,001, 0,047 et 0,047).

Ces différences peuvent être liées aux différences d'âge, mais aussi de couverture sociale, ou d'histoire migratoire ou à un biais de sélection.

Figure 11 : Prévalences de chaque type de problème de santé chronique selon la durée du séjour en France

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

NB : Les problèmes de santé ont été classés selon les grands chapitres de la Classification Internationale des Soins primaires 2^e révision (CISP2). En cas de différence significative (p -value < 0,05 au test exact de Fisher), les prévalences concernant les personnes arrivées en France depuis plus de 18 mois sont colorées en orange et non en gris

Lecture : Des troubles métaboliques ou endocriniens sont signalés par près de 2% des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, et par près de 9% de celles arrivées en France depuis plus longtemps.

Parmi les problèmes de santé chronique déclarés chez les personnes **en France depuis moins de 18 mois**, la moitié faisait l'objet d'un traitement, mais dans 28% des cas celui-ci était interrompu au moment du bilan. Pour les personnes en France depuis plus longtemps, la proportion de personnes malades sous traitement est identique, et celle des personnes en rupture de traitement est de 11% (différence non significative en raison des faibles effectifs).

Parmi ces personnes en France depuis moins de 18 mois, les proportions de celles déclarant au moins un type de problème de santé chronique, diffèrent de façon significative selon le **pays de naissance** (cf. tableau 8). Les prévalences des problèmes de santé chroniques de type cardiovasculaire, psychologique, métabolique ou endocrinien, et général (dont la tuberculose) sont également

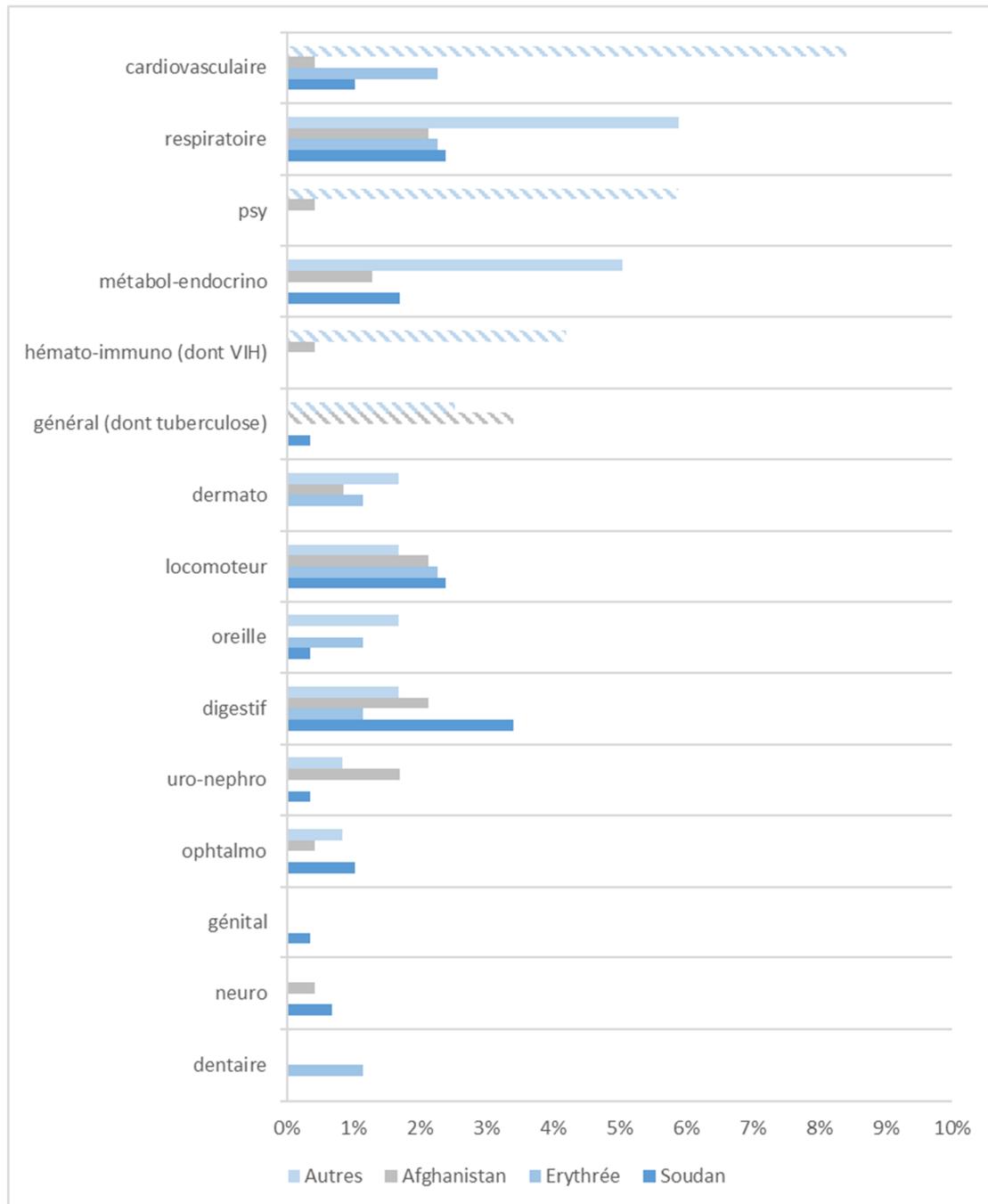
différentes de façon significative (les p-values calculées par le test exact de Fisher sont $< 0,001$ pour les deux premiers, de 0,01 pour les troubles métaboliques ou endocrinien, et de 0,01 pour les problèmes « généraux », cf. figure 12).

Tableau 8 : Mention de problèmes de santé chronique par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, selon leur pays de naissance

Pays de naissance	Soudan N = 246	Erythrée N = 71	Afghanistan N = 159	Autres N = 94	p- value
Proportion de personnes mentionnant au moins un type de problème de santé chronique	12%	9%	15%	32%	$<0,001$

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Figure 12 : Prévalences de chaque type de problèmes de santé chroniques déclarés par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le pays de naissance



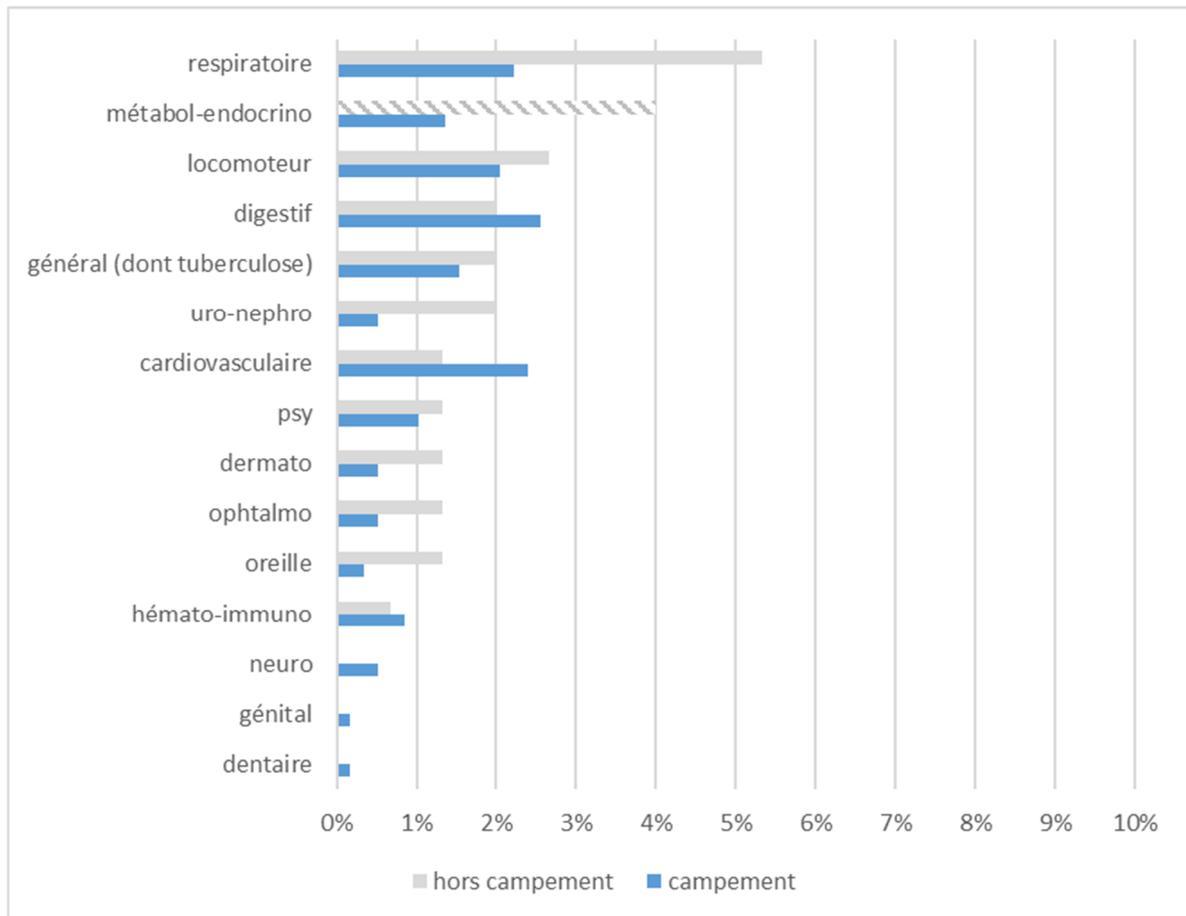
Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

NB : En cas de différence significative (p -value < 0,05 au test exact de Fisher), les prévalences sont hachurées

Lecture : Des troubles cardiovasculaires sont signalés par 1% des personnes originaires du Soudan, 2,3% de celles nées en Erythrée, 0,4% de celles venant d'Afghanistan, et par 8,4% de celles originaires d'autres pays

Les personnes qui ne sont pas passées par un **campement** déclarent plus souvent un problème de santé chronique de type métabolique ou endocrinien (p -value = 0,046 selon le test exact de Fisher, cf. figure 13), la fréquence de déclaration des autres types de problèmes chroniques est similaire que les personnes aient ou non séjourné dans un campement.

Figure 13 : Prévalences de chaque type de problème de santé chronique selon que les personnes sont ou non passées par un campement



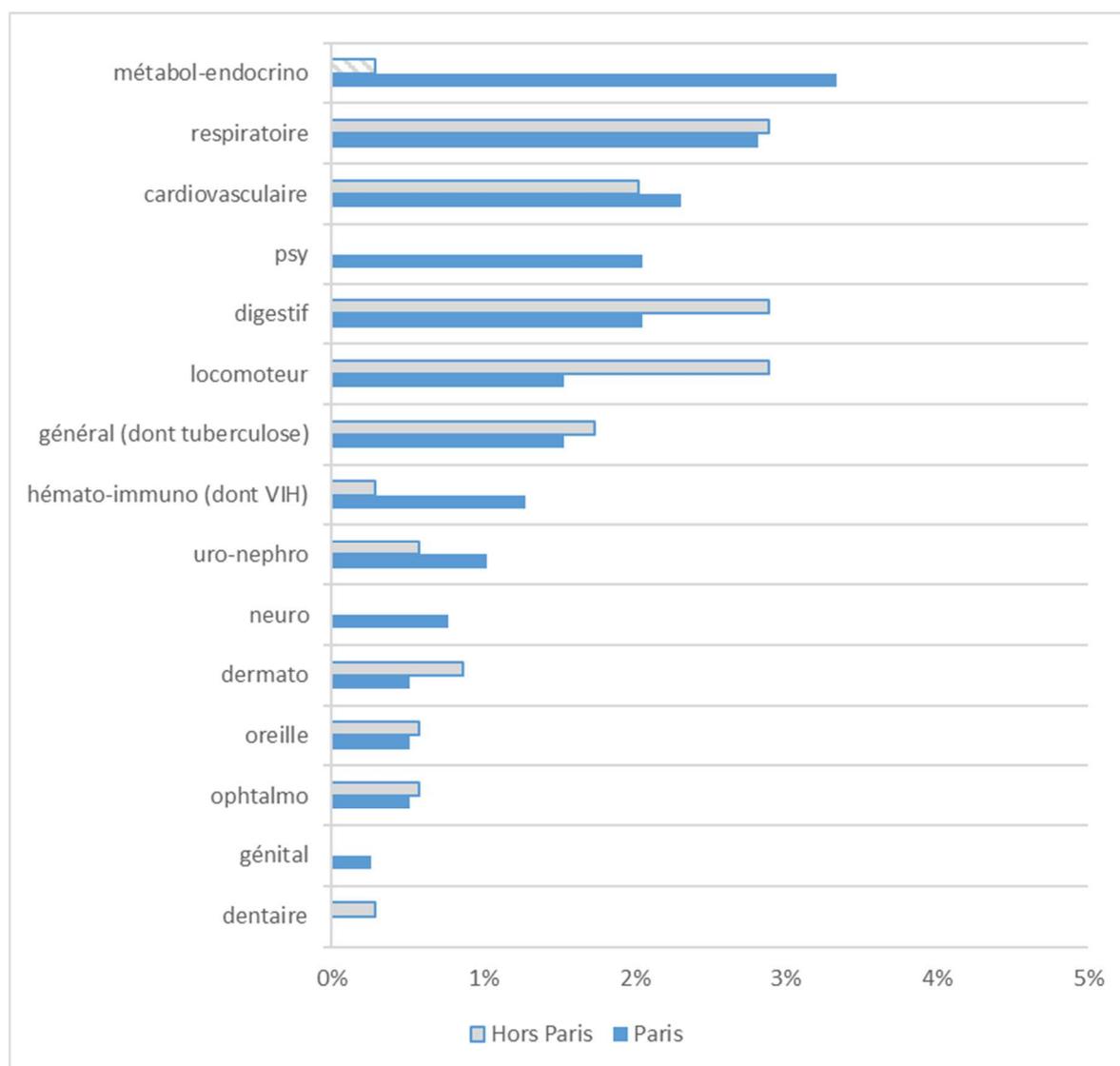
Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Île de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

NB : En cas de différence significative (p -value < 0,05 au test exact de Fisher), les prévalences concernant les personnes qui ne sont pas passées par un campement sont colorées en orange et non en gris

Lecture : Des troubles métaboliques ou endocriniens sont signalés par 1,4% des personnes ayant séjourné dans un campement, et par 4% de celles qui n'y ont pas séjourné.

Des problèmes de santé chroniques de type métabolique ou endocrinien, ou psychologiques, sont plus souvent mentionnés par les personnes hébergées **dans Paris** que par les autres (p-values au test exact de Fisher = 0,002 et 0,008) (cf. figure 14).

Figure 14 : Prévalences de chaque type de problème de santé chronique selon la localisation du centre d'hébergement



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

NB : Les En cas de différence significative (p-value < 0,05 au test exact de Fisher), les prévalences concernant les personnes hébergées dans Paris sont colorées en orange et non en gris

Lecture : Des troubles métaboliques ou endocriniens sont signalés par 0,3% des personnes hébergées hors de Paris, et par 3,3% de celles hébergées dans Paris.

AUTRES SYMPTOMES ET PLAINTES

Les symptômes et plaintes somatiques non chroniques sont très fréquents quelle que soit la durée du séjour en France (plus ou moins de 18 mois) (77% des personnes se plaignent d'au moins un type de symptôme, les plus fréquents étant les problèmes buccodentaires et la sensation de fatigue générale). Les plaintes somatiques les plus répandues sont les problèmes buccodentaires, qui touchent 32% des personnes, suivis des plaintes de fatigue générale (31%) et des problèmes ostéo-articulaires (20%). La population arrivée en France depuis **plus de 18 mois** déclare significativement moins souvent des symptômes cutanés (12% versus 22%, $p = 0,02$).

Parmi les personnes en France depuis **moins de 18 mois**, les proportions de celles déclarant au moins un type de symptôme non chronique, diffèrent de façon très significative **selon le pays de naissance** ($p < 0,001$ au test exact de Fisher) (cf. tableau 9). Un quart des personnes originaires d'un autre pays (que les trois principaux) a dit avoir au moins un problème chronique, contre 16% pour l'ensemble des personnes nées dans les trois pays principaux.

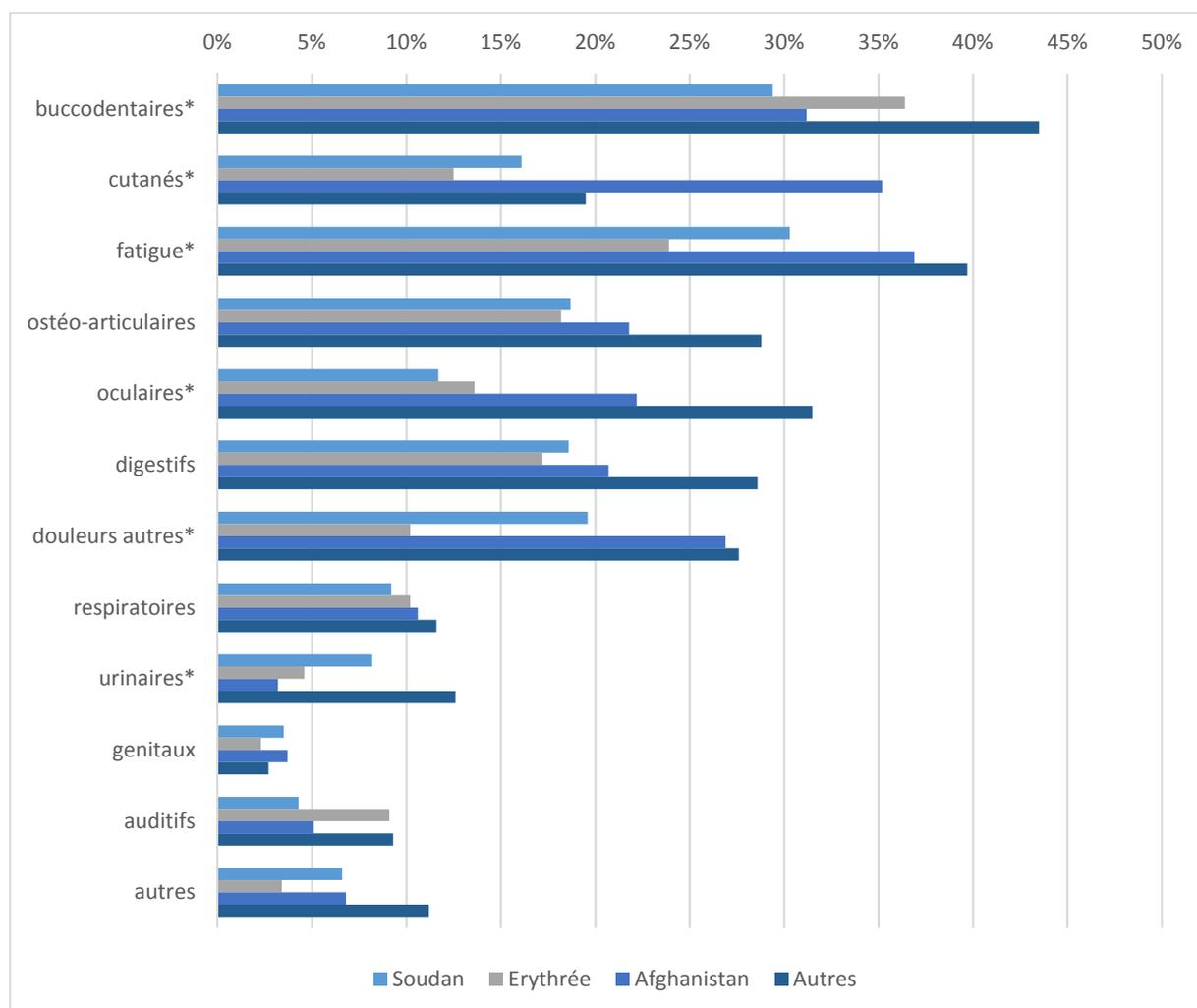
Tableau 9 : Mention de symptômes non chroniques par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le pays de naissance

Pays de naissance	Soudan N = 246	Erythrée N = 71	Afghanistan N = 159	Autres N = 94	p- value
Proportion de personnes mentionnant au moins un type de symptôme non chronique	14.6%	11%	22%	40%	<0.001

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Les fréquences de déclaration de certains types de symptômes diffèrent selon le pays de naissance : c'est le cas pour les symptômes urinaires, oculaires et cutanés ($p < 0,01$ au test exact de Fisher), ainsi que pour les problèmes buccodentaires et la fatigue ($p = 0,04$), cf. figure 15)

Figure 15 : Prévalences de chaque type de symptômes non chroniques déclarés par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le pays de naissance



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES

Le recueil d'informations comprenait quatre questions sur les symptômes psychologiques (troubles du sommeil, idées noires, crises de larmes, irritabilité), qui ne devaient être posées que si la personne n'avait pas déjà vu récemment un professionnel de santé mentale, ni ne souhaitait en rencontrer. En pratique, les infirmier.e.s n'ont pas toujours suivi ces consignes (questions non posées ou posées à des personnes ayant vu ou souhaitant voir un professionnel de santé mentale), et les personnes interrogées à ce sujet n'ont pas toutes souhaité répondre. Nous avons donc calculé la fréquence des réponses positives parmi toutes les personnes ayant répondu aux quatre questions, quel que soit le contexte.

Parmi les personnes arrivées en France depuis **moins de 18 mois** et qui ont répondu aux questions sur les symptômes psychologiques, 57% présentent au moins un symptôme psychologique (essentiellement des troubles du sommeil) et, parmi ces dernières, 36,5% présentent un symptôme

récurrent (présent souvent ou tous les soirs) et 12% en cumulent deux ou plus. Parmi les personnes ayant déclaré au moins un symptôme récurrent, 95% mentionnent qu'ils en souffrent depuis plus d'un mois. On retrouve des chiffres similaires pour les personnes présentes en France depuis plus de 18 mois.

La fréquence des symptômes récurrents parmi les personnes ayant répondu aux questions sur les symptômes ne diffère pas de façon significative selon le pays de naissance ou le passage par un campement. Bien qu'elle semble différer selon la localisation du centre (à Paris, 43% des personnes ayant un symptôme psychologique déclarent qu'il est récurrent tandis que ce n'est le cas que pour 29% dans le centre en banlieue, ces derniers sont plus nombreux à cumuler au moins deux problèmes, 16% sont dans ce cas contre 8% dans les centres parisiens), il est difficile de conclure car les infirmier.e.s travaillant auprès des centres de banlieue ont posé ces questions de façon quasi systématique alors que ce.u.x.lles travaillant dans les centres parisiens ne l'ont fait qu'une fois sur deux⁶.

Tableau 10 : Mention de symptômes psychologiques récurrents par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon la localisation du centre

	Paris	Hors Paris	p-value
Taux de réponse (les questions n'ont pas toujours été posées)	40%	54%	
	N=155	N=188	
Proportion de personnes mentionnant au moins un symptôme psychologique récurrent	34%	22%	0,003

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Île de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Mesures physiques et biologiques

INDICE DE MASSE CORPORELLE

Le statut pondéral des personnes a pu être calculé (indice de masse corporelle) pour plus de 85% des personnes dans les deux groupes. Ces mesures (cf. normes en annexe) montrent que l'insuffisance pondérale touche 6.4% des personnes arrivées depuis moins de 18 mois, et le surpoids 25% d'entre elles (parmi lesquelles près d'une personne sur cinq est obèse). La répartition selon le statut pondéral des personnes arrivées en France depuis plus longtemps diffère de façon significative ($p = 0,001$) : l'insuffisance pondérale y est plus rare (1,3%) et le surpoids plus fréquent (37%, parmi lesquelles près de 15% sont obèses). Ces différences peuvent être liées aux différences d'âge, mais aussi aux différences dans les trajectoires migratoires et de séjour sur le territoire français.

Parmi les personnes en France depuis moins de 18 mois, le taux de réponse diffère selon le pays de naissance, mais la répartition selon le statut pondéral parmi les répondants est similaire.

⁶ Les infirmiers travaillant dans les centres de banlieue ont également mieux respecté les consignes de filtrage pour ces questions.

PRESSION ARTERIELLE

Une seule mesure de la pression artérielle ne suffit pas à porter le diagnostic d'hypertension. A été considérée comme « hypertension artérielle possible » toute augmentation de la pression artérielle systolique au-dessus de 140 mm de mercure ou de la pression artérielle diastolique au-dessus de 90 mm de mercure, soit les valeurs de référence de l'Association Française de Cardiologie. La pression artérielle a pu être mesurée chez 94% des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois. Parmi celles ayant signalé être hypertendues, près des trois quarts avaient des chiffres tensionnels supérieurs aux normes, et parmi celles qui n'étaient pas hypertendues connues, 9% présentaient une hypertension possible. Pour les personnes arrivées en France depuis plus longtemps, les chiffres sont similaires.

Parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, la pression artérielle a été moins souvent mesurée pour les personnes originaires d'Afghanistan. La fréquence des résultats anormaux ne diffère pas selon le pays de naissance.

GLYCEMIE CAPILLAIRE

Les valeurs de référence pour l'analyse de la glycémie capillaire sont habituellement définies selon la durée du jeûne. En l'absence d'information fiable sur ce point, seule les glycémies supérieures à 1,50 g/L ont ici été retenues comme anormales. Parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, le test de glycémie capillaire a été réalisé dans 76% des bilans, et pour 12% de ces personnes, le chiffre était supérieur au seuil de normalité choisi. Parmi les personnes en France depuis plus longtemps, c'était deux fois plus souvent le cas (différence très significative sur le plan statistique, $p = 0,005$).

Parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, la glycémie capillaire a été moins souvent mesurée pour les personnes originaires d'Afghanistan. La fréquence des résultats anormaux ne diffère pas selon le pays de naissance.

Orientations sanitaires à l'issue des bilans

Les orientations proposées pouvaient varier en termes de délai (dans le mois, dans la semaine et besoin urgent). Pour les besoins identifiés demandant une orientation dans un délai inférieur à une semaine, la prise de rendez-vous par l'infirmier était proposée. Ces orientations pouvaient être vers un service d'urgences hospitalier, un psychologue ou un psychiatre, un médecin généraliste, un dentiste, ou un centre de PMI, ou une catégorie « autres », dont la médecine spécialisée (dermatologie, ophtalmologie, endocrinologie...etc.).

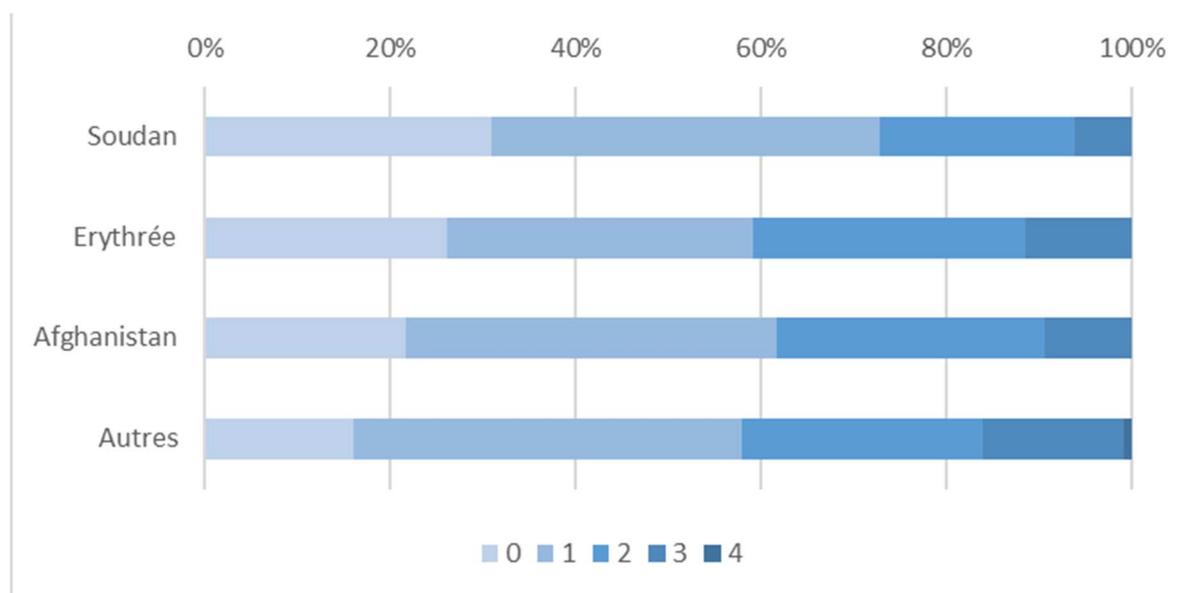
Les infirmier.e.s ont identifié au moins un besoin d'orientation sanitaire pour **75% des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois**, et pour **70% de celles arrivées en France depuis plus longtemps** (différence statistiquement non significative).

NOMBRE DE BESOINS D'ORIENTATION IDENTIFIES PAR PERSONNE

Au total, 982 orientations ont été proposées, 878 pour les personnes **arrivées depuis moins de 18 mois** et 106 pour celles arrivées depuis plus longtemps, soit 1,19 orientations pour le premier groupe et 1,15 pour le deuxième groupe, tous délais confondus. Parmi les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, 40% ont eu un conseil d'orientation, 27% en ont eu deux et 9% en ont eu trois. Tous délais confondus, les proportions de personnes ayant eu un, deux ou trois conseils d'orientation diffèrent peu entre les deux groupes. Une seule personne dans chaque groupe (respectivement 0,1 et 1%) a cumulé quatre conseils d'orientation.

Parmi les personnes **en France depuis moins de 18 mois**, le nombre de besoins d'orientation notés par personne diffère selon le **pays de naissance** ($p = 0,006$, cf. figure 16) : plus faible pour les personnes originaires du Soudan, plus élevé pour celles originaires de pays autres que le Soudan, l'Erythrée et l'Afghanistan.

Figure 16 : Répartition des nombres de besoins d'orientation identifiés par personne selon le pays d'origine (en France depuis moins de 18 mois)



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Île de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

DEGRE D'URGENCE DES BESOINS IDENTIFIES

On note l'existence de 47 orientations en urgence (quelle que soit la qualification sollicitée) : 45 pour les personnes arrivées **en France depuis moins de 18 mois** (soit 6% d'entre elles), et 2 pour celles présentes en France depuis plus longtemps (2%). Cependant les orientations vers les services d'urgences hospitaliers sont plus fréquentes pour les personnes arrivées en France depuis plus de 18 mois (2%, contre 0,5% pour celles arrivées en France plus récemment) (cf. tableau 11 et figure 17).

TYPES DE BESOINS IDENTIFIES

Les infirmier.e.s ont noté un besoin d'orientation (tous délais confondus) vers un centre de **PMI-PF** pour 4 des 19 femmes arrivées en France depuis moins de 18 mois, et pour une des 11 femmes en France depuis plus longtemps (différence non significative sur le plan statistique au test exact de Fisher).

Il.elle.s ont identifié un besoin d'orientation (tous délais confondus) vers un **médecin généraliste** pour 47% des personnes récemment arrivées en France, versus pour 39% de celles présentes en France depuis plus longtemps (différence non significative), et vers un dentiste pour 27% des personnes, quelle que soit la durée de leur séjour en France.

Un besoin d'orientation (tous délais confondus) vers un **professionnel de santé « autre »**⁷ a été identifié pour 9% des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, et pour 17% des personnes en France depuis plus longtemps. Dans les deux cas, l'ophtalmologie était la spécialité la plus demandée (pour 4% des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, et trois fois plus parmi celles en France depuis plus longtemps ($p < 0,001$)).

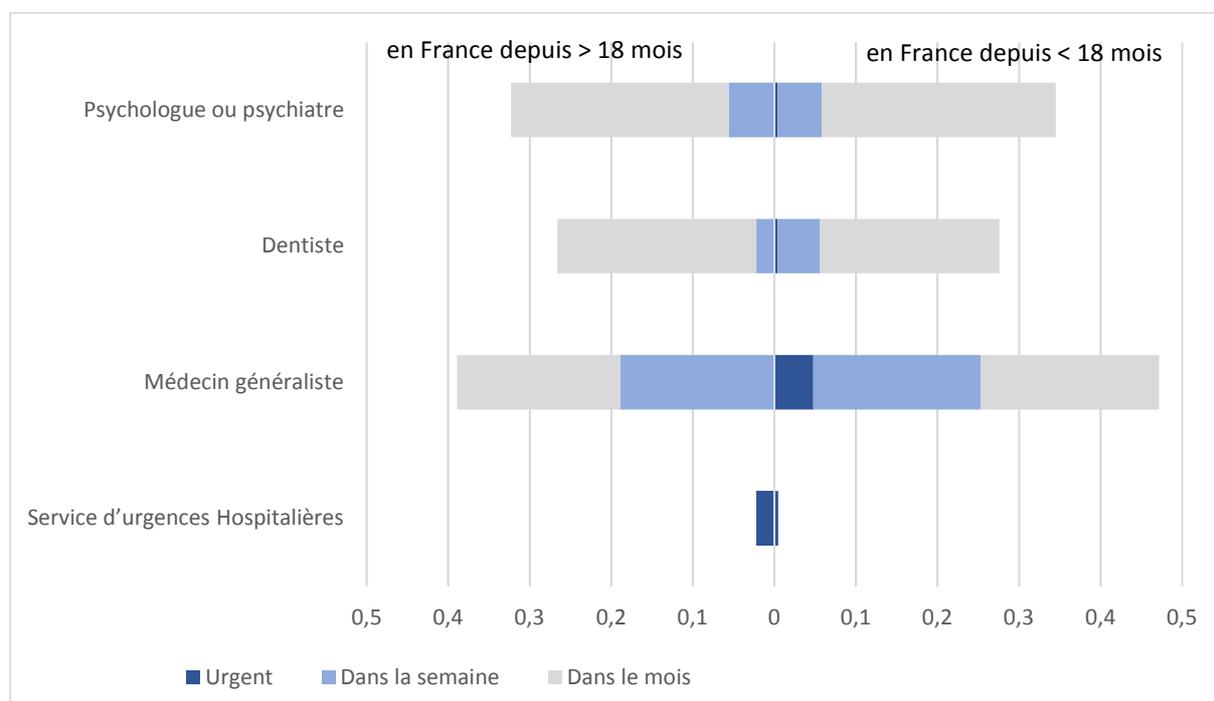
Tableau 11 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon la durée de leur séjour en France

Durée de séjour en France	< 18 mois (N= 736)				> 18mois (N= 90)			
	Urgent	Dans la semaine	Dans le mois	Tous délais confondus	Urgent	Dans la semaine	Dans le mois	Tous délais confondus
Service d'urgences Hospitalières	0,5%			0,5%	2,2%			2,2%
Médecin généraliste	4,8%	20,5%	21,9%	47%	0%	18,9%	20,0%	38,9%
Dentiste	0,4%	5,2%	22,0%	27,5%	0%	2,2%	24,4%	26,7%
Psychologue ou psychiatre	0,4%	5,4%	28,7%	34,5%	0%	5,6%	26,7%	32,2%
Centre de vaccinations				2,0%				2,2%
Ophtalmologiste				4,1%				12,2%
Dermatologue				1,5%				3,3%
Autre médecin spécialiste				1,1%				1,1%
Autres prof. de santé				0,4%				0%
Total	6,1%				2,2%			-

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

⁷ Autres que médecin généraliste, psychologue ou psychiatre, dentiste, urgentiste ou centre de PMI-PF

Figure 17 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon la durée de leur séjour en France



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

Un tiers des personnes en France **depuis moins de 18 mois** ont répondu oui à la question « *Souhaitez-vous rencontrer un psychologue ?* ». Parmi elles, l'infirmier.e a noté un besoin d'orientation vers un professionnel de santé mentale dans 90% des cas, et vers un médecin généraliste dans 5% des cas. Aucun besoin d'orientation n'a été noté pour 17% des personnes ayant au moins un symptôme psychologique récurrent. Parmi les autres, plus d'une sur quatre a été orientée vers un psychologue ou un psychiatre, et une sur quatre cumule trois orientations. Parmi les 45 personnes avec des symptômes psychologiques récurrents qui n'ont pas été orientés vers un tel professionnel, près de la moitié a été orientée vers la médecine générale (possiblement pour d'autres motifs associés). Les chiffres sont similaires pour les personnes arrivées en France depuis plus longtemps.

Parmi les personnes en France depuis moins de 18 mois, **le pays de naissance** n'a pas d'influence sur la fréquence de souhait déclaré de rencontrer un professionnel de santé mentale, ni sur la fréquence de mention d'un besoin d'orientation vers ce type de professionnel, mais il en a une sur la fréquence des autres besoins d'orientation identifiés :

- La mention d'un besoin d'orientation vers un service d'urgences hospitalier est significativement plus fréquente quand la personne est née dans un pays autre que Soudan, Erythrée ou Afghanistan ($p=0,01$ – test exact de Fisher) ;
- Celle d'un besoin d'orientation vers un médecin généraliste, tous délais confondus, est moins fréquente pour les personnes originaires du Soudan que pour les autres ($p = 0,03$) ;

- Celle d'un besoin d'orientation vers un dentiste, tous délais confondus, est moins fréquente pour les personnes originaires d'Afghanistan ou du Soudan que pour les autres ($p=0,04$).

Parmi ces mêmes personnes, **le fait d'avoir ou non séjourné dans un campement n'influence que peu les besoins d'orientation identifiés :**

- Les proportions de personnes pour lesquelles au moins un besoin d'orientation a été détecté sont similaires,
- Mais le nombre de besoins d'orientation mentionné est significativement plus important ($p=0,01$) pour les personnes qui ne sont pas passées par un campement que pour les autres.
- Les besoins identifiés ne diffèrent ni par le type de qualification requise (à l'exception du besoin d'orientation vers un centre de vaccinations) ni par le délai (cf. tableau 12).

Tableau 12 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon qu'elles sont ou non passées par un campement

Passage par un campement	Oui (N=586)				Non (N=150)			
	Urgente	Dans la semaine	Dans le mois	Tous délais confondus	Urgente	Dans la semaine	Dans le mois	Tous délais confondus
Service d'urgences Hospitalier	0,05%			0,05%	0,07%			0,07%
Médecin généraliste	4,6%	20,5%	21,2%	46,2%	5,3%	20,7%	24,7%	50,7%
Dentiste	0,5%	5,1%	21,5%	29,5%	0%	5,3%	24,0%	29,3%
Psychologue	0,5%	5,8%	27,8%	34,1%	0%	4,0%	32,0%	36,0%
Centre de vaccinations				0,1%				9,3%
Ophtalmologiste				3,9%				3,3%
Dermatologue				1,7%				0%
Autre médecin spécialiste				1,0%				1,3%
Autres prof. de santé				0,2%				1,3%
Total	6,5%				5,3%			-

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

La localisation du centre a une influence bien plus importante (cf. tableau 13 et figure 18) :

- Les conseils d'orientation vers la médecine générale sont significativement plus fréquents, tous délais confondus, dans les centres parisiens ($p < 0.001$). Ces différences sont essentiellement dues à une fréquence plus élevée des orientations non urgentes.
- Les besoins identifiés de prise en charge psychologique sont plus fréquents dans les centres hors Paris, tous délais confondus.
- Les orientations vers un professionnel de santé « autre » diffèrent significativement selon la localisation du centre ($p = 0,03$). Ils représentent 11,7% des orientations à Paris contre 6,3% dans les centres franciliens. Les orientations vers un centre de vaccinations ont été faites uniquement dans les centres localisés à Paris et essentiellement pour les bilans réalisés dans les premiers mois.

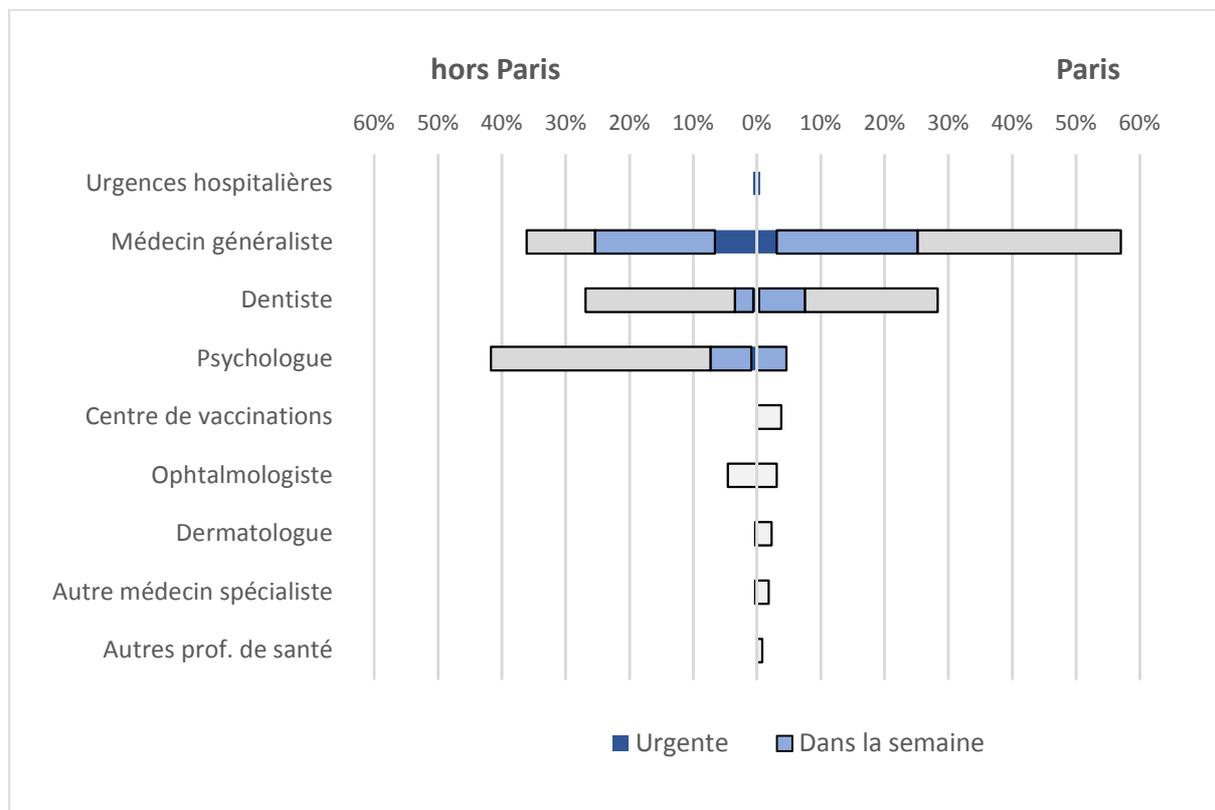
Tableau 13 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon la localisation du centre

Lieu d'hébergement	Dans Paris (N = 390)				Hors Paris (N = 346)			
	Urgente	Dans la semaine	Dans le mois	Tous délais confondus	Urgente	Dans la semaine	Dans le mois	Tous délais confondus
Urgences hospitalières	0,5%			0,5%	0,6%			0,6%
Médecin généraliste	3,1% ^x	22,1%	31,8% ^{xx}	57% ^{xx}	6,6% ^x	18,8%	10,7% ^{xx}	36,1% ^{xx}
Dentiste	0,3%	7,2% ^f	20,8%	28%	0,6%	2,9% ^f	23,4%	26,8%
Psychologue	0,0%	4,6%	23,6% ^{xx}	28% ^{xx}	0,9%	6,4%	34,4% ^{xx}	41,6% ^{xx}
Centre de vaccinations				3,8% ^{ff}				0% ^{ff}
Ophthalmologiste				3,1%				4,6%
Dermatologue				2,3% ^f				0,3% ^f
Autre médecin spécialiste				1,8%				0,3%
Autres prof. de santé				0,8%				0%
Total	3,8% ^{xx}				8,7% ^{xx}			

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

^x $p < 0,05$ au test de χ^2 - ^{xx} $p < 0,01$ au test de χ^2 - ^f $p < 0,05$ au test exact de Fisher - ^{ff} $p < 0,01$ au test exact de Fisher

Figure 18 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon la localisation du centre



Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

LIEUX D'ORIENTATION PRECISES (N=845)

L'orientation effective, après acceptation de la personne, a été précisée par les infirmier.e.s dans 310 cas (pour l'essentiel quand le bilan a été fait dans des centres situés dans Paris). Une seule orientation a été notée dans 166 cas, deux l'ont été dans 102 cas, et trois dans 42 cas, soit au total 496 orientations précisées. Les qualifications les plus souvent précisées étaient un médecin généraliste (217), un dentiste (107), un psychologue ou un psychiatre (102), et un médecin spécialiste (45).

Quand la qualification indiquée était **un psychologue ou un psychiatre** (n=102), les lieux d'orientation les plus souvent cités étaient les EMPP (73), sans plus de précision. Les lieux d'orientation les plus souvent cités pour les autres qualifications souhaitées sont précisés dans le tableau 14.

Tableau 14 : Lieux d'orientation les plus souvent cités selon la qualification souhaitée

Quand la qualification indiquée était un médecin généraliste (n=217) :			
Type de lieu	n	Lieux les plus souvent cités (>=5)	n
PASS ou hôpital	158	Hôtel Dieu	64
		Bichat	41
		Pitié Salpêtrière	20
		Tenon	11
		Saint Louis	9
		Saint Antoine	5
		Lariboisière	4
Centre de santé ⁸	50	Edison	12
		Belleville	13
		Boulevard Davout	5
		Médecins du Monde rue Parmentier	5
non précisé ou autre	23		
Quand la qualification indiquée était un dentiste (n=107) :			
Type de lieu	n	Lieux les plus souvent cités (>=5)	n
PASS ou hôpital	63	Pitié Salpêtrière	48
		Hôtel Dieu	7
Centre dentaire ou centre de santé	36	Edison	12
Urgences	2		
non précisé	6		
Quand la qualification indiquée était un médecin spécialiste (n=45) (essentiellement dermatologue et ophtalmologiste) :			
Type de lieu	n	Lieux les plus souvent cités	n
PASS ou hôpital	36	Saint Louis	13
		Rotschild	9
Centre dentaire ou centre de santé	8	Edison	3
		Belleville	3
non précisé ou autre	4		

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Ile de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

⁸ ou centre médico-social ou centre médical et dentaire

LES ORIENTATIONS EN URGENCE (N=845)

Dans les centres franciliens hors Paris, au moins un besoin d'orientation « en urgence » a été identifié dans 28 cas : 21 vers un médecin généraliste, 2 vers un dentiste, 2 vers un psychologue (ou psychiatre), 1 vers un service d'urgences hospitalier, 1 vers un service d'urgences hospitalier et un médecin généraliste (sic), et 1 vers un psychologue (ou psychiatre) et un médecin généraliste. Les orientations effectivement réalisées n'ont pas été précisées, sauf pour une personne, orientée vers le service d'urgences d'un hôpital de l'Essonne.

Dans les centres situés dans Paris, au moins un besoin d'orientation « en urgence » a été identifié dans 17 cas : 11 vers un médecin généraliste, 3 vers un service d'urgences hospitalier, 1 vers un dentiste, 1 vers un psychologue (ou psychiatre), et 1 vers un service d'urgences hospitalier et un médecin généraliste (sic). Les orientations effectivement réalisées ont été précisées dans 12 cas (cf. détail dans le tableau 15).

Tableau 15 : Lieux d'orientations précisés en cas de besoin d'orientation en urgence

Besoin identifié d'orientation en urgence	Orientation effectuée vers ...
un service d'urgences hospitalier (seul ou non)	Urgences des hôpitaux Bichat, St Antoine et Tenon (1 cas non précisé)
un médecin généraliste (seul)	PASS des hôpitaux Bichat, Hôtel-Dieu (3), St Antoine (2) Urgences de l'hôpital Cochin (sic) Médecin dans le centre d'hébergement (1)
un psychologue ou psychiatre (seul)	CPOA Sainte Anne

Source : Bilans sanitaires d'orientation réalisés auprès de personnes migrantes accueillies dans des centres d'hébergement d'Île de France entre octobre 2015 et mars 2016 - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

CONCLUSIONS

On estime que **15% des personnes évacuées des campements en Ile-de-France ont pu bénéficier du bilan d'orientation infirmier**. Dans les centres visités, environ la moitié des personnes visées n'a pas souhaité rencontrer les infirmier.e.s ou n'étaient pas présentes lors de leurs visites. Les limites budgétaires n'ont pas non plus permis d'élargir le dispositif pour qu'il soit opérant dans chaque centre et qu'il puisse toucher également une population qui jusqu'à maintenant n'a pas été couverte, celle des centres ou hôtels accueillant des femmes et des enfants.

Nous nous sommes intéressées plus particulièrement à la population arrivée en France depuis moins de 18 mois, c'est-à-dire issue de la récente vague migratoire. Ces personnes constituaient la cible initiale du dispositif, lié aux évacuations des campement parisiens. Les parcours des personnes ayant effectivement participé aux bilans sont plus hétérogènes (plus de 20% des bilans réalisés ont été faits pour des personnes n'étant pas passées par un campement, et 10% pour des personnes arrivées en France depuis plus de 18 mois, qu'elles soient ou non passées par un campement).

Les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois

Cette population reste majoritairement masculine, jeune et célibataire, et quand les enquêté.e.s sont marié.e.s, leur conjoint.e n'est pas en France. Logiquement, le ressenti de la solitude est très élevé. Trois pays d'origine sont beaucoup plus représentés que les autres : le Soudan, l'Afghanistan et l'Erythrée (respectivement 40%, 32% et 12%).

L'information sur la couverture maladie n'a pas été systématiquement demandée, puisque le recueil de cette information n'était pas prévu dans la première version du questionnaire, conçue pour des personnes sans couverture sociale car arrivées depuis peu sur le sol français. Des modifications du questionnaire ont été faites par la suite. En définitive, nous avons cette information uniquement pour les personnes hébergées dans les centres parisiens et elle n'est disponible que dans la moitié des cas. Une personne sur quatre a indiqué avoir une telle couverture. Les personnes ne semblent pourtant pas très éloignées d'un suivi médical puisque 70% ont rencontré un professionnel de santé dans l'année écoulée.

Les problèmes chroniques touchent 16% d'entre elles. Les systèmes les plus fréquemment touchés sont les systèmes respiratoire, digestif et métabolique ou endocrinien. La moitié des personnes ayant déclaré au moins une maladie chronique ont déjà reçu un traitement pour ce problème, mais ce traitement était interrompu dans 28% des cas au moment du bilan.

D'autres symptômes ou plaintes somatiques non chroniques sont mentionnés par les trois-quarts des personnes. Les plus fréquents sont les problèmes buccodentaires et ostéo-articulaires.

Le statut pondéral des personnes a pu être calculé dans plus de 85% des cas. Ces mesures montrent que le surpoids est fréquent (une personne sur quatre). La pression artérielle a pu être mesurée chez 94% des personnes : parmi celles qui n'étaient pas hypertendues connues, 9% présentaient une hypertension possible, et parmi celles ayant signalé être hypertendues, près des trois quarts avaient des chiffres tensionnels supérieurs aux normes. Enfin, le test de glycémie capillaire a pu être réalisé dans 76% des bilans et 12% des personnes présentaient des chiffres supérieurs au seuil de normalité choisi.

Plus de la moitié avait au moins un des quatre symptômes psychologiques explorés⁹ (essentiellement des troubles du sommeil), ce ou ces symptômes étai(en)t presque toujours présent(s) depuis plus d'un mois, et récurrent(s) dans un tiers des cas. Les antécédents de recours à des spécialistes en santé mentale sont faibles : une personne sur dix seulement a dit avoir vu un tel spécialiste et très peu ont participé aux séances collectives qui devaient être organisées par les EMPP¹⁰ dans les centres parisiens. De telles séances semblent avoir rarement eu lieu dans les faits. Il est aussi possible qu'existent des réticences face à de telles consultations, liées à des préconceptions culturelles négatives et à des difficultés d'accès à ces services dans les pays d'origine.

A l'issue des bilans, les trois quarts des personnes se sont vues proposer au moins une orientation sanitaire, et au total 878 orientations ont été proposées. Les infirmier.e.s ont jugé que 45 de ces propositions d'orientation relevaient de l'urgence (6% des personnes). Une orientation vers un généraliste a été proposée à 47% des personnes, tandis que 34,5% se sont vues proposer une orientation vers un professionnel de santé mentale, 27% vers un dentiste et 9% un autre professionnel de santé, essentiellement un ophtalmologiste.

Un tiers des personnes avait exprimé le souhait de rencontrer un psychologue ou un psychiatre. Une orientation de ce type leur a été proposée dans 90% des cas. Pour 17% des personnes ayant au moins un symptôme psychologique récurrent, aucun besoin d'orientation n'a été noté.

Le pays de naissance a une incidence non négligeable sur :

- ✓ la couverture sociale maladie (plus souvent présente, bien que de façon toujours minoritaire, chez les personnes originaires d'Afghanistan ou d'autres pays que le Soudan ou l'Erythrée),
- ✓ la prévalence globale des problèmes de santé chronique (de moins de 10% pour les érythréens à près d'un tiers pour les personnes originaires d'autres pays que les trois cités),
- ✓ la fréquence globale des symptômes non chroniques (à l'inverse plus élevée chez les personnes originaires d'Erythrée ou du Soudan)
- ✓ et les propositions d'orientation : vers un service d'urgence hospitalier (moins fréquentes pour les migrant.e.s originaires des trois pays les plus représentés), vers un généraliste (moins fréquentes pour les Soudanais.e.s) et vers un dentiste (moins fréquentes pour les Soudanais.e.s et les Afghan.e.s).

Des différences significatives ont été observées dans les conseils d'orientation donnés selon que le centre était dans ou hors de Paris, et donc selon que les bilans étaient faits par des infirmier.e.s du SSP ou de la CRF. Les personnes hébergées dans des centres parisiens se sont plus souvent vues proposer une orientation vers un médecin généraliste et vers un dermatologue. Ces personnes n'étaient pourtant pas plus âgées et ne déclaraient pas plus de problèmes de santé. A l'inverse, celles hébergées hors de Paris ont plus souvent reçu des conseils d'orientation vers un professionnel de santé mentale, et les questions relatives aux symptômes psychologiques leur ont été posées de façon plus systématique¹¹. Les orientations vers un service de vaccination ont été faites uniquement dans les

⁹ troubles du sommeil, idées noires, crises de larmes, irritabilité

¹⁰ EMPP = équipes mobiles psychiatrie précarité

¹¹ Ces différences rendent les réponses peu comparables.

centres localisés à Paris et essentiellement pour les bilans réalisés dans les premiers mois. Ces différences semblent plus liées à des différences de pratiques qu'à des différences de profils des personnes. Les orientations proposées ne sont pas toutes suivies d'effets, et il existe sans doute à ce niveau des différences entre Paris et la banlieue, mais il est impossible d'en rendre compte à partir du recueil d'information.

Les personnes ayant **séjourné dans un campement (les 4/5^e de la population)** sont plus souvent originaires du Soudan, d'Afghanistan ou d'Erythrée. Elles sont moins souvent « très jeunes » (moins de 24 ans), et plus souvent mariées, disent plus souvent avoir un soutien social et moins souvent « se sentir très seules ». Elles ont un peu moins souvent une couverture sociale maladie et disent plus souvent avoir dû renoncer à des soins depuis qu'elles sont en France. Elles ne déclarent pas plus souvent des problèmes de santé, et les besoins d'orientation sanitaire identifiés à l'issue des bilans sont similaires à ceux des personnes qui n'ont pas séjourné dans un campement.

Les personnes arrivées en France depuis plus de 18 mois

Elles sont très minoritaires (11% des bilans) et se révèlent assez différentes des précédentes.

Elles ont effectivement moins souvent séjourné dans un campement. Leurs pays d'origine sont beaucoup plus diversifiés, et les bilans ont pu être plus souvent réalisés en français. Elles sont un peu plus âgées, et ce sont plus souvent des femmes ou des personnes en famille, même si ces deux catégories restent très minoritaires. Elles ont beaucoup plus souvent une couverture sociale maladie.

Elles déclarent deux fois plus souvent un ou des problème(s) de santé chronique(s), les différences les plus marquées concernent les problèmes endocriniens ou métaboliques (4 à 5 fois plus fréquents), pour l'essentiel des diabètes. Elles sont aussi plus souvent en surpoids, et leur glycémie capillaire est deux fois plus souvent supérieure à 1,5 g/L.

La fréquence des besoins d'orientation sanitaire identifiés par les infirmier.e.s est similaire à celle des personnes arrivées plus récemment en France, voire dans certains cas plus élevée (besoin d'orientation vers un ophtalmologiste). Au total 106 orientations ont été proposées (dont 2 en urgence) pour 70% des personnes.

La nature et le lieu des orientations effectives (tous bilans)

La nature et le lieu de l'orientation effective ont été précisés en cas d'acceptation de la proposition d'orientation par la personne et pour les seuls bilans effectués dans des centres situés dans Paris. Les structures les plus sollicitées en cas d'orientation vers un médecin généraliste sont **des PASS, des services hospitaliers et des centres de santé** situés à proximité du centre d'hébergement. Quand le besoin identifié concerne des soins dentaires, la personne est principalement orientée vers la PASS de la Pitié-Salpêtrière ou vers un centre de santé. Quand il s'agit de rencontrer un psychologue ou un psychiatre, les EMPP sont les structures spécialisées les plus mentionnées, sans plus de précisions. Quand le besoin identifié relevait d'un médecin spécialiste (essentiellement dermatologie et ophtalmologie), les PASS spécialisées (Hôpital Saint-Louis et Fondation Rothschild) ont été conseillées.

Ces « orientations effectives » sont celles notées en fin de bilan, il n'est pas possible sur cette base de dire dans quelle mesure les personnes sont allées consulter, ni dans quels délais ni comment elles y ont été reçues.

Au total

Les personnes n'ayant pas séjourné dans un campement (et qui ont eu ce bilan parce qu'elles étaient hébergées dans les centres, alors qu'elles n'en étaient pas la cible principale), ou arrivées en France depuis plus de 18 mois, semblent avoir autant, sinon plus, de besoins de santé non ou mal pris en charge. Ceci peut être la résultante d'une sélection préalable de personnes en plus mauvaise santé, d'elles-mêmes ou à l'initiative des responsables des centres. Le fait d'être dans un centre d'hébergement d'urgence, quand on n'a pas bénéficié d'un droit de priorité pour l'hébergement (du fait d'une évacuation de campement) est aussi, en soi, la conséquence d'un écrémage dans un contexte de pénurie de places d'hébergement d'urgence¹². Dans ce contexte la pertinence d'un ciblage des bilans sur les seules personnes évacuées de campements est discutable.

Les différences d'identification de problèmes de santé mentale et de besoins d'orientation liées à la localisation du centre reflètent, au moins en partie, des différences de pratiques entre les deux opérateurs, qui se retrouvent dans le fait d'avoir ou non posé les questions relatives aux symptômes psychologiques.

De nombreuses personnes n'ont aucune couverture sociale maladie, même après plusieurs mois de séjour en France, voire dans les centres d'hébergement.

Enfin les personnes originaires du Soudan et de l'Erythrée semblent dans une situation encore plus difficile que les autres en ce qui concerne leur couverture maladie et leur recours aux soins. Elles déclarent moins souvent des problèmes de santé chroniques (possiblement sous-diagnostiqués) mais plus souvent au moins un autre symptôme, et auraient plus souvent besoin d'une orientation sanitaire.

Plusieurs **recommandations** peuvent être faites ou rappelées à l'issue de ces analyses :

Il est nécessaire d'harmoniser les pratiques de recueil d'informations et de conseils d'orientation : l'organisation d'échanges entre les infirmier.e.s des deux organismes en charge des bilans est indispensable.

Il faut apporter un soutien aux infirmier.e.s en charge des bilans sur les questions de santé mentale.

Il faut renforcer l'information et le soutien des migrants sur leurs droit en matière de couverture sociale maladie et les démarches à accomplir dans ce sens.

¹² Voir : Gardella E, Arnaud A : *Le sans-abrisme comme mode d'habiter : caractériser statistiquement et expliquer qualitativement le non-recours aux hébergements sociaux*. ONPES, Rapport intermédiaire, février 2016.

Fassin D., 2010, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Le Seuil, Gallimard.

Pelchat Y., Gagnon É. et Thomassin A., 2006, « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale », *Lien social et Politiques*, n° 55, p. 55-66.

Quand le centre visité héberge d'autres personnes sans domicile que celles évacuées de campements, et qu'elles demandent à bénéficier d'un bilan (ou que le responsable du centre l'estime utile), les infirmier.e.s doivent pouvoir accéder à cette demande.

ANNEXES

INTERPRETATION DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE SELON L'OMS

Classification	Valeur de l'IMC (en kg/m ²)
Insuffisance pondérale	< 18.5
<i>Insuffisance pondérale sévère</i>	< 16.5
<i>Insuffisance pondérale modérée</i>	16.00 - 16.99
<i>Insuffisance pondérale légère</i>	17.00 - 18.49
Corpulence normale	18.50 - 24.99
Surpoids	≥ 25.00
<i>Pré-obésité</i>	25.00 - 29.99
<i>Obésité</i>	≥ 30.00
<i>Obésité de classe I</i>	30.00 - 34.99
<i>Obésité de classe II</i>	35.00 - 39.99
<i>Obésité de classe III</i>	≥ 40.00

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Questionnaires exploitables : répartition des personnes selon les centres d'hébergement	8
Tableau 2 : Age des personnes enquêtées selon leur pays de naissance : indicateurs de tendance moyenne et de dispersion	12
Tableau 3 : Conditions du séjour en France avant l'entrée dans le centre, et durées de séjour dans le centre, des personnes évaluées selon leur durée de séjour en France	15
Tableau 4 : Pays de naissance des personnes selon leur durée de séjour en France	20
Tableau 5 : Parcours des personnes enquêtées avant leur entrée dans le centre selon leur durée de séjour en France.....	21
Tableau 6 : Accès aux soins des personnes enquêtées selon leur durée de séjour en France	25
Tableau 7 : Accès aux soins des personnes enquêtées selon le pays de naissance	26
Tableau 8 : Mention de problèmes de santé chronique par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois, selon leur pays de naissance	30
Tableau 9 : Mention de symptômes non chroniques par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le pays de naissance.....	34
Tableau 10 : Mention de symptômes psychologiques récurrents par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon la localisation du centre	36
Tableau 11 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon la durée de leur séjour en France	39
Tableau 12 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon qu'elles sont ou non passées par un campement	41
Tableau 13 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon la localisation du centre.....	42
Tableau 14 : Lieux d'orientation les plus souvent cités selon la qualification souhaitée	44
Tableau 15 : Lieux d'orientations précisés en cas de besoin d'orientation en urgence	45

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des personnes par mois d'arrivée dans le centre et selon pays d'origine	10
Figure 2 : Distribution des personnes selon leur date d'arrivée dans le centre, et leur passage par un campement	11
Figure 3 : Age des personnes enquêtées selon leur pays de naissance	13
Figure 4 : Répartition des bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et mars 2016 selon la durée du séjour en France, le passage dans un campement et la localisation du centre d'hébergement	14
Figure 5 : Distribution des délais entre entrée dans le centre et évaluation infirmière (en mois) selon la durée de séjour en France.....	16
Figure 6 : Délai entre l'entrée dans le centre et l'évaluation infirmière selon le pays de naissance	17
Figure 7 : Distribution par âge et sexe des personnes selon leur durée de séjour en France	19
Figure 8 : Durée de migration selon le pays de naissance des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois.....	22
Figure 9 : Répartition des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le nombre de pays où elles disent avoir séjourné, selon leur pays de naissance	23
Figure 10 : Etat de santé des personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le pays de naissance	28
Figure 11 : Prévalences de chaque type de problème de santé chronique selon la durée du séjour en France..	29
Figure 12 : Prévalences de chaque type de problèmes de santé chroniques déclarés par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le pays de naissance	31
Figure 13 : Prévalences de chaque type de problème de santé chronique selon que les personnes sont ou non passées par un campement	32
Figure 14 : Prévalences de chaque type de problème de santé chronique selon la localisation du centre d'hébergement	33
Figure 15 : Prévalences de chaque type de symptômes non chroniques déclarés par les personnes arrivées en France depuis moins de 18 mois selon le pays de naissance.....	35
Figure 16 : Répartition des nombres de besoins d'orientation identifiés par personne selon le pays d'origine (en France depuis moins de 18 mois).....	38
Figure 17 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon la durée de leur séjour en France	40
Figure 18 : Proportion des personnes auxquelles une orientation sanitaire a été conseillée selon la localisation du centre.....	43