

PROFIL SOCIO-SANITAIRE ET BESOINS DE  
SUIVI SANITAIRE DES PERSONNES  
ACCUEILLIES DANS LES STRUCTURES  
D'ÎLE-DE-FRANCE HEBERGEANT DES  
MIGRANTS EVACUES DE CAMPEMENTS  
DE FORTUNE PARISIENS

*Bilans infirmiers d'orientation  
réalisés entre avril et décembre 2016*

Andrea Guisao, Mathilde Quéré, Françoise Riou

Septembre 2017



## **Remerciements**

Ce travail est financé par l'Agence Régionale de Santé d'Île-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 d'Herminie Dubois, Jeanne Akoman et Staël Jangal pour la saisie et le codage des données, et de la relecture attentive d'Amandine Arnaud, Erwan Le Mener, Constance Devillers et Anne Laporte.

Merci à tous !

## LISTE DES SIGLES UTILISES

ARSIF : Agence Régionale de Santé d'Île-de-France

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CISP2 : Classification Internationale des Soins Primaires 2<sup>e</sup> révision

CRF : Croix-Rouge Française

DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

ESI : Espace Solidarité Insertion

IMC : Indice de Masse Corporelle

ISM : Inter Service Migrants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHRH : Pôle Hébergement et Réservation Hôtelière

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRIF : Préfecture de la Région d'Île-de-France

SSP : Samu Social de Paris

## TABLE DES MATIERES

RESUME.....	7
1 CONTEXTE ET OBJECTIFS DES BILANS INFIRMIERS.....	11
2 LES BILANS INFIRMIERS .....	12
2.1 Bilans effectués et fiches analysées .....	12
2.2 Plusieurs dizaines de structures d'hébergement différentes .....	14
2.3 Une durée de présence dans la structure très variable.....	14
2.4 L'arabe a été la langue la plus utilisée .....	15
3 DONNEES RECUEILLIES LORS DES BILANS INFIRMIERS ET LEUR TRAITEMENT .....	16
3.1 Informations recueillies et modalités du recueil .....	16
3.2 Codage et saisie des données.....	17
3.3 Codages secondaires et analyses .....	18
3.4 Analyses multivariées .....	20
4 PROFILS DES PERSONNES VUES EN BILAN.....	21
4.1 Pour la plupart des hommes jeunes, originaires du Soudan et d'Afghanistan.....	21
4.2 Avant l'arrivée en France : des parcours migratoires variés .....	22
4.3 Des lieux de vie précaires, un sentiment de solitude très présent.....	23
4.4 Un accès aux soins limité.....	24
4.5 De fréquents problèmes de santé somatique déclarés.....	24
4.5.1 Moins d'une personne sur dix estime être en mauvais état de santé.....	24
4.5.2 Plus d'une sur quatre déclare au moins un problème de santé somatique « durable » .....	25
4.5.3 La grande majorité a au moins un problème de santé somatique de moindre durée .....	26
4.6 Des éléments évoquant une souffrance psychique dans un cas sur trois.....	26
4.7 Des hypertension artérielles et des diabètes souvent hors de contrôle .....	27
4.7.1 Indice de Masse Corporelle .....	27
4.7.2 Pression artérielle .....	27
4.7.3 Glycémie capillaire.....	27
4.8 Orientations sanitaires à l'issue des bilans infirmiers .....	28
5 VARIATIONS PAR RAPPORT AUX BILANS DE LA PERIODE PRECEDENTE .....	30
6 QUELQUES PARTICULARITES POUR LES FEMMES .....	31
6.1 Plus âgées que les hommes, et plus souvent accompagnées .....	31
6.2 Des différences marquées concernant le pays d'origine et la durée du parcours migratoire .....	31
6.3 Des non réponses sur la couverture sociale et des besoins de soins plus fréquents .....	32
6.4 Un défaut important de prévention en termes de santé sexuelle et reproductive .....	32
6.5 Une plus forte fréquence des éléments évoquant une souffrance psychique.....	32
6.6 Plus d'orientations vers des services spécifiques, aux dépens de la médecine générale .....	32
7 VARIATIONS SELON LE PAYS D'ORIGINE.....	34

7.1	Les personnes venant de Somalie sont plus souvent hébergées dans Paris...	34
7.2	... Et elles sont présentes dans la structure d'hébergement depuis moins longtemps	34
7.3	Des femmes plus nombreuses parmi les personnes nées en Somalie et en Erythrée	35
7.4	Des parcours migratoires plus courts mais plus complexes depuis l'Afghanistan	36
7.5	Des durées de présence en France et des fréquences de séjour en campement variables	38
7.6	Une couverture sociale moindre pour les personnes originaires d'Erythrée	39
7.7	Les prévalences varient pour plusieurs classes de problèmes de santé	40
7.7.1	Problèmes de santé somatiques durant depuis plus de six mois	40
7.7.2	Problèmes de santé somatiques durant depuis moins de six mois	41
7.7.3	Présence d'éléments évocateurs de souffrance psychique	42
7.8	Les orientations vers un généraliste ou un dentiste varient selon le pays d'origine	43
8	VARIATIONS SELON LA PERIODE DU BILAN	44
8.1	Des bilans plus souvent réalisés dans Paris pendant La période estivale	44
8.2	Des durées de présence dans la structure d'hébergement au moment du bilan plus courtes en fin d'année, par construction	44
8.3	Des durées de présence en France au moment du bilan plus courtes pendant l'été	45
8.4	Des besoins et des refus de soins variables selon les périodes	45
8.5	L'expression des problèmes de santé varie selon les périodes	46
8.5.1	Problèmes de santé somatiques	46
8.5.2	Signes évocateurs de souffrance psychique	48
8.6	Des besoins d'orientation plus souvent identifiés en juillet et août	48
9	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	50
	ANNEXES	53
	Annexe 1 : Répartition des bilans selon les structures d'hébergement visitées par les infirmier.e.s	55
	Annexe 2 : Liste des campements fréquentés et nombre de personnes concernées	59
	Annexe 3 : Prévalences standardisées sur l'âge de chaque type de problème de santé somatique durant depuis plus de 6 mois), selon le pays d'origine	61
	Annexe 4 : Résultats des analyses multivariées	63
	Au moins un problème de santé déclaré durant depuis plus de 6 mois	63
	Au moins un problème de santé déclaré durant depuis moins de 6 mois	64
	Présence d'un ou plusieurs éléments évocateur(s) d'une souffrance psychique*	65
	Au moins un besoin d'orientation sanitaire identifié à l'issue du bilan infirmier	66
	Annexe 5 : Questionnaire (version octobre 2016)	67
	LISTE DES TABLEAUX	77
	LISTE DES FIGURES	79

## RESUME

**Entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 2016, un peu plus de 3000 bilans sanitaires d'orientation** ont été réalisés par des infirmier.e.s, assisté.e.s d'interprètes, dans les structures d'hébergement franciliennes qui accueillent les migrants évacués des campements « de fortune » parisiens. **Ces bilans, facultatifs, comportaient une liste de questions standardisées et quelques mesures de base (poids, taille, pression artérielle et glycémie capillaire). Ils ont été proposés à chaque fois que possible, mais n'ont pu l'être à toute personne évacuée en raison de la massification des évacuations.**

**Les données recueillies à cette occasion ont été analysées pour 2580 personnes arrivées en France à partir du 1<sup>er</sup> mai 2015 ; les deux-tiers de ces bilans ont été réalisés dans des structures situées en dehors de la capitale.**

### CONDITIONS DE REALISATION DES BILANS

**Près de la moitié de ces bilans infirmiers ont pu être réalisés dans le mois qui a suivi l'entrée dans la structure d'hébergement** où ils se sont déroulés (ce n'était le cas que pour 10% des bilans infirmiers réalisés entre octobre 2015 et mars 2016). **La langue arabe a été utilisée dans près d'un bilan sur deux.**

### PROFILS DES PERSONNES

**Il s'agit d'hommes dans près de 95% des cas, et leur âge médian est de 25 ans** (seuls 5% sont âgés de 40 ans ou plus). Un sur trois dit n'avoir jamais été scolarisé. Ils sont le plus souvent célibataires, et très rarement accompagnés de leur famille même s'ils sont mariés. Les deux-tiers se sentent isolés ou très isolés.

**Près d'une personne sur deux est née au Soudan, et une sur trois en Afghanistan**, 6% sont originaires d'Erythrée et 5% de Somalie.

Les parcours de migration sont très variés, tant en durée qu'en complexité ; leur durée médiane est de dix mois et le nombre de pays où les personnes ont séjourné avant d'arriver en France varie de 0 à 13, le nombre médian est de deux pays.

**La durée de présence en France à la date du bilan varie de moins d'un mois à un peu plus d'un an, elle est pour 70% des personnes inférieure à trois mois.** La très grande majorité (86%) est passée par au moins un campement avant d'être hébergée.

### ACCES AUX SOINS

La situation relative à la **couverture sociale maladie** est connue pour quatre personnes sur cinq. **Seuls 14% ont une telle couverture, tandis qu'un tiers disent être en cours de démarche** pour son obtention. Une personne sur deux n'a pas eu recours à un médecin dans l'année précédente (8% n'y ont jamais eu recours), et autant dit avoir eu besoin de soins depuis son arrivée en France. **Une personne sur quatre déclare avoir dû renoncer à des soins, et 6% rapportent avoir fait l'expérience d'un refus de soins. Une sur quatre souhaiterait rencontrer un psychologue ou un psychiatre**, très peu avaient pu le faire avant la réalisation du bilan.

## ETAT DE SANTE

**Près des deux tiers des personnes estiment être en bonne ou très bonne santé.**

**Un peu plus d'une personne sur quatre déclare au moins un problème de santé somatique « durables » (durant depuis plus de 6 mois). C'est le cas pour près de la moitié des personnes âgées de 40 ans ou plus.**

**Plus de 80% des personnes ont au moins un problème de santé somatique de moindre durée.** Les problèmes de santé « durables », les plus fréquents concernent l'appareil ostéo-articulaire (8% des personnes, souvent liés à des traumatismes), et l'appareil digestif (6%). tandis que les problèmes de moindre durée les plus répandus sont les troubles buccodentaires (une personne sur trois), cutanés (une personne sur quatre) et respiratoires (une sur cinq). Quand la personne déclare avoir une hypertension artérielle ou un diabète, le traitement médicamenteux a souvent été interrompu, et les mesures de pression artérielle ou de glycémie capillaire sont très souvent supérieures aux normes. Ces problèmes sont plus fréquents chez les personnes passées par un campement, et chez celles arrivées en France depuis moins d'un mois.

Les personnes ont plus souvent déclaré un ou des problèmes de santé somatiques sur cette période que lors des bilans réalisés entre octobre 2015 et mars 2016 : + 10 points pour les problèmes de santé « durables », + 7 points pour ceux de durée moindre.

**Un ou des éléments évoquant une souffrance psychique** (rencontre passée ou souhaitée avec un professionnel de santé mentale, et/ou mention de l'existence « souvent » ou « tous les jours » de troubles du sommeil, crises larmes, idées noires ou irritabilité) **sont présents chez un tiers des personnes.** La fréquence de ces situations est majorée quand la personne exprime un sentiment de solitude, en cas de durée de migration supérieure à 6 mois, et elle augmente avec le temps de présence en France.

Le calcul de l'indice de masse corporelle à partir de la mesure du poids et de la taille a permis d'identifier **une insuffisance pondérale chez 9% des personnes et un surpoids chez 14%.**

## BESOINS D'ORIENTATION IDENTIFIES

**A l'issue du bilan, un ou plusieurs besoins d'orientation sanitaire ont été identifiés pour plus de 80% des personnes** (c'était le cas pour les  $\frac{3}{4}$  des personnes lors des bilans réalisés entre octobre 2015 et mars 2016). Ces besoins concernent le plus souvent les **consultations de médecine générale, les soins dentaires et les consultations de santé mentale**, et le délai conseillé pour consulter est « dans le mois » pour 45% des personnes orientées, « dans la semaine » pour la moitié, et « dans la journée » dans 5% des situations.

## PROFIL ET BESOINS DE SANTE DES FEMMES

**Les 142 femmes vues lors de ces bilans** sont en moyenne un peu plus âgées que les hommes, sont plus souvent mariées et accompagnées de leur famille. Pour la moitié des femmes, le pays de naissance est **l'Erythrée et la Somalie**, et leur durée de migration est plus longue que celles des hommes.

La plupart n'ont jamais eu de suivi gynécologique, et, parmi les femmes enceintes (10%), seule une sur trois est suivie médicalement. Moins de 5% des autres femmes mentionnent l'utilisation d'une méthode de contraception, et 10% en souhaitent une.

La fréquence globale des problèmes de santé déclarés, à âge égal, et celle des besoins d'orientation identifiés à l'issue du bilan, sont similaires à celles des hommes. Cependant des éléments évoquant une souffrance psychique sont plus souvent notés. Enfin, les femmes sont plus souvent orientées vers des services de santé spécifiques qu'en consultation de médecine générale.

## **INFLUENCE DU PAYS D'ORIGINE SUR LES PROFILS ET BESOINS DE SANTE**

**Les profils des personnes diffèrent selon leur pays d'origine.** Celles nées en Afghanistan sont plus jeunes et ont un niveau scolaire moindre. Elles ont souvent des parcours migratoires plus courts, bien que séjournant dans un plus grand nombre de pays, et disent plus souvent pouvoir compter sur un soutien social, et, parmi les personnes en France depuis plus de trois mois, ce sont elles qui ont le plus souvent une couverture sociale maladie ou une démarche d'obtention en cours. Après standardisation sur l'âge, on n'observe pas de différence dans la fréquence globale des problèmes de santé somatiques, mais il existe des variations de fréquence d'un pays à l'autre pour les problèmes « durables » touchant l'appareil digestif et le système ostéo-articulaire, ainsi que pour les troubles buccodentaires, respiratoires et génitaux de moindre durée.

En analyse bivariée, des éléments évocateurs de **souffrance psychique** sont plus souvent repérés chez les personnes originaires d'Erythrée ou de Somalie. L'analyse multivariée modifie ce constat : une fois effacée l'influence d'autres facteurs de variation (variables socio-démographiques, présence de la famille, sentiment de solitude, durées de migration et présence en France, nombre de pays traversés, temps écoulé depuis la dernière consultation médicale, dates et lieux de réalisation des bilans infirmiers), ce sont les personnes originaires d'Afghanistan qui, en référence à celles nées au Soudan, semblent plus souvent dans ces situations.

L'importance des **besoins d'orientation sanitaire**, tous types confondus, semble varier selon le pays de naissance (les personnes originaires d'Afghanistan et de Somalie étant plus souvent orientées). Cependant ces différences s'effacent en analyse multivariée. En analyse bivariée (sans contrôle des autres facteurs de variation), les personnes originaires d'Erythrée sont moins souvent orientées vers la médecine générale, celles originaires d'Afghanistan et de Somalie le sont plus fréquemment. L'inverse est observé pour les orientations vers un dentiste.

## **INFLUENCE DE LA PERIODE ET DU LIEU DE REALISATION DES BILANS SUR LES BESOINS DE SANTE**

L'organisation et les conditions de réalisation des bilans ayant connu plusieurs changements successifs, et l'offre de soins de proximité différant fortement entre Paris et les autres départements d'Île-de-France, nous avons comparé les situations sanitaires des personnes selon quatre périodes de réalisation des bilans (avril à juin, juillet-août, septembre-octobre et novembre-décembre), et selon la localisation des centres (dans ou hors de Paris).

En analyse multivariée,

- **la présence d'au moins un problème de santé**, quelle qu'en soit la durée, a été **plus fréquemment notée quand les bilans ont été réalisés dans les centres parisiens**. La présence d'au moins un problème de santé « durable » a été plus fréquemment détectée lors des bilans réalisés après juin, contrairement à celle d'éléments évocateurs de souffrance psychique ; la mise en évidence **d'au moins un problème de santé de moindre durée a été plus fréquente en juillet-août**;
- **des besoins d'orientation ont été plus souvent identifiés quand les bilans ont été réalisés dans des centres parisiens, et pendant l'été.**

**La période estivale** correspond de fait à une baisse du nombre d'équipes d'infirmier.e.s mobilisé.e.s et à un **ciblage des interventions** sur des lieux d'hébergement signalés par l'ARSIF.

En analyse bivariée (sans contrôle des autres facteurs de variation), les prévalences des problèmes respiratoires, ostéo-articulaires, oculaires et buccodentaires durant depuis moins de 6 mois sont moindres pour les bilans faits en fin d'année, tandis que celles des troubles urinaires et des céphalées sont moindres pour les bilans réalisés entre avril et juin. La prévalence de la fatigue est très supérieure pour les bilans faits entre avril et juin, et minimale pour ceux faits en fin d'année.

## **PERSPECTIVES**

Avec l'ouverture du Centre de Premier Accueil en novembre dernier à la Porte de la Chapelle, la constitution de campements, et donc leur évacuation, ont connu une longue pause. Les ressources affectées aux bilans infirmiers dans des structures d'hébergement ont alors été redéployées sur le pôle Santé de ce centre, puis sur celui du centre d'hébergement d'urgence dédié aux migrants en famille, en couple et aux femmes seules, ouvert début 2017 à Ivry-sur-Seine. Une partie des ressources a également pu être consacrée au financement, très insuffisant, d'interventions spécialisées en santé mentale dans ces deux nouveaux centres. Ce sont les constats faits lors des premiers bilans infirmiers qui ont aidé à concevoir le fonctionnement de ces pôles santé (possibilité de consultations de médecine générale et psychiatrie sur place notamment).

Les recueils d'information se poursuivent dans les deux structures, et leur analyse fait l'objet de synthèses régulières.

En parallèle, l'Observatoire du Samusocial de Paris a également réalisé une enquête téléphonique auprès des responsables des structures d'hébergement, identifiant les pratiques d'orientation et les partenariats mis en place avec les différentes structures de soins et les caisses d'assurance maladie, dont les résultats seront prochainement publiés. Il est également impliqué, à la demande de la DRIHL, dans une analyse des profils sociodémographiques, pays et régions d'origine de l'ensemble des personnes hébergées suite aux évacuations. La confrontation des résultats de ces études devrait permettre de situer les personnes vues en bilan infirmier parmi l'ensemble de la population hébergée suite aux évacuations.

## 1 CONTEXTE ET OBJECTIFS DES BILANS INFIRMIERS

À la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, des bilans infirmiers d'orientation auprès des **migrants et réfugiés accueillis en hébergement d'urgence en Île-de-France** ont été progressivement mis en place à partir de l'automne 2015, dans le contexte de l'augmentation du nombre d'évacuations de campements (incluant les évacuations de squats de bâtiments publics comme le lycée Jean Quarré). Leur réalisation a été confiée au Samusocial de Paris (SSP) et à la Croix-Rouge Française (CRF). Les infirmiers organisaient leur passage dans les structures d'hébergement en concertation avec leurs responsables. Ces derniers informaient les personnes hébergées de ce passage, des objectifs du bilan proposé et de leur caractère confidentiel et facultatif. Lors de ces bilans, une série d'informations, d'ordre sociodémographique et sanitaire, a été collectée de façon standardisée pour chaque personne rencontrée.

Ce bilan a été proposé à toute personne migrante présente dans les structures hébergeant les personnes évacuées des campements lors des visites des infirmier.e.s. Il est constitué d'une liste de **questions** et de quelques **mesures (taille, poids, pression artérielle et glycémie capillaire)** mais **ne comporte ni examen radiographique ni analyse biologique**, et débouche sur l'identification par l'infirmier.e d'un ou plusieurs besoins d'orientation de la personne vers un professionnel de santé. Pour les besoins jugés urgents, l'infirmier.e organisait directement l'orientation sanitaire. Dans les autres cas, il.elle informait et conseillait la personne sur les services de santé auxquels elle pouvait s'adresser, ou s'appuyait sur les responsables des structures d'hébergement pour le faire. Dans les deux cas, un exemplaire papier des informations recueillies était remis à la personne, et une copie anonymisée était transmise à l'Observatoire du Samusocial de Paris, qui a assuré le codage, la saisie et l'analyse des données recueillies, de façon à **mieux connaître la situation sanitaire et sociale des personnes concernées**. Une synthèse des profils et situations sanitaires des personnes a ainsi pu être réalisée tous les deux mois à l'intention de l'ARS et des opérateurs des bilans infirmiers.

Le présent rapport vient compléter ces synthèses régulières. Il fait suite à un premier rapport publié en août 2016, se rapportant aux bilans infirmiers réalisés entre le 1<sup>er</sup> octobre 2015 et le 31 mars 2016<sup>1</sup>. Il s'appuie sur les données recueillies lors des bilans infirmiers effectués entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 décembre 2016.

Dans une première partie nous précisons le nombre de fiches inclus dans l'analyse, le contexte et les conditions de réalisation des bilans, qui ont fortement varié au cours de la période. Puis nous rappelons le contenu de ces fiches, et les modalités de recueil, codage, saisie informatique et analyse des données. Sont ensuite décrits les caractéristiques socio-démographiques, le parcours migratoire, l'état de santé et l'accès aux soins des personnes, et les besoins d'orientations sanitaires identifiés par les infirmier.e.s. Ces données sont comparées aux résultats présentés dans le rapport précédent.

Enfin les variations selon le sexe, le pays d'origine, et selon la période de réalisation des bilans infirmiers sont analysées.

---

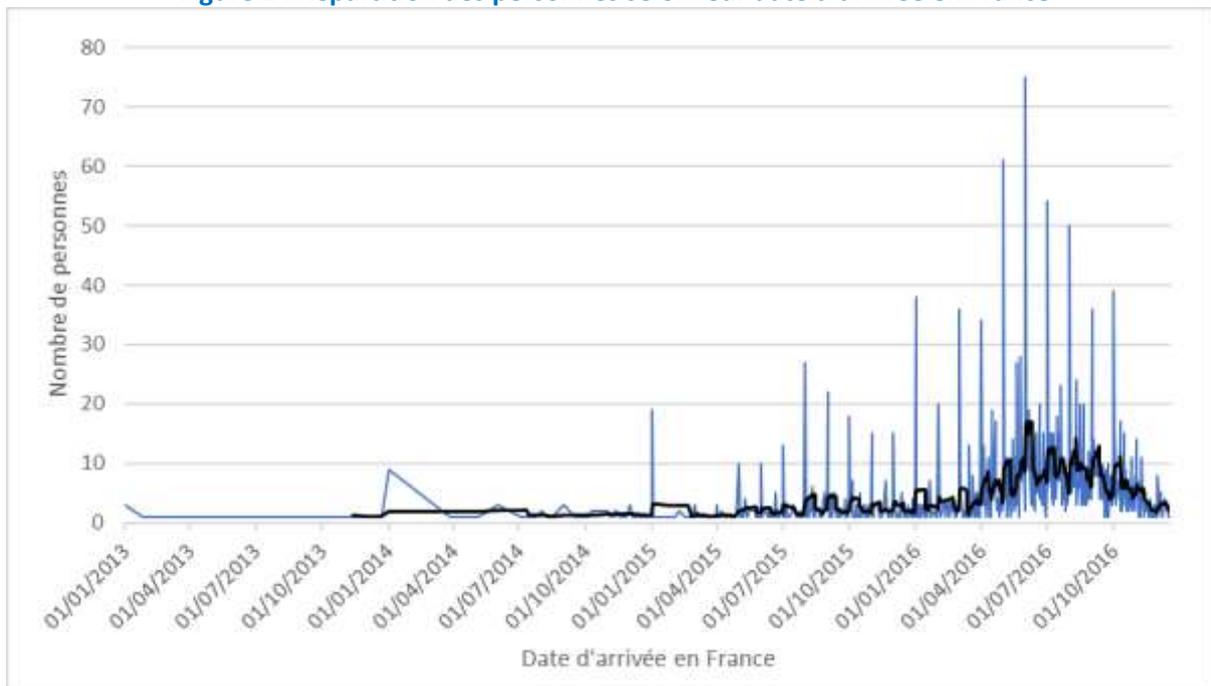
<sup>1</sup> Guisao, A, Jangal, C, Riou, F. Profil socio-sanitaire et besoins de suivi sanitaire des personnes migrantes et réfugiées accueillies dans les centre d'hébergement d'Île-de-France. *Bilans infirmiers d'orientation réalisés entre octobre et mars 2016*. Disponible sur : [https://www.samusocial.paris/sites/default/files/obsssp\\_migrants\\_rapport\\_30\\_aout\\_2016.pdf](https://www.samusocial.paris/sites/default/files/obsssp_migrants_rapport_30_aout_2016.pdf).

## 2 LES BILANS INFIRMIERS

### 2.1 Bilans effectués et fiches analysées

La **figure 1** montre la distribution des personnes vues au cours des bilans infirmiers réalisés entre avril et décembre 2016 (hors du Centre de Premier Accueil ouvert en novembre 2016) selon leur date d'arrivée en France. Les « pics » d'arrivée en France en janvier 2014, 2015 et 2016 sont des artefacts (arrivées connues à l'année près). La très grande majorité de ces personnes sont arrivées en France à partir de mai 2015, date qui correspond à l'augmentation des arrivées de migrants dans la capitale (la première évacuation d'un campement de fortune avec mise à l'abri effectuée par la Préfecture de Région ayant eu lieu en juin 2015).

**Figure 1 : Répartition des personnes selon leur date d'arrivée en France**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Toutes les personnes vues lors des bilans, quelle que soit la date de leur arrivée en France

**Lecture :** La moyenne mobile (courbe noire), qui permet de mettre en évidence une tendance sur la période, montre une augmentation du nombre de personnes arrivées jusqu'à l'été 2016. La baisse observée en fin de période est liée à la non inclusion des bilans réalisés au-delà de décembre 2016.

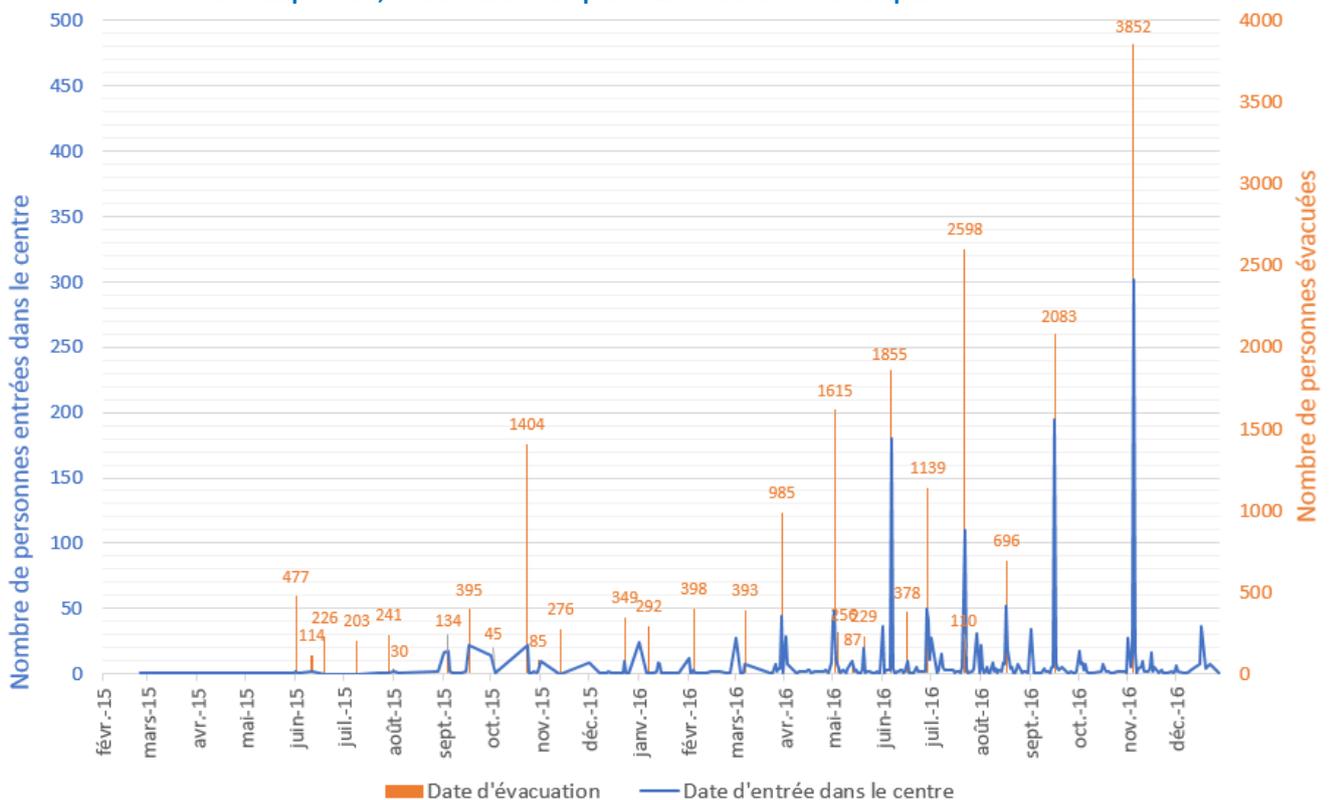
Les analyses faites dans le rapport précédent portaient sur l'ensemble des personnes vues en bilan infirmier entre octobre 2015 et mars 2016, et distinguaient les personnes selon leur durée de présence en France à la date du bilan (plus ou moins de 18 mois). Pour cette deuxième analyse, le critère d'inclusion retenu est, outre la date et le lieu de réalisation du bilan (entre avril et décembre 2016, hors Centre de Premier Accueil de la Porte de la Chapelle), la date d'arrivée en France : à partir du mois de mai 2015.

Les personnes incluses dans les analyses qui suivent étaient donc, au moment du bilan infirmier, présentes sur le territoire français depuis quelques jours jusqu'à 11 mois (pour celles vues en bilan infirmier début avril 2016) ou jusqu'à 20 mois (pour celles vues en bilan infirmier fin décembre 2016).

**La fin de la période d'inclusion correspond, avec un mois et demi de décalage, à l'ouverture du Centre de Premier Accueil de la Porte de la Chapelle (10 novembre 2016).**

Environ 15% des personnes vues au cours des bilans ont déclaré ne pas avoir séjourné dans un campement. On peut observer dans la **figure 2** ci-dessous que les dates d'entrée en hébergement indiquées par les personnes disant être passées par un campement sont en partie, mais pas non plus totalement, congruentes avec celles des évacuations. Ces écarts peuvent être liés à une imprécision de la question posée, ou à l'existence de transferts entre structures postérieurs aux évacuations, la date indiquée par la personne étant celle de son entrée dans la structure où a eu lieu le bilan. Les analyses faites dans le rapport précédent ayant montré que les personnes ayant séjourné dans un campement avaient autant de besoins de soins que les autres, elles ont été incluses dans les analyses.

**Figure 2 : Confrontation chronologique du nombre de personnes vues en bilan et disant avoir séjourné dans un campement, et du nombre de personnes évacuées de campements**



**Sources :** (1) Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France – (2) Données de la Préfecture Île-de-France (PrIF) - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Pour les bilans, toutes les personnes vues ayant déclaré avoir séjourné dans un campement

**Aide à la lecture :** Pour chaque date sont indiqués, en bleu, le nombre de personnes entrées dans la structure d'hébergement (parmi celles vues en bilan et déclarant être passées par un campement), et en orange, le nombre de personnes évacuées de campements parisiens. Exemple : le 16 septembre 2016, 195 des personnes vues en bilan et déclarant être passées par un campement sont entrées dans les structures d'hébergement où ont eu lieu les bilans et 2083 personnes ont été évacuées d'un ou plusieurs campements.

La date précise de l'arrivée en France n'était pas toujours connue au mois près. Après exclusion des cas concernés, et des personnes arrivées en France avant le 1<sup>er</sup> mai 2015, restaient 2580 personnes, soit 86% des bilans infirmiers réalisés entre avril et décembre 2016 hors du centre de premier accueil.

**Figure 3 : Du nombre de bilans effectués au nombre de personnes incluses dans les analyses**



## 2.2 Plusieurs dizaines de structures d'hébergement différentes

Les infirmier.e.s du SSP et de la CRF se sont déplacé.e.s dans 70 structures d'hébergement différentes pour réaliser ces bilans : 24 dans Paris et 46 dans d'autres départements de la région parisienne (*cf. liste en annexe 1*). Certaines structures ont été visitées une seule fois, d'autres à plusieurs reprises.

La mission commune de ces structures est une « mise à l'abri » temporaire. Certains locaux, réquisitionnés dans l'urgence lors d'évacuations massives, mais peu adaptés (gymnases), ont été très vite « libérés ». D'autres types de structures ont été sollicités dans la même perspective mais ont vu leur utilisation prolongée faute de solution relais. Les dénominations de ces structures sont parfois trompeuses (centre, hôtel, gymnase), car leur « statut » a pu se modifier au cours du temps contrairement à leur nom d'usage. La liste des structures à visiter, émanant de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), était évolutive, et toutes les structures accueillant les migrants après chaque évacuation de campement n'ont pu être visitées. Les noms des structures transmis par les infirmiers ne sont pas toujours ceux utilisés par l'administration, ce qui a parfois rendu difficile l'identification du type de structure (centre, hôtel ou gymnase).

## 2.3 Une durée de présence dans la structure très variable

Les bilans infirmiers devaient être faits dans les plus brefs délais après l'évacuation d'un campement. Cet idéal n'a pu être atteint étant donnée la massification des évacuations (plusieurs milliers de personnes ont ainsi été évacuées fin juillet par exemple). Les délais entre l'entrée dans les structures d'hébergement et la date de réalisation du bilan ont pu être calculés pour 95% des personnes. Parmi elles, près de la moitié a bénéficié du bilan dans le mois qui a suivi la mise à l'abri, et 80% dans les trois mois suivant celle-ci.

Cependant un certain nombre de personnes, notamment celles accueillies de façon très temporaire dans des gymnases, ont pu séjourner successivement dans deux structures d'hébergement différentes après l'évacuation. Seule la date d'entrée dans la structure hébergeant la personne au moment de la réalisation du bilan infirmier étant connue, les durées de présence dans le dispositif d'hébergement sont donc possiblement sous-estimées.

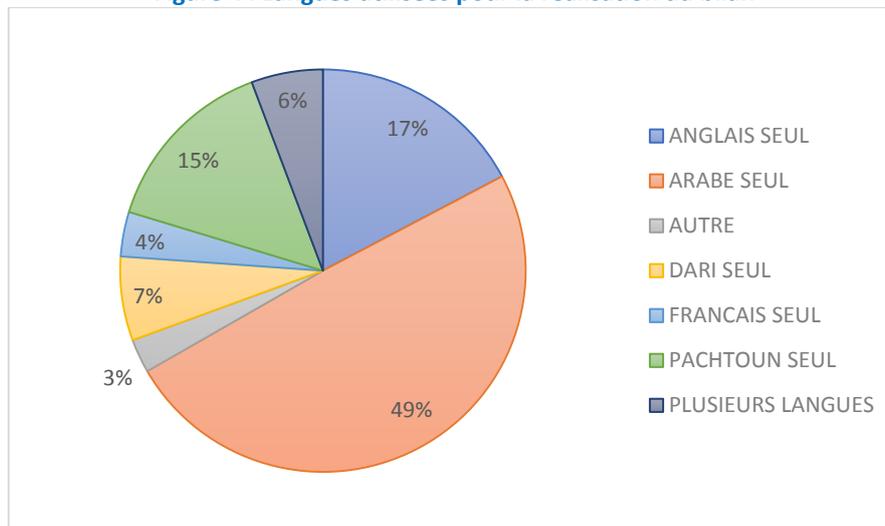
## 2.4 L'arabe a été la langue la plus utilisée

Afin de privilégier la réalisation des bilans dans la langue des personnes rencontrées, des interprètes parlant le dari, le pachtoun ou et l'arabe étaient présents dans les équipes du SSP, et une infirmière arabophone était présente dans les équipes de la CRF. Les infirmier.e.s pouvaient également faire appel au service téléphonique d'interprétariat (ISM) ou à du personnel bilingue de la structure d'hébergement. Des amis ou connaissances de la personne enquêtée, hébergés dans la même structure, pouvaient éventuellement être amenés à intervenir dans la traduction.

Les principales langues utilisées (voir **figure 4**) ont été l'arabe (près d'un bilan sur deux), puis l'anglais, le pachtoun, le dari et le français. Trois pour cent des bilans infirmiers ont été réalisés dans une autre langue ou dialecte, parmi une vingtaine de langues ou dialectes différents, comme le somali, l'amharique, le tibétain, le farsi et le tigrinya. L'information sur les conditions de la traduction n'est pas homogène : dans une première version de la grille de recueil de données, la réponse à cette question était ouverte et le taux de réponse très bas (29%). La réponse indique 9 fois sur 10 l'intervention d'un tiers sans plus de précision. Le taux de réponse dans la version suivante est de 90%. Un traducteur professionnel ou d'ISM est alors intervenu dans la moitié des cas, et un personnel de la structure d'hébergement une fois sur quatre.

Six pour cent des bilans ont été réalisés en ayant recours à plusieurs langues différentes, principalement dari/pachtoun (plus d'une fois sur trois), anglais/arabe (une fois sur trois) ou français/anglais (moins d'une fois sur dix).

**Figure 4 : Langues utilisées pour la réalisation du bilan**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

### 3 DONNEES RECUEILLIES LORS DES BILANS INFIRMIERS ET LEUR TRAITEMENT

#### 3.1 Informations recueillies et modalités du recueil

Les informations recueillies de façon systématique et standardisée par les infirmier.e.s au cours des bilans concernent les caractéristiques sociodémographiques, les parcours migratoires, l'accès aux soins, l'état de santé perçu, les problèmes de santé déclarés, des mesures biométriques, et les besoins d'orientation sanitaire identifiés par l'infirmier.e au terme du bilan. Certains recueils sont partiels, la grille de recueil de données ayant évolué en cours de la période : certaines questions, notamment sur la couverture sociale maladie et le niveau d'éducation ne figuraient pas dans la première version et les questions concernant l'état de santé psychologique ont été modifiées.

Les questions relatives aux problèmes de santé sont détaillées dans l'encadré 1.

**Encadré 1 :**  
**Libellé des questions relatives aux problèmes de santé en cours**

**Questions posées de façon systématique**  
*Avez-vous un ou des problème(s) de santé somatique(s) chronique(s) ou de caractère durable (qui a duré ou peut durer pendant 6 mois ou plus) qu'il(s) soi(en)t diagnostiqué(s) ou non ?*

**Puis, pour les problèmes durant depuis moins de 6 mois :**

- ✓ *Avez-vous des douleurs ?*
- ✓ *Souffrez-vous de problèmes bucco-dentaires ?*
- ✓ *Souffrez-vous d'affections cutanées ? (ex : Est-ce que vous grattez actuellement ?)*
- ✓ *Souffrez-vous de sueurs nocturnes, fatigue, perte d'appétit... ?<sup>2</sup>*

**Si oui à ces questions : Lesquel.le.s ?**

L'infirmier.e notait les autres symptômes et plaintes déclarés dans les catégories suivantes : troubles digestifs, respiratoires, urinaires, génitaux, ostéo-articulaires, oculaires, auditifs, et « autres symptômes » (cardiaques, fièvre, vertiges, ORL...). Si la personne déclarait tousser ou cracher, l'infirmier.e demandait des précisions afin d'orienter éventuellement la personne vers un dépistage de tuberculose. Il.elle interrogeait également chaque personne sur ses antécédents de gale.

Les infirmier.e.s n'ont pas reçu de formation qui leur permette de gérer les situations de souffrance psychique (il était en effet initialement prévu que des équipes spécialisées se déplacent dans les structures d'hébergement). Quatre questions portaient cependant sur la fréquence de symptômes évoquant une possible souffrance psychique, et elles ne devaient, au départ, être posées qu'en l'absence de contact avec un professionnel de santé mentale et en l'absence de souhait d'en rencontrer un. Les symptômes explorés étaient la fréquence de troubles de sommeil, d'idées noires, de crises de larmes et d'irritabilité. Cette consigne n'a pas été suivie à la lettre, et ce filtre a ensuite été supprimé. Par ailleurs, les personnes interrogées à ce sujet n'ont pas toutes répondu à ces questions. Aucune question n'était posée de façon systématique sur les traumatismes vécus pendant

<sup>2</sup> Cette question était uniquement posée dans la version 2. Dans la 1<sup>ère</sup> version, si ces symptômes étaient décrits, l'enquêteur les notait dans « autres symptômes ». Les réponses ont été fusionnées en une même variable lors du traitement des données.

le trajet migratoire. Cependant, des personnes ont mentionné spontanément au cours du bilan des situations traumatisantes (nauffrage, scènes de violence, violences subies, esclavagisme, détention...), et la plupart du temps, les infirmier.es ont noté ces informations.

### 3.2 Codage et saisie des données

Les données recueillies sur papier ont été anonymisées et transmises à l'observatoire où elles ont été codées et saisies à l'aide du logiciel VOOZANOO®.

**Les problèmes de santé somatiques durant plus de 6 mois (pathologies diagnostiquées ou symptômes et plaintes sans étiquette diagnostique) ont été classés et codés selon les grands chapitres de la Classification internationale des soins primaires 2<sup>ème</sup> révision (CISP2), reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>3</sup>. Cette nomenclature permet de regrouper ces problèmes de santé selon les « appareils anatomiques » (voir encadré 2), ou dans les troubles « généraux et non spécifiés » (incluant la tuberculose)<sup>4</sup>. Nous avons toutefois individualisé les problèmes de la sphère bucco-dentaire, qui, dans la CISP2, sont intégrés dans le chapitre « système digestif ».**

<b>Encadré 2 :</b>
<b>Chapitres de la CISP2 se rapportant aux systèmes corporels</b>
Sang, système hématopoïétique / immunologique
Système digestif (dont buccodentaire)
Œil
Oreille
Cardiovasculaire
Ostéo-articulaire
Neurologique
Respiratoire
Peau
Métabolique, nutrition, endocrinien
Système Urinaire
Grossesse, accouchement, planning familial
Système génital féminin et sein
Système génital masculin et sein

**Pour les problèmes de santé somatiques de durée moindre, le codage a repris les catégories figurant dans la grille de recueil des données :** problèmes bucco-dentaires, affections cutanées, problèmes digestifs, ostéo-articulaires, respiratoires, génitaux, urinaires, oculaires ou et auditifs. La catégorie « sueurs nocturnes, fatigue, perte d'appétit », créée secondairement pour repérer des symptômes pouvant évoquer une tuberculose, était peu exploitable en raison de l'absence de spécificité des symptômes et, elle n'a pas été reprise en tant que telle dans l'analyse.

<sup>3</sup> Voir le site internet du CISP-Club [http://www.cisclub.org/4daction/w3\\_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7](http://www.cisclub.org/4daction/w3_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7)

<sup>4</sup> Cette catégorie regroupe tous les symptômes et maladies qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique de la CISP. On y retrouve des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc.) quand elles ne sont pas classables ailleurs ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.

### 3.3 Codages secondaires et analyses

Les données ont été recodées et analysées sous Stata 14.

Comme lors du précédent rapport, les pays distingués dans les analyses sont ceux rassemblant plus de 5% de la population, les autres pays étant regroupés dans une catégorie « autres ».

**Les pathologies repérables les plus fréquentes ont été codées secondairement par l'observatoire** à partir des réponses en texte libre aux questions posées pour chaque mention d'un problème somatique de durée supérieure à six mois. **Les douleurs ont été reclassées**, en fonction de leur localisation, soit dans une des catégories précédentes, soit dans de nouvelles catégories (céphalées, maux de gorge, douleurs généralisées, et « autres douleurs » pour toute localisation inclassable). **La fatigue**, présente dans la catégorie incluant « sueurs nocturnes, fatigue, perte d'appétit », **a été recodée comme une variable indépendante**.

Une variable regroupant l'ensemble des **situations évoquant une souffrance psychique** a été créée secondairement, en regroupant les situations suivantes : « **a vu un professionnel de santé mentale, et/ou émis le souhait d'en rencontrer un, et/ou déclaré souffrir de façon régulière (souvent ou tous les soirs) d'un ou plusieurs des quatre signes de souffrance psychique explorés** ». Les observations notées en texte libre par les infirmier.e.s ont été codées secondairement de façon à identifier la « **mention spontanée d'un traumatisme vécu** »<sup>5</sup>, et la « **mention spontanée d'un séjour en détention** »<sup>6</sup>.

Concernant les **mesures biométriques** :

- ✓ L'Indice de Masse Corporelle (IMC) a été calculé à partir des données de taille et de poids mesurées. Les normes de l'OMS ont été utilisées pour distinguer 4 catégories : insuffisance pondérale (IMC < 18,5), corpulence normale (18,5 ≤ IMC < 25), surpoids (25 ≤ IMC < 30) et obésité (IMC ≥ 30).
- ✓ Pour l'hypertension, une seule mesure de la pression artérielle ne suffit pas à porter le diagnostic d'hypertension. Il a été considéré 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.
- ✓ Pour la glycémie capillaire, en l'absence d'information fiable sur la durée du jeûne, une personne était considérée comme potentiellement diabétique pour une concentration en glucose supérieur ou égale à le seuil d'1,50 g/L a été retenu<sup>7</sup>.

La fréquence des quatre symptômes évoquant une possible souffrance psychique a été calculée parmi toutes les personnes ayant répondu aux questions correspondantes.

<sup>5</sup> Recherche des mots : "taliban", "milice", "drame familial", "bagarre", "agressé", "agression", "violences", "tabassé", "racketté", "malmené", "maltraitance", "maltraité", "travaux forcés", "travail forcé", "esclave", "violent", "violence", "exploité", "enlevé", "torture", "balle", "frappé", "battu" », "sérvices corporels", "arme blanche", "naufnage"

<sup>6</sup> Recherche des mots : "prison", "emprisonné", "attaché"

<sup>7</sup> Arnaud A, Fagot-Campagna A, Reach G, Basin C, Laporte A. Prevalence and characteristics of diabetes among homeless people attending shelters in Paris, France, 2006. Eur J Public Health. 1 oct 2010 ; 20(5):601-3

\* Les symptômes touchant le système génital masculin et le féminin ont été regroupés dans une seule catégorie « système génital »

Les premières analyses décrivent l'ensemble de la population (fréquences et distributions). Puis des analyses bi-variées explorent les variations des contextes, profils, états de santé et besoins d'orientation sanitaire identifiés, selon le sexe, le pays d'origine et la « période » de réalisation des bilans.

**Quatre « périodes » ont été distinguées** : avril à juin, juillet-août, septembre-octobre et novembre-décembre. Ce choix se justifie par l'existence de fortes variations du contexte d'une période à l'autre (*voir encadré 3*) qui peuvent avoir un impact sur la prévalence des problèmes de santé et sur la fréquence des besoins d'orientation sanitaire.

**Encadré 3 :**

**Contexte de réalisation des bilans infirmiers au cours des quatre périodes de réalisation des bilans**

**Avril-juin 2016**

- ✓ Bilans réalisés par des équipes du SSP (entièrement renouvelées) et une équipe de la CRF.
- ✓ Trois évacuations de plus de 1000 personnes.
- ✓ Les versions de la grille de recueil de données différaient entre les équipes du SSP et de la CRF.
- ✓ Les lieux de réalisation des bilans infirmiers étaient choisis par le SSP et la CRF dans la liste des structures d'hébergement fournie par la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) et l'ARS

**Juillet-Août 2016**

- ✓ Une évacuation le 22 juillet 2016 de plus de 2500 migrants le 22 juillet 2016.
- ✓ Bilans réalisés uniquement par les équipes du SSP.
- ✓ Choix des lieux de réalisation des bilans contrôlé par l'ARS, en lien avec des épidémies suspectées ou des urgences sanitaires signalées par les responsables de structures.

**Septembre-octobre 2016**

- ✓ Remise en activité de l'équipe de la CRF.
- ✓ 16 septembre 2016 : 2083 migrants ont été mis à l'abri.

**Novembre-décembre 2016**

- ✓ Evacuation de la « jungle de Calais », avec l'arrivée d'une partie de ces migrants à Paris.
- ✓ Evacuations massives de campements parisiens : 3 852 migrants mis à l'abri.
- ✓ Ouverture le 10 novembre du Centre de premier accueil de la Porte de la Chapelle.

Des prévalences standardisées sur l'âge (méthode de standardisation directe) ont été calculées pour comparer les prévalences « à structures d'âge équivalentes ». Cette méthode permet en effet d'effacer les différences liées aux structures d'âge différentes. Les structures d'âge dans la population totale ont été prises comme référence.

L'âge, les durées de migration, de temps de présence en France avant l'hébergement, de séjour en France au moment du bilan et de présence dans la structure d'hébergement à la date du bilan infirmier ont été découpés en classes. Les dates n'étant pas toujours renseignées au jour près, les durées sont approximées en mois. Les tests du Chi2 et de Fisher (en présence de faibles effectifs) ont été utilisés pour tester l'indépendance entre deux variables qualitatives et le test d'Anova à un facteur pour

comparer les moyennes. Une p-value < 0,05 a été choisie comme seuil pour conclure à des différences observées significatives.

### 3.4 Analyses multivariées

Des analyses multivariées, basées sur des modèles de **régression logistique**, ont été effectuées pour quatre « évènements » : *présence d'au moins un problème de santé déclaré durant depuis plus de 6 mois*, *présence d'au moins un problème de santé déclaré durant depuis moins de 6 mois*, *présence d'au moins un élément évoquant une souffrance psychique*, et *identification d'au moins un besoin d'orientation lors du bilan*.

Différentes variables pouvant avoir une relation avec ces évènements ont été testées. **Les variables ayant plus de 10% de données manquantes (ex : niveau d'éducation, couverture médicale) n'ont pas été incluses dans les analyses**, de même que celles susceptibles d'être influencées par l'évènement (ex : *avoir recours aux soins* est influencé par *l'existence d'un problème de santé*, et non l'inverse). **Le sexe et l'âge ont été forcés dans les modèles** même s'ils n'apparaissaient pas significatifs.

Pour l'ensemble des quatre analyses, l'indépendance entre la variable à expliquer et les variables « explicatives » a été testée à l'aide du test du Chi<sup>2</sup>. Lorsque la p.value du test était inférieure au seuil de 0,2, la variable était incluse dans l'analyse multivariée. Un premier modèle de régression logistique a ainsi été construit à partir de l'ensemble des variables sélectionnées, puis à l'aide d'une **approche pas à pas descendante**, les variables non significatives ont été supprimées.

**Les variables de contrôle utilisées dans tous les modèles sont les suivantes** : *âge, pays de naissance, nombre de pays traversés, durée de la migration, durée de présence en France à la date du bilan, passage par un campement, période de réalisation du bilan, lieu de réalisation du bilan (Paris/hors Paris), et des variables caractérisant le support social (famille en France, soutien social quel qu'il soit, ressenti de solitude).*

D'autres variables ont été prises en compte pour certains modèles seulement :

- Dans le modèle concernant la *présence d'un problème de santé durant depuis moins de 6 mois*, ont été incluses les variables *délai de la dernière consultation médicale* et *présence d'un problème de santé durant depuis plus de 6 mois*.
- Dans le modèle concernant la *présence d'au moins un élément évocateur de souffrance psychique*, a été incluse la variable *temps écoulé depuis la dernière consultation médicale*.
- Dans le modèle concernant *l'identification d'au moins un besoin d'orientation*, ont été incluses les variables *renoncement aux soins*, *présence d'un élément évocateur de souffrance psychique*, *présence d'un problème de santé durant depuis plus de 6 mois*, *présence d'un problème de santé durant depuis moins de 6 mois*, et *maîtrise du français pour une consultation médicale*.

## 4 PROFILS DES PERSONNES VUES EN BILAN

### 4.1 Pour la plupart des hommes jeunes, originaires du Soudan et d'Afghanistan

La population est majoritairement **masculine (94,5%), jeune et célibataire (54%)**. L'âge médian est de 25 ans, et les personnes âgées de 40 ans ou plus représentent moins de 5% de la population. Les structures n'hébergent que des adultes, néanmoins près de 1% a déclaré avoir moins de 18 ans au moment du bilan. Ils sont 6% à être partis de leur pays d'origine alors qu'ils étaient mineurs.

Pour la plupart des personnes mariées, le conjoint n'est pas en France.

Le niveau d'éducation est connu pour 75% des personnes. Parmi elles, **32% n'ont jamais été scolarisées**. La moitié des personnes scolarisées indique avoir suivi des études primaires, 34% des études secondaires et 16% des études supérieures.

Quatre pays d'origine représentent près de 90% de la population (voir **figure 5**) : plus des  $\frac{3}{4}$  des personnes sont originaires du Soudan et d'Afghanistan, et une personne sur dix est née en Erythrée ou en Somalie.

Les autres personnes rencontrées sont nées dans 30 « autres pays » différents (voir **figure 6**) . Il s'agit principalement de pays asiatiques (hors Afghanistan), de l'Afrique de l'Ouest et de l'Est (hors Soudan, Erythrée et Somalie). Les personnes originaires d'Europe, du Proche et Moyen Orient ou d'Afrique Australe comptent pour 1% de l'ensemble.

Figure 5 : Répartition des répondants selon leur pays d'origine

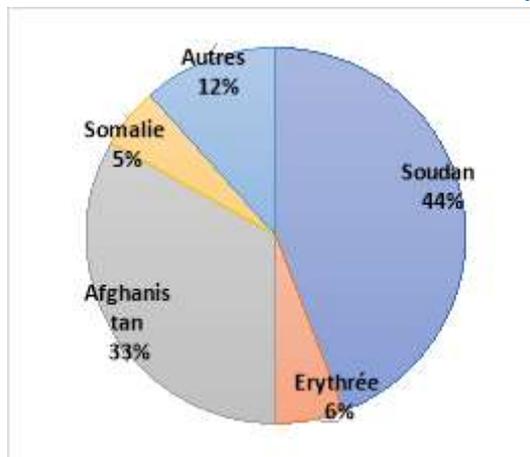
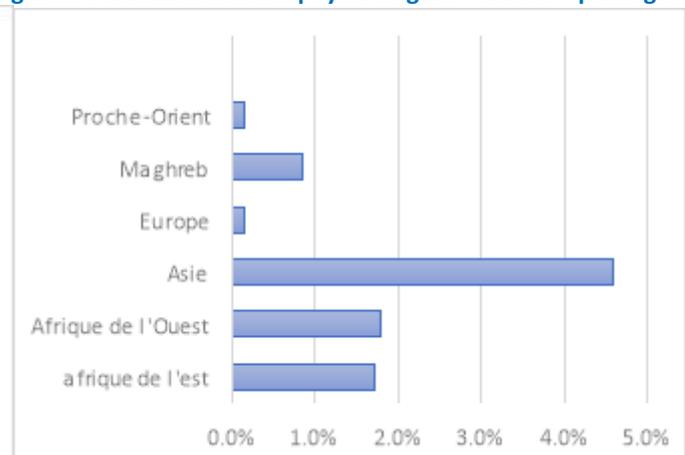


Figure 6 : Classification des pays d'origine « autres » par région



**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Ile de France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

## 4.2 Avant l'arrivée en France : des parcours migratoires variés

La **durée de migration** est calculée par différence entre la date déclarée d'arrivée en France et la date de départ du pays d'origine. Elle est connue pour 91% des personnes (voir **tableau 1**) et est pour 60% d'entre elles supérieure à 6 mois. Cette durée est très variable, pouvant aller d'un jour à plus de 30 ans. La durée médiane est de 10 mois.

**Tableau 1 : Répartition des personnes selon la durée de leur migration**

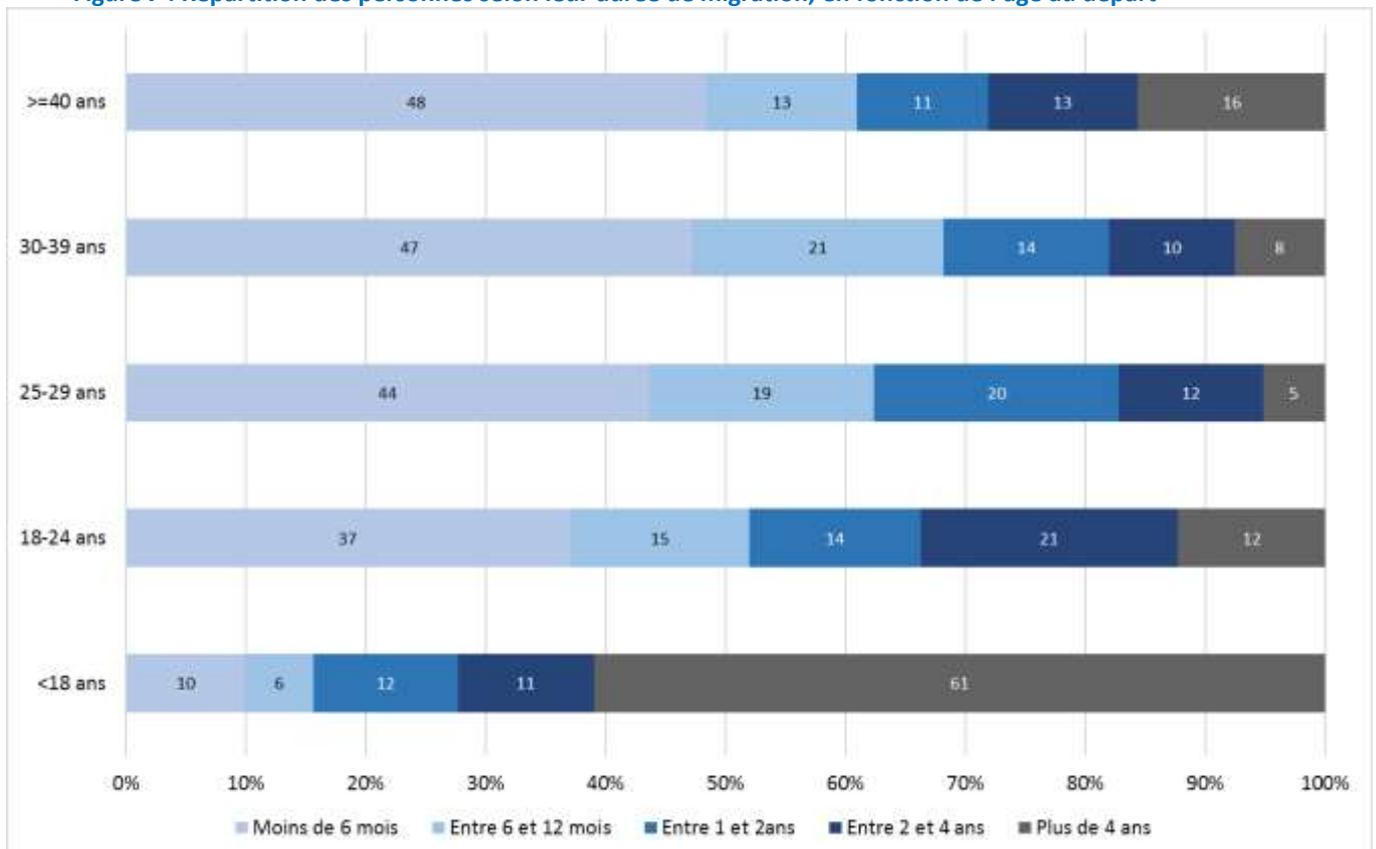
Durée de la migration en mois	n	%
Moins de 6 mois	927	40
Entre 6 et 12 mois	388	17
Entre 1 et 2 ans	385	17
Entre 2 et 4 ans	356	15
Plus de 4 ans	277	12
<b>Total des répondants</b>	<b>2333</b>	<b>100</b>

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

La durée de migration diffère selon l'âge au départ, les personnes parties les plus jeunes ayant une durée de migration plus longue ( $p < 0,001$ , voir **figure 7**).

**Figure 7 : Répartition des personnes selon leur durée de migration, en fonction de l'âge au départ**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

Les migrations directes sont rares : 16 personnes (moins de 1%) disent être arrivées en France sans passer par d'autres pays. Pour les autres, le nombre de pays où elles ont séjourné au cours de leur migration est connu dans 96% des cas. Il varie de 1 (5% des personnes) à 10 (moins de 1%). Le nombre médian est de 2 pays.

#### 4.3 Des lieux de vie précaires, un sentiment de solitude très présent

**Seules les personnes arrivées en France depuis le 1<sup>er</sup> mai 2015 ont été incluses dans l'analyse** (les 158 personnes exclues car arrivées avant le 1<sup>er</sup> mai 2015 représentaient moins de 6% de l'ensemble des personnes dont le mois d'arrivée en France était connu). De ce fait, et en raison de l'étalement des bilans dans le temps, près de 70% des personnes étaient arrivées depuis moins de trois mois et seulement 3% depuis plus d'un an au moment du bilan (*voir détail dans le **tableau 2***).

**Tableau 2 : Répartition des personnes selon leur durée de présence en France à la date du bilan infirmier**

Durée de présence en France (mois)	n	%
Moins d'un mois	303	12
[ 1 à 2 mois[	715	28
[ 2 à 3 mois [	748	29
[ 4 à 6 mois [	318	12
[ 6 mois à 1 an [	408	16
Un an et plus	85	3
<b>Total des répondants</b>	<b>2577</b>	<b>100</b>

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

Les lieux de vie avant l'hébergement sont précisés pour 98,5% des personnes (les personnes pouvaient indiquer plusieurs lieux, *voir détail dans le **tableau 3***). La grande majorité des personnes est passée par au moins un campement : près d'un tiers de ces personnes ont séjourné dans les campements de Stalingrad, 30% dans ceux installés Porte de la Chapelle et 20% dans celui de Jaurès. Une cinquantaine de personnes, originaires du Tibet, ont été évacuées d'un campement installé à Conflans-Sainte-Honorine (78). Un peu moins de 2% des personnes déclarent être passées par le campement de Calais. (*voir liste détaillée en annexe 2*)

**Tableau 3 : Lieux de vie avant l'entrée dans la structure d'hébergement**

Lieux de vie ( <i>une personne peut avoir eu plusieurs lieux de vie</i> )	n	%
En campement	2196	86
Dans la rue	333	13
Institution (115, CADA <sup>1</sup> , CHU <sup>2</sup> , hôtel social)	77	3
Autres villes françaises (hors Calais)	64	2,5
Local (gymnase, école ou lycée)	51	2
Autres <sup>3</sup>	50	2

<sup>1</sup>CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

<sup>2</sup>CHU : Centre d'hébergement d'urgence

<sup>3</sup>Autres : connaissance ou tiers, chambre d'hôtel autre, squat, église...

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

La moitié des personnes disent compter sur un soutien (conjoint, enfants, autres membres de la famille, amis ou connaissance). Rares sont celles qui déclarent être en famille en France (moins de 5%). Le sentiment de solitude est fort, 64% des personnes déclarent se sentir seules ou très seules.

#### 4.4 Un accès aux soins limité

La situation relative à la **couverture sociale maladie** est connue pour 80% des personnes. Parmi elles :

- La moitié déclare n'avoir aucune couverture ni démarche en cours au moment du bilan. Parmi ces personnes, un quart est en France depuis plus de trois mois à la date de réalisation du bilan et 4% sont présentes dans la structure d'hébergement depuis plus de trois mois ;
- 14% ont une couverture sociale maladie et 34% ont entamé des démarches. Ces dernières sont pour la plupart en France, ou dans la structure d'hébergement, depuis moins de trois mois (respectivement 74% et 88% des cas).

La question sur le **besoin de soins depuis l'arrivée sur le territoire français** a été renseignée par 78% des personnes. La moitié a déclaré avoir eu besoin de soins depuis l'arrivée en France : il s'agissait 9 fois sur 10 de soins de type médical et près d'une fois sur dix de soins bucco-dentaires.

La question sur le **temps écoulé depuis la dernière consultation médicale** a été renseignée pour 98% des personnes. Pour 56% d'entre elles, la dernière consultation remonte à moins d'un an (1/4 ont eu une consultation dans le mois précédent le bilan), 8% n'ont jamais vu un médecin au cours de leur vie et 11% n'ont pas su donner un délai. Deux pour cent des personnes disent avoir déjà rencontré un professionnel de santé mentale.

Un **refus de soins** de la part de professionnels de santé ou de structures de soins a été évoqué par 6% des personnes. Parmi les raisons du refus, l'absence de couverture sociale maladie est citée dans la moitié des cas et la barrière de la langue ou une situation administrative irrégulière une fois sur 5.

Le **renoncement aux soins** concerne un quart de la population. Le manque de connaissances, sur leurs droits en France, ou sur le système de soins, sont les raisons les plus évoquées par les personnes. L'absence de couverture sociale maladie, ainsi qu'une situation administrative irrégulière, la barrière linguistique ou encore le découragement, notamment à cause des longues attentes dans les services de soins, sont également cités.

#### 4.5 De fréquents problèmes de santé somatique déclarés

##### 4.5.1 Moins d'une personne sur dix estime être en mauvais état de santé

La question sur l'état de santé perçu a été renseignée pour 92% des personnes : 62% considèrent leur état de santé bon ou très bon, 30% le considèrent comme moyen, et 8% mauvais, voire très mauvais.

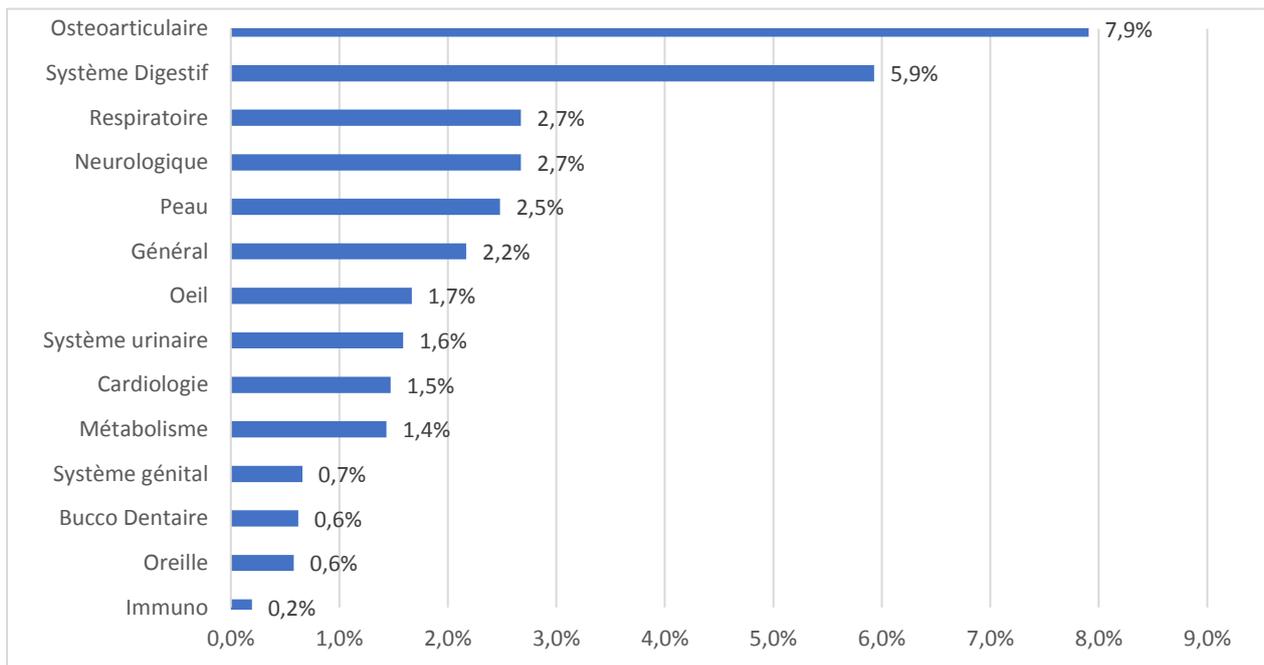
Parmi les personnes ayant déclaré avoir au moins un problème de santé, nombreuses sont celles se déclarant en bonne santé voire en très bonne santé. C'est le cas de 59% des personnes ayant un problème de santé durant moins de 6 mois et de 37% de celles déclarant un problème de santé durant plus de 6 mois.

#### 4.5.2 Plus d'une sur quatre déclare au moins un problème de santé somatique « durable »

Un peu plus d'un quart de la population a déclaré avoir un ou des problèmes de santé « somatique »<sup>8</sup> durant depuis plus de six mois. **Près de la moitié des personnes âgées de 40 ans ou plus est concernée.** Les 665 personnes concernées déclarent 827 problèmes de ce type ; 15% des personnes déclarent deux problèmes de santé et 5% en cumulent trois. Pour 28% des problèmes, la personne a un traitement et dans 41% de ces cas « traités », la personne est en rupture de traitement.

Les prévalences des différents types de problèmes de santé « durables » sont détaillées dans **la figure 8**. Les troubles touchant le système ostéo-articulaire et le système digestif sont les plus fréquents.

**Figure 8 : Prévalences de chaque type de problème durant > 6 mois (classement anatomique, CISP2\*)**



\* CISP2 : Classification Internationale des Soins Primaires, 2<sup>e</sup> révision, classement selon les grands chapitres « anatomiques », en différenciant les problèmes de la sphère bucco-dentaire des problèmes liés à l'appareil digestif.

Une personne déclarant plus d'un problème de santé relevant d'une même classe anatomique est décomptée une seule fois.

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

Les problèmes ostéo-articulaires durant depuis plus de six mois sont le plus souvent les **conséquences de lésions traumatiques**. Pour les problèmes touchant l'appareil digestif, il s'agit le plus souvent de **douleurs abdominales/épigastriques**, de reflux, de brûlures d'estomac et/ou de constipation.

**Autour de 1% des personnes déclarent avoir un diabète, et autant une hépatite chronique, ou de l'asthme, tandis que 0,4% disent avoir une hypertension artérielle.**

<sup>8</sup> En l'absence d'évaluation médicale, ont été classés dans cette catégorie tous les troubles affectant le corps, certains pouvant bien sûr être psychosomatiques.

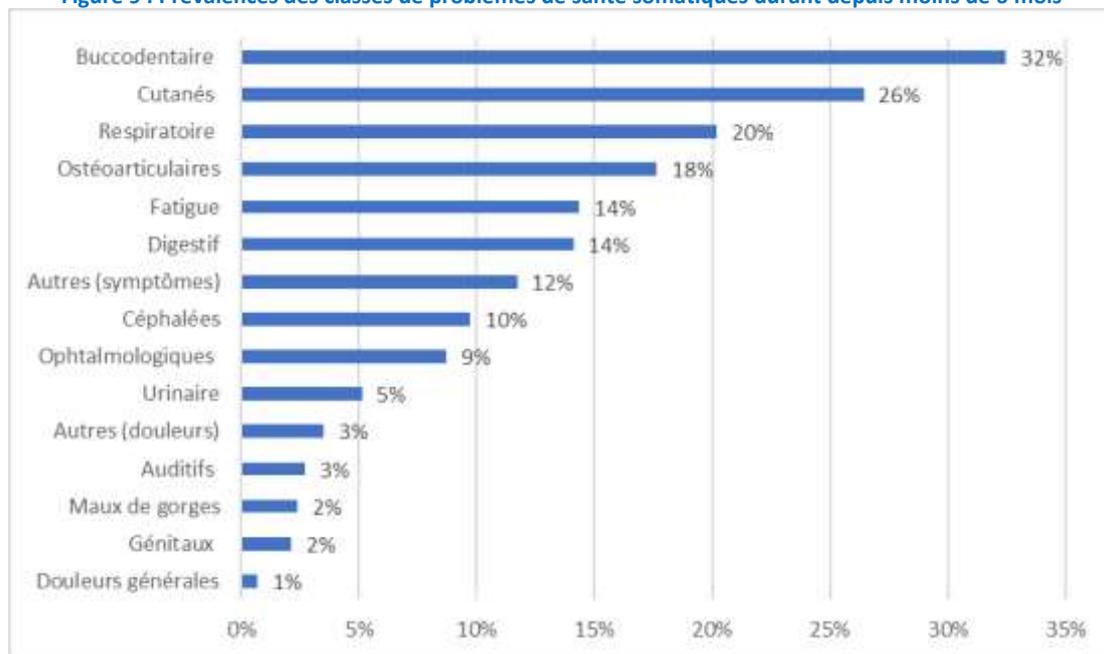
#### 4.5.3 La grande majorité a au moins un problème de santé somatique de moindre durée

**Plus de 8 personnes sur 10 se plaignent d'au moins un problème de santé somatique durant depuis moins de six mois.** La proportion de personnes touchées est plus importante parmi les personnes passées par un campement, et parmi celles arrivées en France depuis moins d'un mois.

Les problèmes les plus fréquemment indiqués (voir **figure 9**) sont les affections **bucco-dentaires**, qui touchent une personne sur trois, les problèmes **cutanés** (une personne sur quatre), **respiratoires** (une personne sur cinq) et **ostéo-articulaires** (près d'une personne sur cinq). **Fatigue générale, troubles digestifs, et maux de tête** sont mentionnés chacun par plus d'une personne sur dix.

Par ailleurs, des **antécédents de gale** sont identifiés pour **5% des personnes**.

Figure 9 : Prévalences des classes de problèmes de santé somatiques durant depuis moins de 6 mois



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

#### 4.6 Des éléments évoquant une souffrance psychique dans un cas sur trois

Parmi les **quatre signes de possible souffrance psychique** recherchés, ce sont les **problèmes de sommeil qui sont les plus fréquemment mentionnés**. Ils touchent 32% des personnes ayant répondu aux questions, et parmi ces dernières quatre sur dix disent en souffrir régulièrement (souvent ou tous les soirs). Les crises de larmes touchent 27% des personnes, dont 17% de manière régulière ; les idées noires et le sentiment d'être facilement irritable touchent chacun autour de 15% des personnes, dont ¼ de façon régulière.

En ne considérant que les **troubles présents « souvent » ou « tous les soirs »** : 13% souffrent régulièrement de troubles du sommeil, 5% de crises de larmes, près de 4% d'irritabilité, et autant d'idées noires.

**Un quart des personnes ont exprimé le souhait de rencontrer un professionnel de santé mentale** (2% en avaient déjà rencontré un).

Au total, **les éléments disponibles évoquent une probable souffrance psychique dans pour un tiers des personnes** (*a vu un professionnel de santé mentale, et/ou émis le souhait d'en rencontrer un, et/ou déclaré souffrir de façon régulière -(souvent ou tous les soirs-) d'un ou plusieurs des quatre signes de souffrance psychique explorés*). De tels éléments sont plus souvent présents quand la durée de la migration dépasse 6 mois, et quand les personnes expriment un sentiment de solitude. Leurs fréquences augmentent également avec la durée de présence en France (*cf. résultats de l'analyse multivariée en annexe 4*).

Pour 6% des personnes, a été retrouvée, dans les observations des infirmier.e.s, la mention spontanée d'un traumatisme vécu, et pour 5,5%, celle d'une détention (*voir définitions et modalités de codage au § 3.3*).

## 4.7 Des hypertension artérielles et des diabètes souvent hors de contrôle

### 4.7.1 Indice de Masse Corporelle

L'indice de masse corporelle a pu être calculé dans 80% des cas. L'insuffisance pondérale touche 9% de ces personnes et le surpoids 14% d'entre elles (dont une sur quatre est obèse). Le surpoids et l'obésité sont significativement plus fréquents pour les personnes déclarant avoir un problème de santé durant depuis plus de 6 mois.

### 4.7.2 Pression artérielle

La pression artérielle a pu être mesurée pour 92% des personnes.

**Parmi les 10 personnes ayant signalé être hypertendues, 8 avaient des chiffres tensionnels supérieurs aux normes.**

Parmi les 2368 personnes ne se déclarant pas être hypertendues, la mesure était supérieure aux normes pour 310 (13%), évoquant une possible hypertension possible, à confirmer.

### 4.7.3 Glycémie capillaire

La glycémie capillaire a pu être mesurée pour 86% des personnes.

**Parmi les 29 personnes se déclarant diabétiques, 12 (63%) avaient une glycémie capillaire supérieure au seuil de 1,50 g/L.**

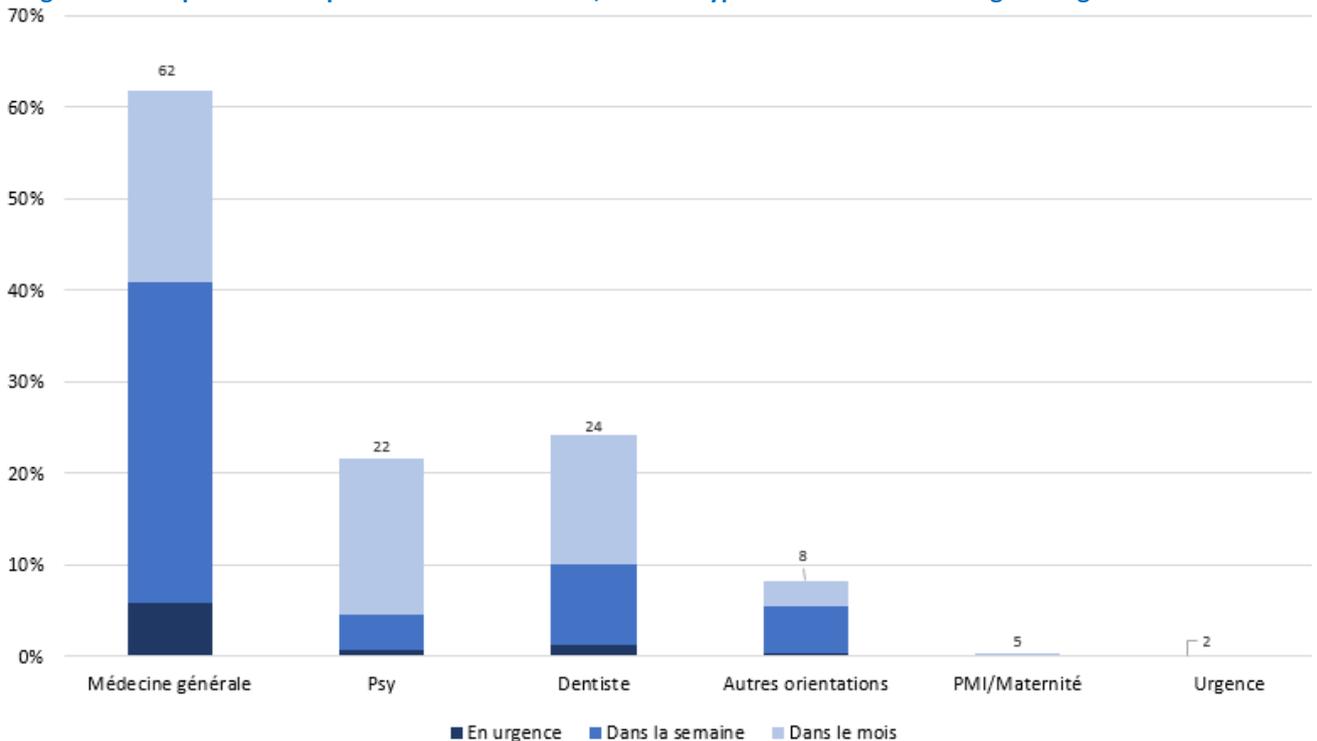
Parmi les 2209 personnes ne se disant pas diabétiques, 4% avaient une glycémie capillaire au-dessus du seuil utilisé et devaient faire l'objet d'examen exploratoires complémentaires.

#### 4.8 Orientations sanitaires à l'issue des bilans infirmiers

Des besoins d'orientation sanitaire ont été identifiés par les infirmier.e.s à l'issue du bilan. Des orientations pouvaient être conseillées vers un service hospitalier, un psychologue ou un psychiatre, un médecin généraliste, un dentiste, un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ou une maternité, ou vers un autre professionnel de santé (dont des médecins spécialistes, comme ophtalmologue, dermatologue et/ou gynécologue). Pour une même personne des orientations vers différents professionnels ou structures de santé pouvaient être notées. Pour chaque orientation, le délai conseillé pouvait varier de "urgent" à "dans le mois".

**Plus de 3000 besoins d'orientation sanitaire ont été identifiés par les infirmier.e.s, touchant 82% des personnes.** Les besoins les plus souvent mentionnés concernent les orientations vers un médecin généraliste (plus de la moitié des orientations, concernant plus de 60% des personnes), puis les orientations vers un dentiste, ou vers un psychologue ou un psychiatre (*voir figure 10*). Lorsqu'elles sont spécifiées, les autres orientations sont la plupart du temps des orientations vers un dermatologue, un ophtalmologue ou un gynécologue et elles concernent 7% des orientations et 8% des personnes.

**Figure 10 : Proportions des personnes « orientées », selon le type d'orientation et le degré d'urgence**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

Tous types confondus, une orientation dans la semaine a été conseillée à la moitié des personnes orientées, et une orientation dans le mois à 45% d'entre elles (voir **tableau 4**).

**Tableau 4 : Délais conseillés pour les orientations sanitaires**

Délai conseillé	Nombre d'orientations		Personnes orientées	
	n	%	n	%
En urgence	250	8	233	11
Dans la semaine	1366	45	1056	51
Dans le mois	1421	47	933	45
<b>Nombre total d'orientations /de personnes orientées</b>	<b>3037</b>	<b>100</b>	<b>2071</b>	

**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

La plupart des personnes (86%) souhaitant rencontrer un psychologue ou psychiatre ont été orientées en ce sens, et au total 62% des personnes cumulant au moins un des signes de souffrance psychique (ayant rencontré ou souhaitant rencontrer un psychologue ou un psychiatre, ou bien souffrant régulièrement d'un des 4 signes de souffrance psychique (voir § 4.6)) ont été orientées vers un professionnel spécialisé en santé mentale.

## 5 VARIATIONS PAR RAPPORT AUX BILANS DE LA PERIODE PRECEDENTE

Les bilans effectués entre octobre 2015 et fin mars 2016 l'ont été selon les mêmes principes que ceux présentés ici (réalisation par un infirmier.e, bilingue et/ou accompagné.e d'un interprète).

***Les personnes arrivées en France depuis plus de 18 mois ayant un profil particulier ont été exclues des comparaisons ci-dessous. Les répartitions des personnes selon leur durée de présence en France, globale ou avant l'entrée dans la structure d'hébergement, ne seront pas comparées en raison de la modification des critères d'inclusion des personnes dans les analyses (voir § 2.1).***

Comme lors de la période précédente, quatre personnes sur cinq disent être passées par un campement avant leur entrée dans la structure d'hébergement.

**La durée de présence dans la structure d'hébergement à la date du bilan infirmier**, qui reflète en partie le délai entre l'évacuation du campement et la réalisation du bilan infirmier, est **beaucoup plus courte** : près de la moitié des personnes ont bénéficié d'un bilan dans le mois suivant leur entrée dans la structure, alors que c'était le cas pour seulement 10% de celles vues dans la période précédente. Cependant, ce calcul ne prenant pas en compte d'éventuels séjours en structure d'hébergement avant l'entrée dans la dernière structure, il est possible que la durée de présence dans le dispositif d'hébergement, toutes structures confondues, ait été plus souvent sous-estimée que dans la période précédente, car les évacuations ont été beaucoup plus massives.

**La population est plus jeune** et comporte **un peu plus de femmes** (5,5% contre 3%). **Les pays d'origine les plus représentés sont les mêmes, et les proportions quasi-similaires** (légère diminution des personnes originaires d'Erythrée, au profit des celles nées au Soudan et en Somalie).

**Les durées de migration** tendent à être **plus courtes** (la durée médiane est de 10 mois, contre 13 mois dans la période précédente), bien que les migrations directes se fassent encore plus rares (moins d'1% contre 4,5%), et que le nombre moyen de pays parcourus soit en augmentation (3,8 pays contre 3).

**La proportion des personnes ayant vu un médecin dans l'année qui a précédé le bilan est plus faible** (moins de 60%, contre 70%). **La fréquence du renoncement aux soins, déclaré par les personnes, est en forte augmentation** (25% contre 13%) tandis que le refus de soins reste stable.

**Les prévalences globales des problèmes de santé sont plus élevées**, : 26% des personnes déclarent au moins un problème de santé somatique durant depuis plus de 6 mois (contre 16% pendant la période précédente) et 83% mentionnent au moins un problème de santé somatique de durée moindre (contre 77%).

**Une plus grande proportion de personnes s'est vue proposer une orientation sanitaire** à l'issue du bilan : c'est le cas pour 82% de la population, contre 75% pour la période précédente.

## 6 QUELQUES PARTICULARITES POUR LES FEMMES

Les femmes ayant eu un bilan infirmier entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 décembre 2016 sont au nombre de 142. Elles représentent **5,5% de personnes enquêtées**. Leurs situations et leur profil présentent plusieurs particularités.

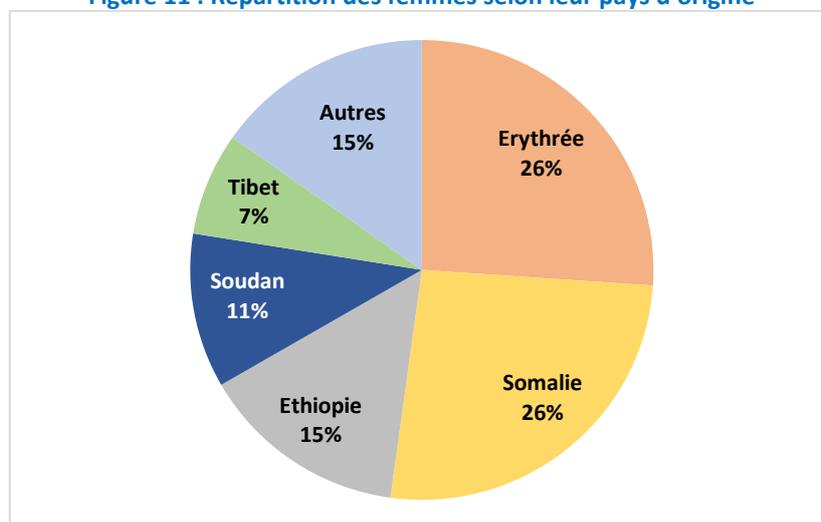
### 6.1 Plus âgées que les hommes, et plus souvent accompagnées

Leur âge moyen est de 29 ans. Cependant 13% d'entre elles étaient mineures au moment du départ de leur pays d'origine (contre 6% des hommes). Un peu plus de la moitié se déclarent mariées (55%) et une sur trois dit être accompagnée de sa famille en France (3% des hommes).

### 6.2 Des différences marquées concernant le pays d'origine et la durée du parcours migratoire

Leur répartition selon leur pays d'origine, détaillée dans la **figure 11**, diffère fortement de celle des hommes : les femmes nées en Erythrée et en Somalie représentent la moitié des femmes vues en bilan. Ces deux pays, ainsi que l'Ethiopie, sont plus représentés que le Soudan, qui est le pays de loin le plus représenté chez les hommes (40%). Plus de 5% des femmes sont originaires de la région autonome du Tibet<sup>9</sup>.

Figure 11 : Répartition des femmes selon leur pays d'origine



**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Femmes arrivées en France après le 30 avril 2015

Les durées de migration sont plus longues que pour les hommes : elles sont supérieures à 2 ans pour près de la moitié des femmes, alors que c'est le cas pour un quart des hommes seulement.

<sup>9</sup> Les pays d'origine classés dans « autres pays » sont pour la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest ou d'Afrique centrale, et très minoritairement des pays du Proche Orient ou d'Europe.

### 6.3 Des non réponses sur la couverture sociale et des besoins de soins plus fréquents

La situation relative à la couverture sociale maladie a été moins souvent renseignée que pour les hommes (64 % versus 82%), on n'observe aucune différence significative lorsque l'information existe.

Plus de six femmes sur dix ont eu besoin de soins depuis leur arrivée en France (moins d'un homme sur deux). Les taux de déclaration de refus de soins et de renoncement aux soins sont similaires à ceux des hommes.

### 6.4 Un défaut important de prévention en termes de santé sexuelle et reproductive

Deux femmes sur trois ont répondu à la question concernant leur **suivi gynécologique** et **près de 60% d'entre elles déclarent n'en avoir jamais eu**.

Au moment du bilan, 14 femmes (10%) étaient enceintes. **Leur grossesse était suivie médicalement seulement une fois sur trois**.

Parmi les femmes non enceintes, **seules 5 (4%) ont déclaré utiliser une méthode de contraception. Parmi celles qui n'en utilisent pas, 10% déclarent en souhaiter une**.

### 6.5 Une plus forte fréquence des éléments évoquant une souffrance psychique

Après standardisation sur l'âge, les prévalences globales des problèmes de santé somatiques durant depuis plus de six mois (au moins un problème de ce type) ne diffèrent pas de façon significative entre les deux sexes. Ce résultat est confirmé dans l'analyse multivariée<sup>10</sup>.

**Les femmes déclarent plus souvent que les hommes être dans une situation évoquant une souffrance psychique** (*ie. a consulté et/ou souhaite consulter un psy ou souffre régulièrement d'un des quatre signes de souffrance psychique recherchés*) (46%, contre 33% des hommes,  $p=10^{-4}$ ). Cette différence s'atténue fortement après contrôle des autres variables lors de l'analyse multivariée ( $p=0,028$ )<sup>11</sup>. Elles sont pourtant très peu nombreuses (moins de 1%, contre 5,5% des hommes) à avoir mentionné spontanément des traumatismes vécus.

### 6.6 Plus d'orientations vers des services spécifiques, aux dépens de la médecine générale

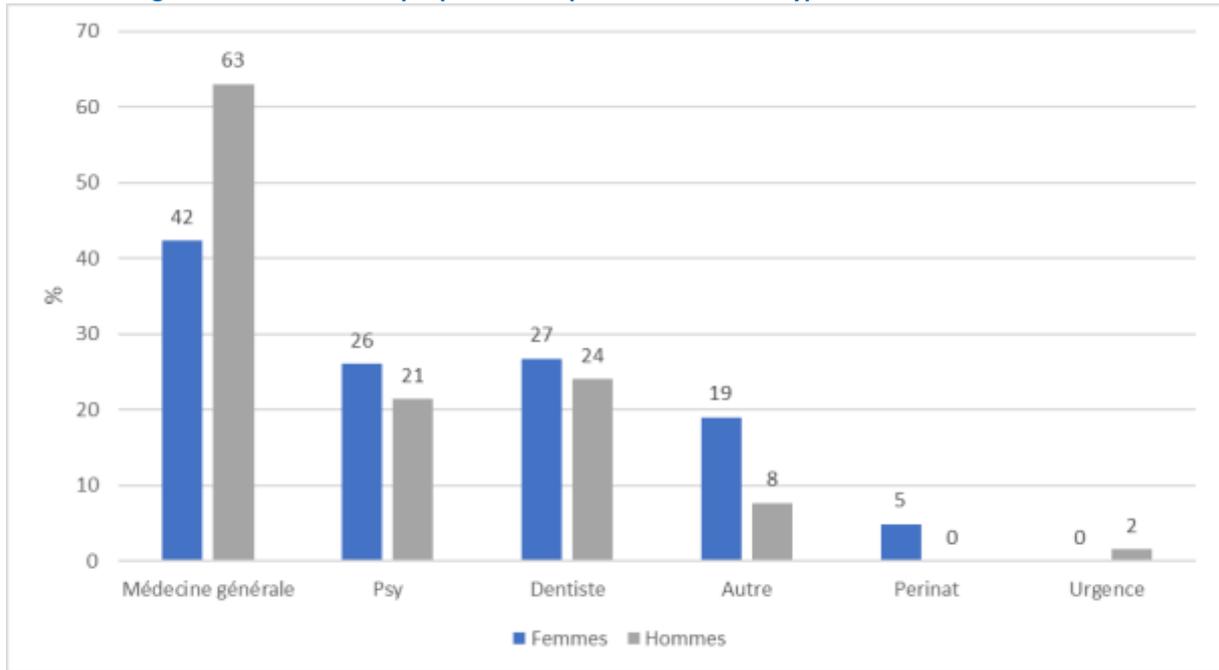
De façon globale, la fréquence des besoins d'orientation identifiés ne diffère pas selon le sexe, y compris en analyse multivariée. **Une orientation vers un médecin généraliste est moins souvent conseillée aux femmes qu'aux hommes** ( $p < 0,001$ , voir **figure 12**). Il n'existe pas de différences statistiquement significatives pour les orientations vers le dentiste ou les professionnels de santé mentale. **Les orientations sanitaires vers d'autres spécialistes leur sont, globalement, plus souvent conseillée** (de fait elles incluent les orientations vers le gynécologue, auxquelles il faut ajouter les orientations liées aux suivis de grossesse –classées en « Périnatalité » dans la **figure 12**)).

Aucune femme n'a été orientée en vers un service d'accueil d'urgence.

<sup>10</sup> La liste des variables de contrôle figure dans le paragraphe 3.4.

<sup>11</sup> La liste des variables de contrôle figure dans le paragraphe 3.4.

**Figure 12 : Orientations proposées aux personnes selon le type d'orientation et le sexe**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

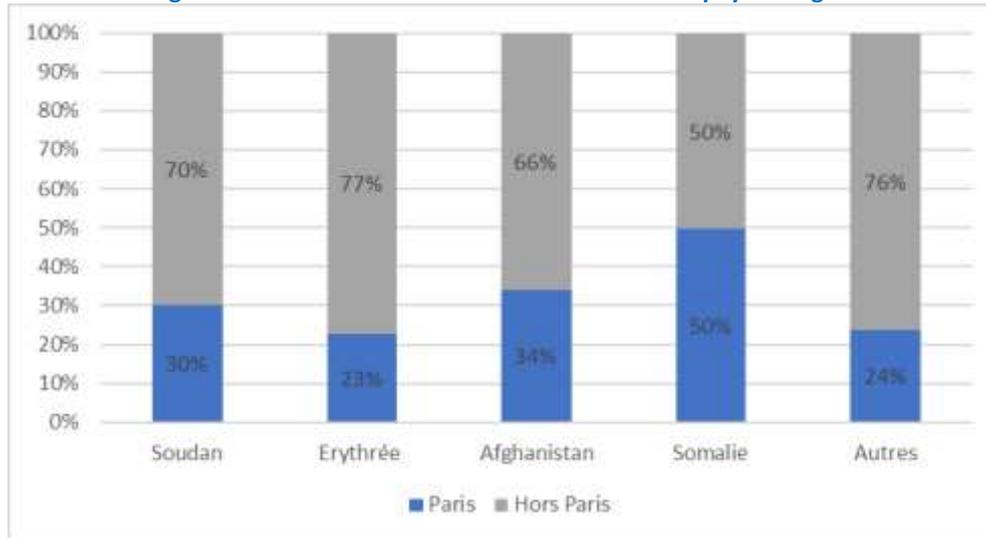
**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

## 7 VARIATIONS SELON LE PAYS D'ORIGINE

### 7.1 Les personnes venant de Somalie sont plus souvent hébergées dans Paris...

La répartition des lieux de réalisation des bilans entre Paris et les autres départements d'Île-de-France varie selon le pays d'origine (voir **figure 13**) ; les personnes originaires de Somalie sont celles qui sont le plus souvent hébergées dans des structures d'hébergement situées dans la capitale.

**Figure 13 : Lieux de réalisation des bilans selon le pays d'origine**



**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

### 7.2 ... Et elles sont présentes dans la structure d'hébergement depuis moins longtemps

La durée de présence dans la structure d'hébergement à la date du bilan infirmier varie selon le pays d'origine. Les personnes originaires de Somalie ont les durées les plus courtes, les personnes venant d'Erythrée et celles venant d'autres pays les durées les plus longues (voir détail dans le **tableau 5**).

**Tableau 5 : Durée de présence dans la structure d'hébergement selon le pays d'origine**

	Soudan (N=1130)		Erythrée (N=149)		Afghanistan (N=850)		Somalie (N=133)		Autres (N=295)		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Moins d'un mois	524	46	54	36	332	39	74	56	105	36	< 10 <sup>-3</sup>
[ 1 à 2 mois[	280	25	37	25	241	28	26	20	70	24	
[ 2 mois à 4 mois[	123	11	16	11	127	15	19	14	30	10	
4 mois ou plus	203	18	42	28	150	18	14	11	90	31	

**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

### 7.3 Des femmes plus nombreuses parmi les personnes nées en Somalie et en Erythrée

Les caractéristiques sociodémographiques diffèrent selon le pays de naissance (*voir détail dans le tableau 6*). Les personnes originaires du Soudan ou d'Afghanistan sont quasi-exclusivement des hommes, alors que celles nées en Somalie ou en Erythrée comprennent un quart de femmes. Celles originaires de Somalie, celles nées dans un des pays « Autres » sont les plus âgées et celles nées en Afghanistan les plus jeunes. Pourtant les personnes venant d'Erythrée et de Somalie sont plus souvent parties de leur pays alors qu'elles étaient encore mineures ( $p < 0,001$ ).

**Tableau 6 : Répartition par sexe et âge selon le pays d'origine**

	Soudan (N=1130)		Erythrée (N=149)		Afghanistan (N=850)		Somalie (N=133)		Autres (N=295)		p- value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexe</b>											
Masculin	1115	99	113	76	844	99	97	73	248	84	< 10 <sup>-3</sup>
<b>Groupe d'âge</b>											
Moins de 18 ans	7	1	1	1	9	1	0	0	4	1	
18 - 23 ans	177	16	14	10	344	41	33	26	72	25	< 10 <sup>-3</sup>
24-29 ans	702	63	92	63	359	43	42	33	121	41	
30-39 ans	206	18	35	24	114	14	35	27	67	23	
Plus de 40 ans	30	3	5	3	17	2	18	14	30	10	
<b>Age au moment du départ du pays</b>											
Moins de 18 ans	47	5	22	17	36	5	14	13	20	7	< 10 <sup>-3</sup>
18 - 23 ans	349	33	47	36	352	47	34	31	91	33	
24-29 ans	499	48	41	32	265	35	35	32	96	35	
30-39 ans	136	13	16	12	84	11	18	16	51	18	
Plus de 40 ans	19	2	3	2	13	2	10	9	20	7	

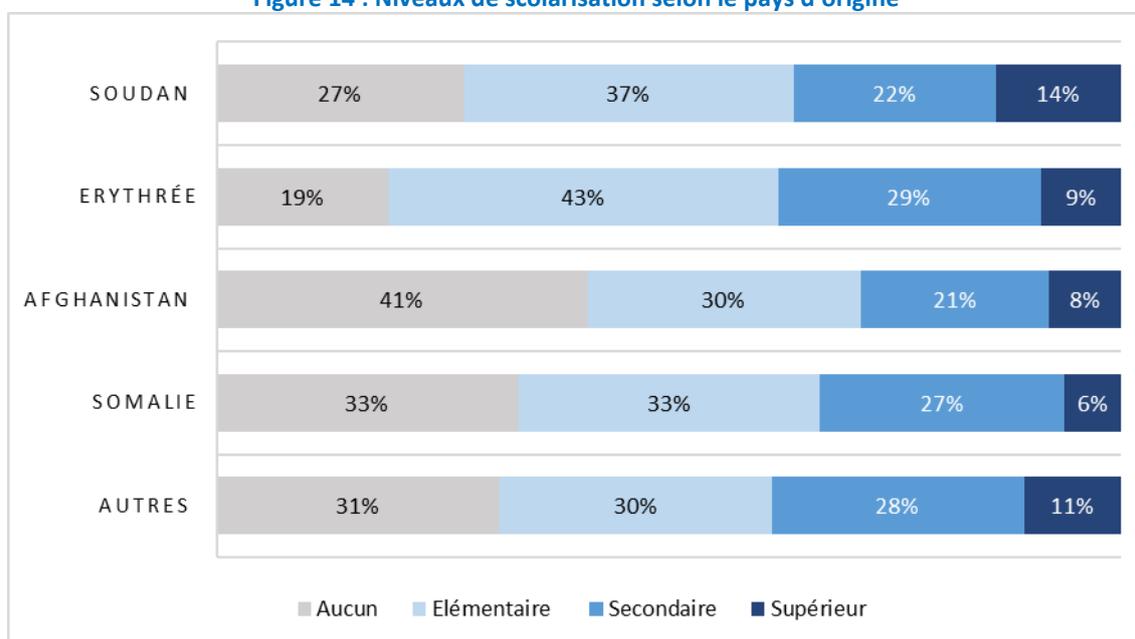
**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

Un soutien social est plus souvent mentionné par les personnes originaires d'Afghanistan : 56% d'entre elles déclarent pouvoir compter sur un soutien social, quel qu'en soit le type, contre 45%, ou moins, pour celles nées en Somalie et du Soudan ( $p < 0,001$ ).

Les niveaux de scolarisation diffèrent également selon le pays d'origine ( $p < 0,001$ ). Le taux des personnes non scolarisées est le plus élevé pour les personnes originaires d'Afghanistan (voir **figure 14**).

**Figure 14 : Niveaux de scolarisation selon le pays d'origine**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 mars 2016

#### 7.4 Des parcours migratoires plus courts mais plus complexes depuis l'Afghanistan

La durée de migration varie considérablement selon le pays d'origine (voir détail dans le **tableau 7**), les personnes originaires d'Afghanistan ayant les durées les plus courtes.

**Tableau 7 : Durées de migration selon le pays d'origine**

	Soudan		Erythrée		Afghanistan		Somalie		Autres		p-value
	(N=1130)		(N=149)		(N=850)		(N=133)		(N=295)		
<b>Durée de la migration (mois)</b>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Moins de 6 mois	298	29	17	13	463	62	17	14	128	46	< 10 <sup>-3</sup>
[6 à 12 mois [	178	17	16	12	151	20	14	12	27	10	
[1 à 2 ans [	225	22	21	16	78	10	16	14	41	15	
[2 à 4 ans [	245	24	26	20	23	3	24	21	32	12	
4 ans et plus	95	9	51	39	37	5	44	39	47	17	

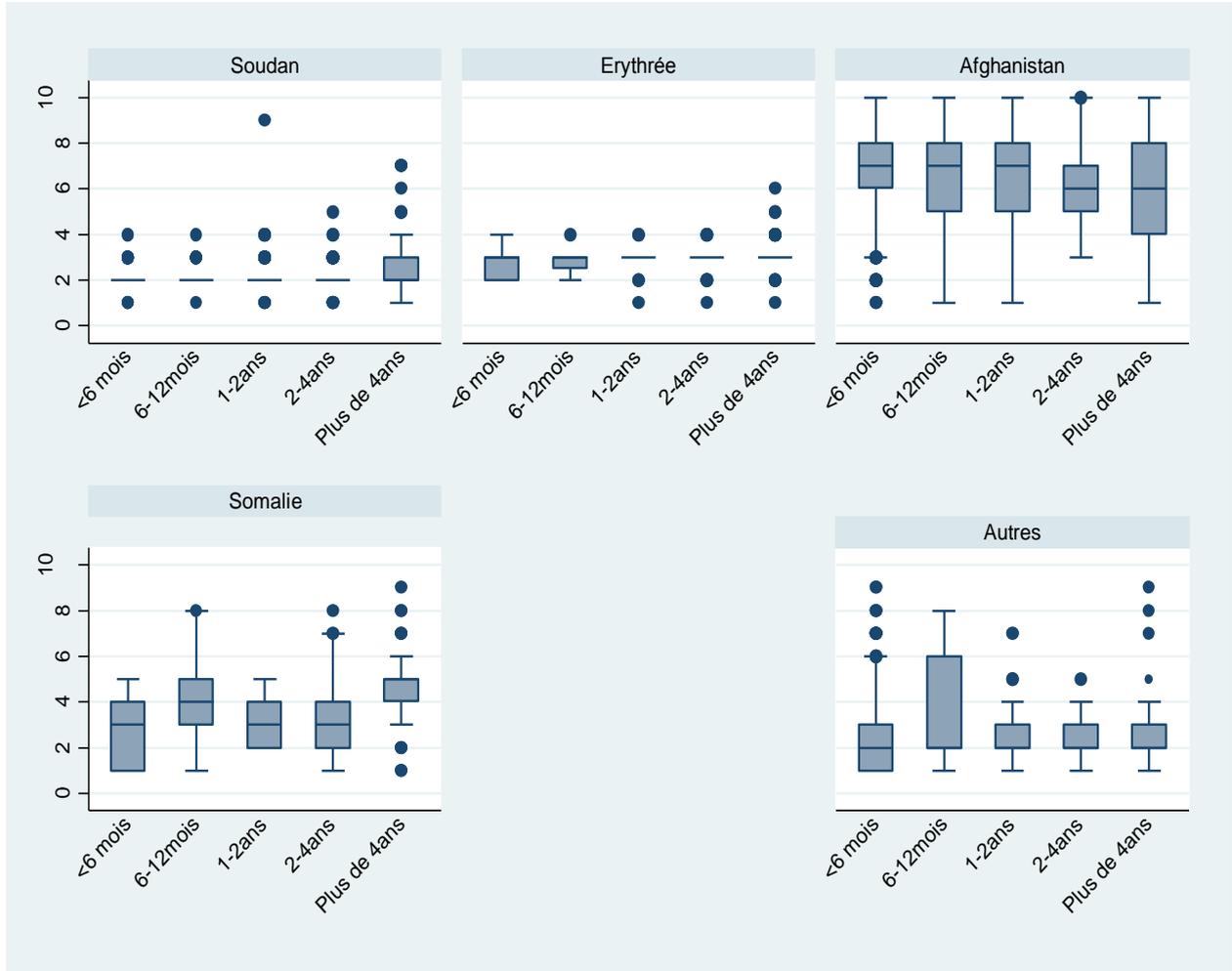
**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

Le **nombre moyen de pays** où les personnes ont séjourné pendant leur trajet migratoire varie de façon statistiquement significative selon le pays d'origine ( $p < 0,001$ ) : il est de 2 en moyenne pour les personnes originaires du Soudan, de 3 pour les personnes nées en Erythrée ou dans un pays « autre », 4 pour celles nées en Somalie et 7 pour celles nées en Afghanistan. Pour les personnes d'un même

pays d'origine, le nombre de pays « parcourus » varie, de façon non uniforme, avec la durée de leur parcours migratoire (cf. **figure 15**).

**Figure 15 : Distribution des personnes selon le nombre de pays parcourus en fonction de la durée de la migration, pour les principaux pays d'origine**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

**Lecture :** Graphique « Soudan » : parmi les personnes nées dans ce pays, plus de la moitié ont séjourné dans 2 pays quelle que soit la durée de leur migration tant que celle-ci est inférieure à 4 ans ; la moitié de celles ayant une durée de migration plus longue ont séjourné dans au moins 2 pays, et un quart dans au moins 3 pays.

## 7.5 Des durées de présence en France et des fréquences de séjour en campement variables

La durée de présence en France à la date du bilan, et la proportion des personnes passées par un campement, varient de façon significative selon le pays d'origine (voir **tableau 8** et **figure 16**). Ce sont les personnes originaires d'Afghanistan et des pays « autres » qui ont le moins souvent séjourné dans un campement.

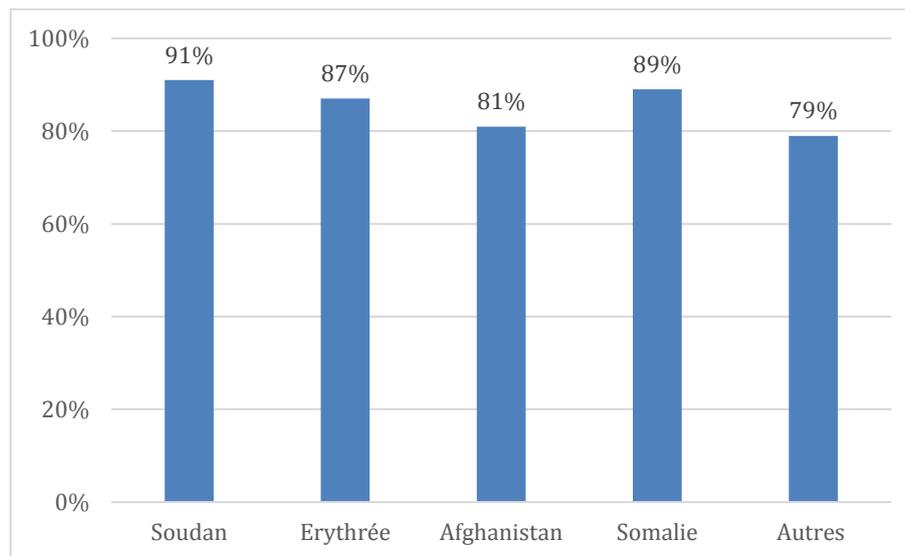
**Tableau 8 : Durée du séjour en France selon le pays d'origine**

	Soudan (N=1130)		Erythrée (N=149)		Afghanistan (N=850)		Somalie (N=133)		Autres (N=295)		p- value
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
Moins d'un mois	131	12	13	9	114	13	20	15	24	8	< 10 <sup>-3</sup>
[1 à 2 mois [	367	33	34	23	189	22	51	38	72	24	
[2 à 4 mois [	349	31	35	24	254	30	33	25	70	24	
[ 4 mois à 1 an[	252	22	58	39	271	32	27	20	125	42	
Un an et plus	30	3	9	6	20	2	2	2	4	1	

**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

**Figure 16 : Proportion de personnes passées par un campement selon leur pays d'origine**



**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

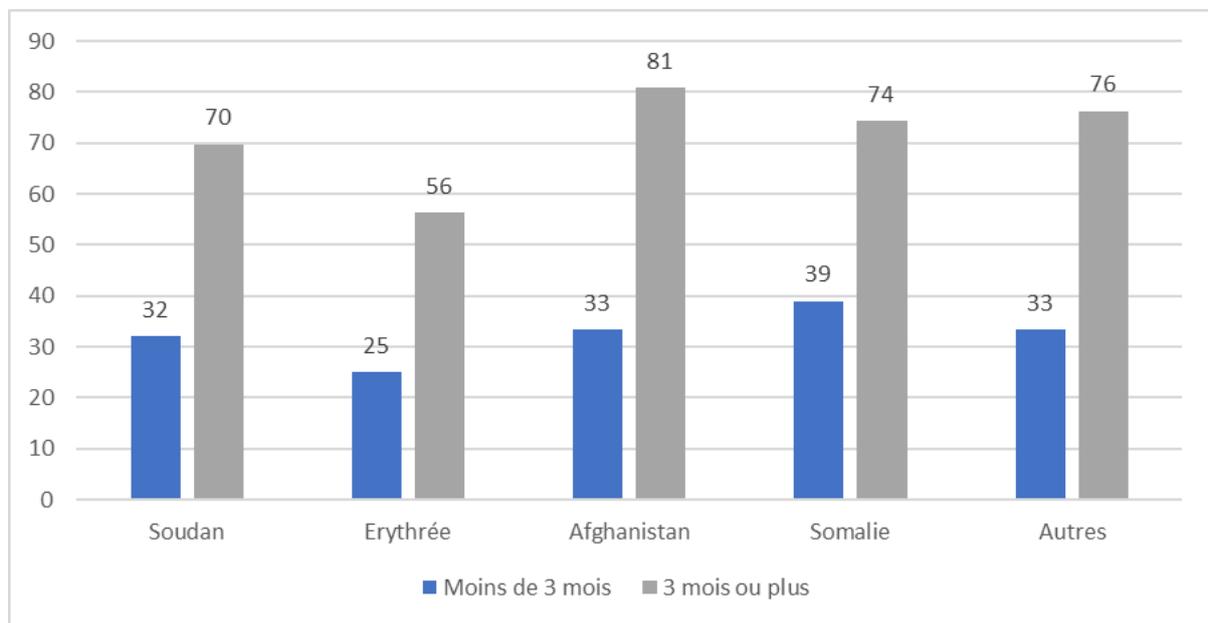
**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

## 7.6 Une couverture sociale moindre pour les personnes originaires d'Erythrée

Les besoins de soins des personnes depuis leur arrivée en France, le temps écoulé depuis leur dernière consultation médicale, et les taux de refus de soins et de renoncement aux soins, ne diffèrent pas selon le pays d'origine.

**Pour les personnes présentes en France depuis plus de 3 mois, la proportion de personnes ayant une couverture sociale maladie ou ayant entamé des démarches dans ce sens diffère de façon statistiquement significative selon le pays d'origine, les personnes les plus en difficulté étant celles nées en Erythrée** (on n'observe pas de différence significative pour les personnes présentes en France depuis moins de 3 mois) (voir **figure 17**).

**Figure 17 : Proportion des personnes ayant une couverture sociale maladie ou ayant entamé des démarches dans ce sens, selon leur durée de présence en France (plus ou moins de 3 mois) et leur pays d'origine**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

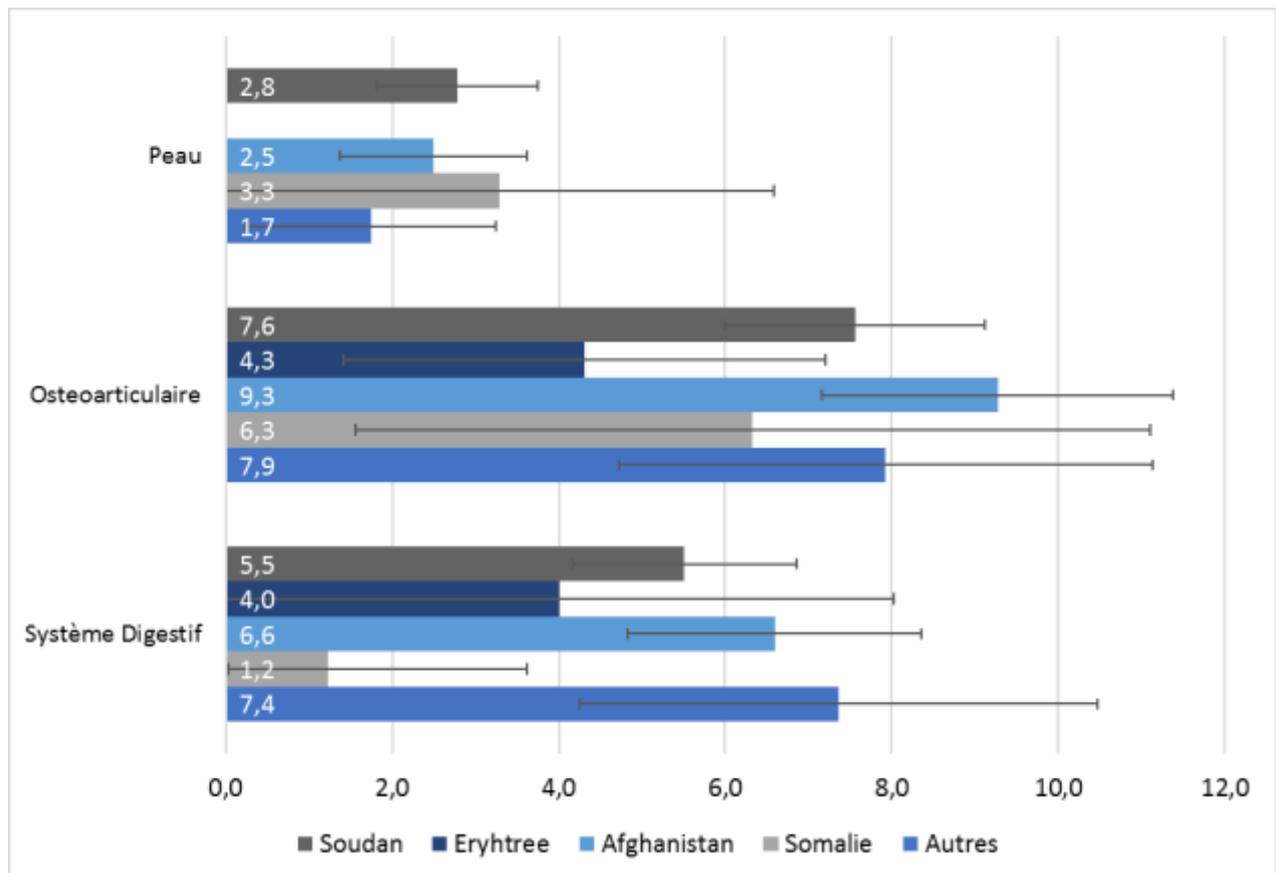
**Lecture :** Parmi les personnes présentes en France depuis au moins 3 mois, 56% de celles nées en Erythrée ont une couverture sociale maladie ou ont entamé des démarches dans ce sens, c'est le cas pour 81% de celles originaires d'Afghanistan

## 7.7 Les prévalences varient pour plusieurs classes de problèmes de santé

### 7.7.1 Problèmes de santé somatiques durant depuis plus de six mois

Après standardisation sur l'âge, la prévalence globale des problèmes de santé somatiques durant depuis plus de 6 mois (proportion des personnes déclarant au moins un problème de ce type) ne varie pas significativement selon le pays de naissance. Ce résultat se retrouve lors de l'analyse multivariée<sup>12</sup>. Une analyse par classes de problèmes de santé (voir détail en **annexe 3**) montre qu'aucun problème de peau n'est mentionné par des personnes nées en Erythrée, et que les prévalences des problèmes touchant le **système digestif et le système ostéoarticulaire diffèrent, après standardisation sur l'âge, selon le pays d'origine** (voir **figure 18**). Les problèmes de santé « durables » touchant le système ostéo-articulaire sont les plus fréquents chez les personnes originaires d'Afghanistan et les plus rares chez celles nées en Erythrée. Les problèmes de type digestif sont les plus fréquents chez les personnes originaires des « autres pays » et les plus rares chez celles nées en Somalie.

**Figure 18 : Prévalences standardisées sur l'âge (IC95%)\* des problèmes somatiques durant depuis plus de 6 mois affectant la peau, les systèmes ostéo-articulaire et digestif, selon le pays d'origine**



IC95% : intervalle de confiance à 95%

**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

**Lecture** : La prévalence standardisée sur l'âge des problèmes ostéoarticulaires durant depuis plus de 6 mois est de 9.3% pour les personnes originaires d'Afghanistan (IC95% =[7,2%-11,4%]) et de 4.3% pour les personnes originaires d'Erythrée (IC95%=[1,4%-7,2]).

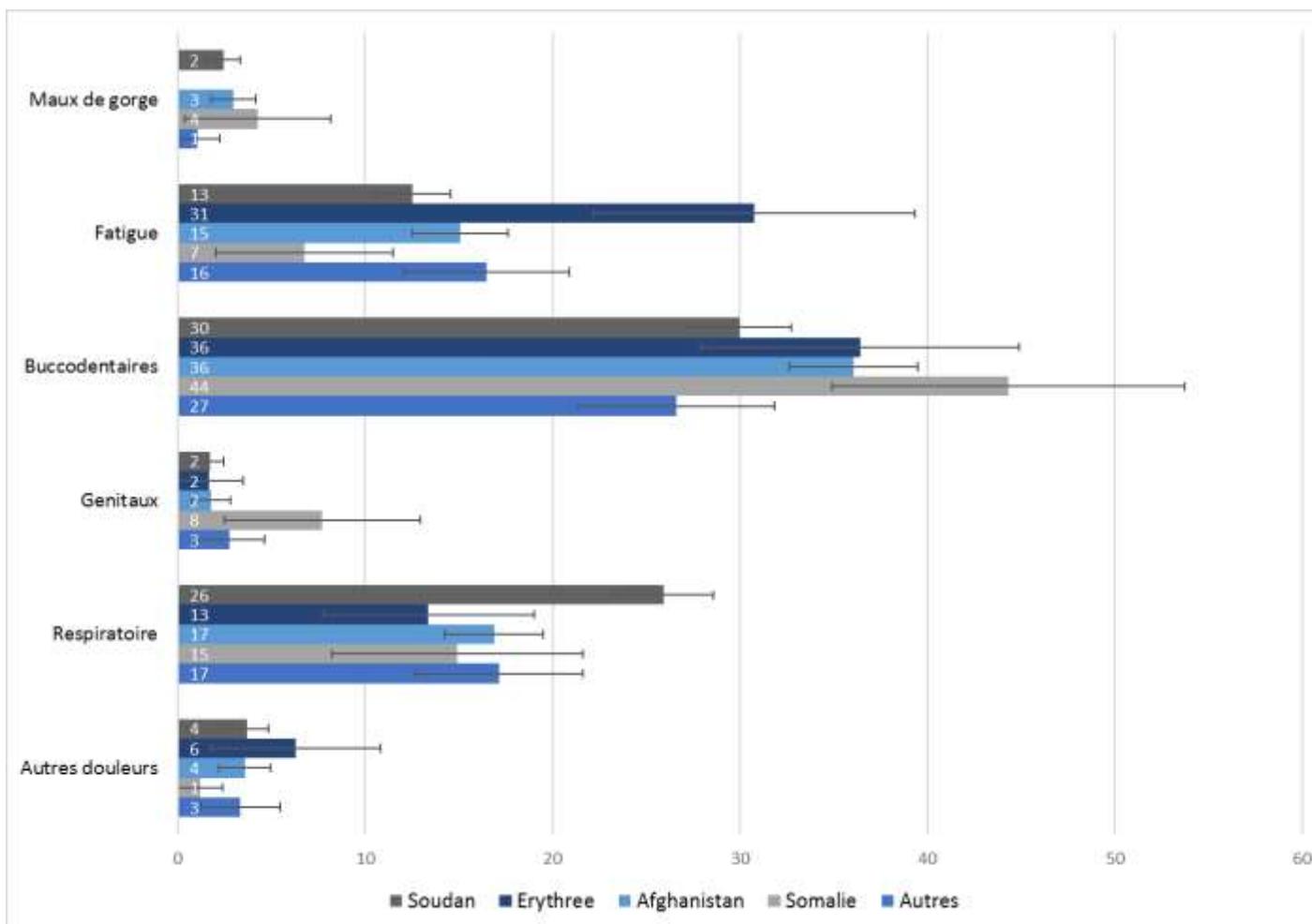
<sup>12</sup> Voir liste des variables de contrôle dans le paragraphe 3.4.

### 7.7.2 Problèmes de santé somatiques durant depuis moins de six mois

La prévalence globale, standardisée sur l'âge, des problèmes de santé somatiques durant depuis moins de six mois (proportion des personnes ayant au moins un problème de ce type) ne diffère pas de façon significative selon le pays d'origine. Il en est de même dans l'analyse multivariée<sup>13</sup>. Cependant, des différences significatives existent pour certains types de problèmes : les troubles respiratoires, bucco-dentaires et génitaux, ainsi que la fatigue (voir **figure 19**).

Les troubles respiratoires sont déclarés le plus souvent par les personnes originaires du Soudan, les problèmes génitaux et bucco-dentaires sont le plus souvent mentionnés par celles nées en Somalie. La fatigue est le plus souvent déclarée par celles venant d'Erythrée. Aucune de ces dernières ne se plaint de maux de gorge.

**Figure 19 : Prévalence standardisée sur l'âge (IC95%) des problèmes de santé durant depuis moins de 6 mois de type buccodentaire, génital, respiratoire, fatigue et maux de gorge, selon le pays d'origine**



IC95% : intervalle de confiance à 95%

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

**Lecture :** La prévalence standardisée sur l'âge des problèmes buccodentaires durant depuis plus de 6 mois est de 44% pour les personnes originaires de Somalie (IC95%=[35%-54%]) et de 30% pour les personnes originaires du Soudan (IC95%=[27%-33%])

<sup>13</sup> Voir liste des variables de contrôle dans le paragraphe 3.4.

### 7.7.3 Présence d'éléments évocateurs de souffrance psychique

La proportion de personnes souhaitant rencontrer un professionnel de santé mentale est sensiblement la même quel que soit le pays d'origine (voir **tableau 9**). En revanche celle de personnes pour lesquelles au moins un élément fait évoquer une **souffrance psychique** (i.e. ayant rencontré ou souhaitant rencontrer un professionnel de santé mentale ou ayant fréquemment au moins un des 4 symptômes de souffrance psychique recherchés) varie de façon significative : ce sont les personnes originaires d'Erythrée et de Somalie qui sont le plus souvent dans ce cas en analyse bivariée. **En analyse multivariée<sup>14</sup>, ce sont au contraire les personnes originaires d'Afghanistan et de Somalie qui sont plus souvent dans cette situation.**

**Tableau 9 : Signes de souffrance psychique selon le pays d'origine**

	Soudan (N=1130)		Erythrée (N=149)		Afghanistan (N=850)		Somalie (N=133)		Autres (N=295)		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Souhaite rencontrer un psychologue ou un psychiatre Déclare : (N : 2573)	233	23	40	28	211	26	30	25	71	25	NS
<i>des problèmes de sommeil</i>	212	19	30	20	141	17	33	25	44	15	NS
<i>des idées noires</i>	82	7	14	9	59	7	16	12	25	8	NS
<i>une irritabilité</i>	82	7	14	9	72	8	18	14	25	8	NS
<i>des crises de larmes</i>	134	12	26	17	131	15	22	17	34	12	NS
<b>Situation de possible souffrance psychique*</b>	334	30	65	44	302	36	50	38	101	34	< 10 <sup>-3</sup>

\*A rencontré ou souhaite rencontrer un psychologue ou psychiatre, ou a régulièrement un des 4 symptômes de souffrance psychique explorés

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

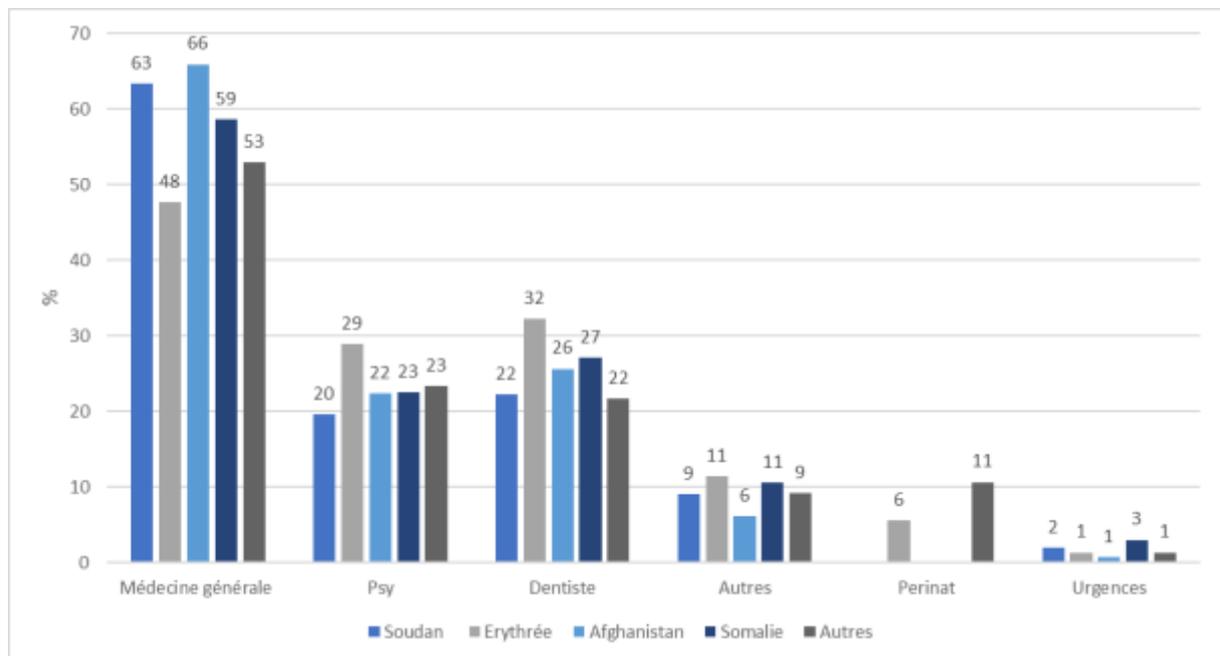
<sup>14</sup> Voir liste des variables de contrôle dans le paragraphe 3.4. Les résultats détaillés du modèle de régression logistique sont présentés en annexe 4.

## 7.8 Les orientations vers un généraliste ou un dentiste varient selon le pays d'origine

La fréquence des besoins d'orientation identifiés lors des bilans, tous types confondus, diffère selon le pays de naissance, les personnes originaires d'Afghanistan et de Somalie étant plus souvent orientées que les autres ( $p=0,0001$ ). Cette différence s'efface en analyse multivariée ( $p=0,053$ ).

Si on analyse les orientations selon les différentes spécialités, seules les proportions des personnes orientées vers la médecine générale et vers le dentiste sont significativement différentes selon le pays d'origine (voir **figure 20**). **Les personnes originaires d'Erythrée sont moins souvent orientées vers la médecine générale tandis que celles originaires d'Afghanistan et de Somalie le sont plus fréquemment. Pour les orientations vers un dentiste, l'inverse est observé : ce sont les personnes originaires d'Erythrée qui y sont orientées le plus souvent et celles venant de Somalie et de pays « autres » le moins fréquemment.**

**Figure 20 : Proportion de personnes orientées vers chaque type de professionnel selon le pays d'origine**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

## 8 VARIATIONS SELON LA PERIODE DU BILAN

L'analyse distingue les quatre périodes définies précédemment (voir **Encadré 3, § 3.3**) : avril-juin, juillet-août, septembre-octobre et novembre-décembre.

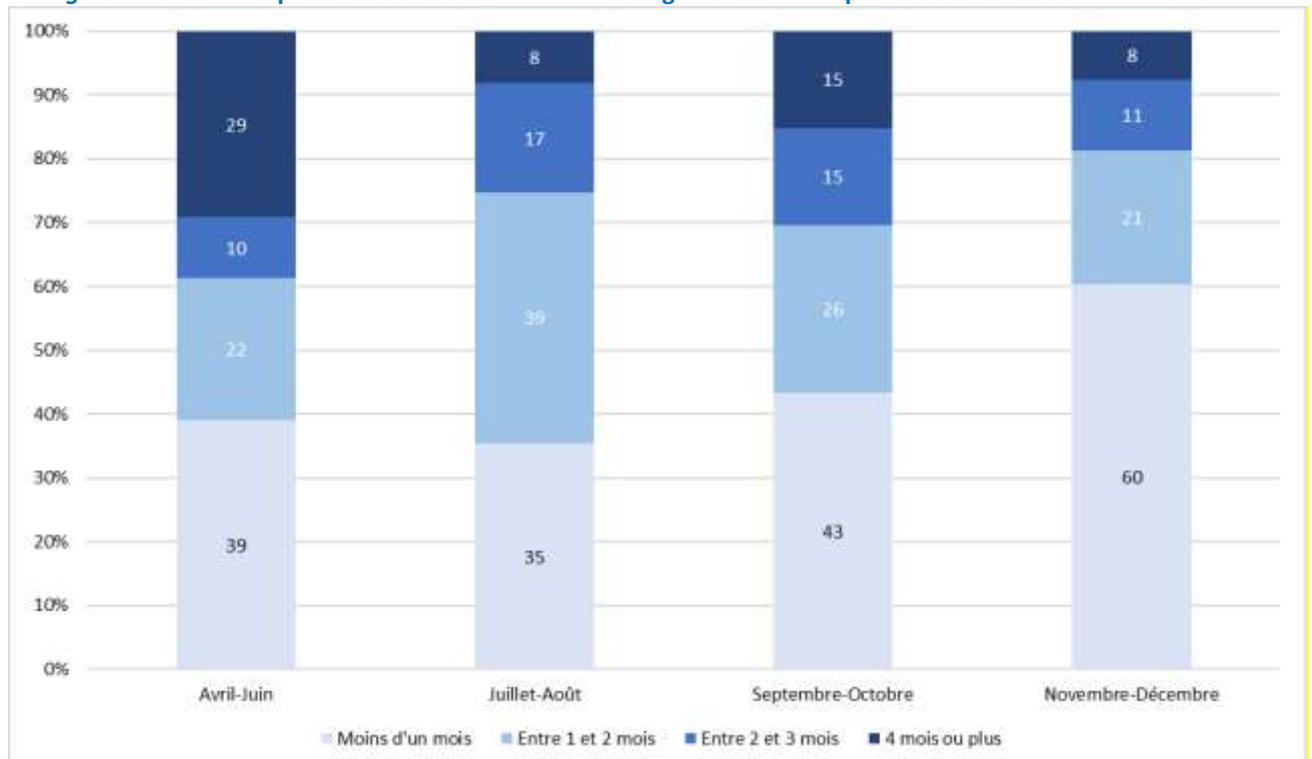
### 8.1 Des bilans plus souvent réalisés dans Paris pendant La période estivale

Pendant la période couvrant les congés d'été (juillet-août), en l'absence des équipes de la CRF, près d'un bilan sur deux a été effectué dans des structures d'hébergement situées dans Paris, soit près de deux fois plus que lors des autres périodes ( $p < 0,001$ ).

### 8.2 Des durées de présence dans la structure d'hébergement au moment du bilan plus courtes en fin d'année, par construction

La durée de présence dans la structure d'hébergement à la date du bilan infirmier varie de façon statistiquement significative selon les périodes ( $p < 10^{-3}$ , voir **figure 21**). Elle est minimale, par construction, pour les personnes ayant eu ce bilan pendant la période de novembre-décembre, et maximale pour celles qui ont été vues entre avril et juin. De fait les équipes infirmières ont continué à réaliser des bilans auprès de personnes évacuées en novembre 2016 jusqu'en mars 2017.

**Figure 21 : Durée de présence dans la structure d'hébergement selon la période de réalisation du bilan**



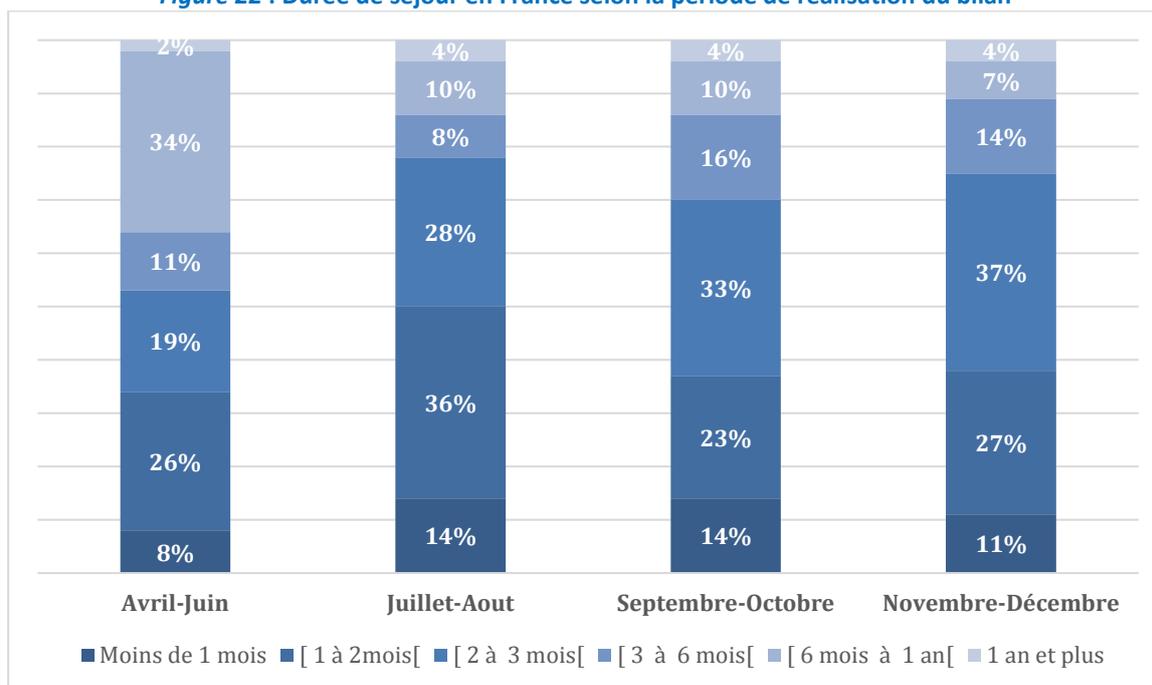
**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

### 8.3 Des durées de présence en France au moment du bilan plus courtes pendant l'été

La durée de séjour en France varie de façon statistiquement significative selon la période à laquelle les personnes ont été rencontrées pour le bilan ( $p < 0,001$ ), tout comme la proportion des personnes ayant séjourné dans un campement ( $p = 0,001$ ). Les personnes vues en juillet-août sont celles pour lesquelles la durée de présence en France à la date du bilan est la plus courte (voir **figure 22**). La proportion des personnes passées par un campement est la plus importante pour les personnes vues en novembre-décembre, elle est la plus faible pour celles vues entre juillet et octobre.

**Figure 22 : Durée de séjour en France selon la période de réalisation du bilan**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

### 8.4 Des besoins et des refus de soins variables selon les périodes

La proportion de personnes déclarant avoir eu besoin de soins depuis leur arrivée en France, et la proportion de celles ayant connu un refus de soins, diffèrent de façon statistiquement significative selon la période de réalisation du bilan infirmier (voir détail dans le **tableau 10**). Ce n'est pas le cas pour les personnes déclarant avoir renoncé à des soins. Les personnes déclarant le plus souvent avoir eu besoin de soins depuis leur arrivée en France sont celles vues par les infirmier.e.s entre avril et juin, et celles déclarant le moins souvent avoir connu un refus de soins sont celles vues en juillet-août.

**Tableau 10 : Besoins et refus de soins depuis l'arrivée en France, selon la période de réalisation du bilan**

	Avril-Juin		Juillet-Août		Septembre-Octobre		Novembre-Décembre		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Besoins de soins en France	164	60	273	45	249	45	285	42	0,009
Refus de soins	53	7	11	2	41	7	39	6	< 10 <sup>-3</sup>

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

## 8.5 L'expression des problèmes de santé varie selon les périodes

### 8.5.1 Problèmes de santé somatiques

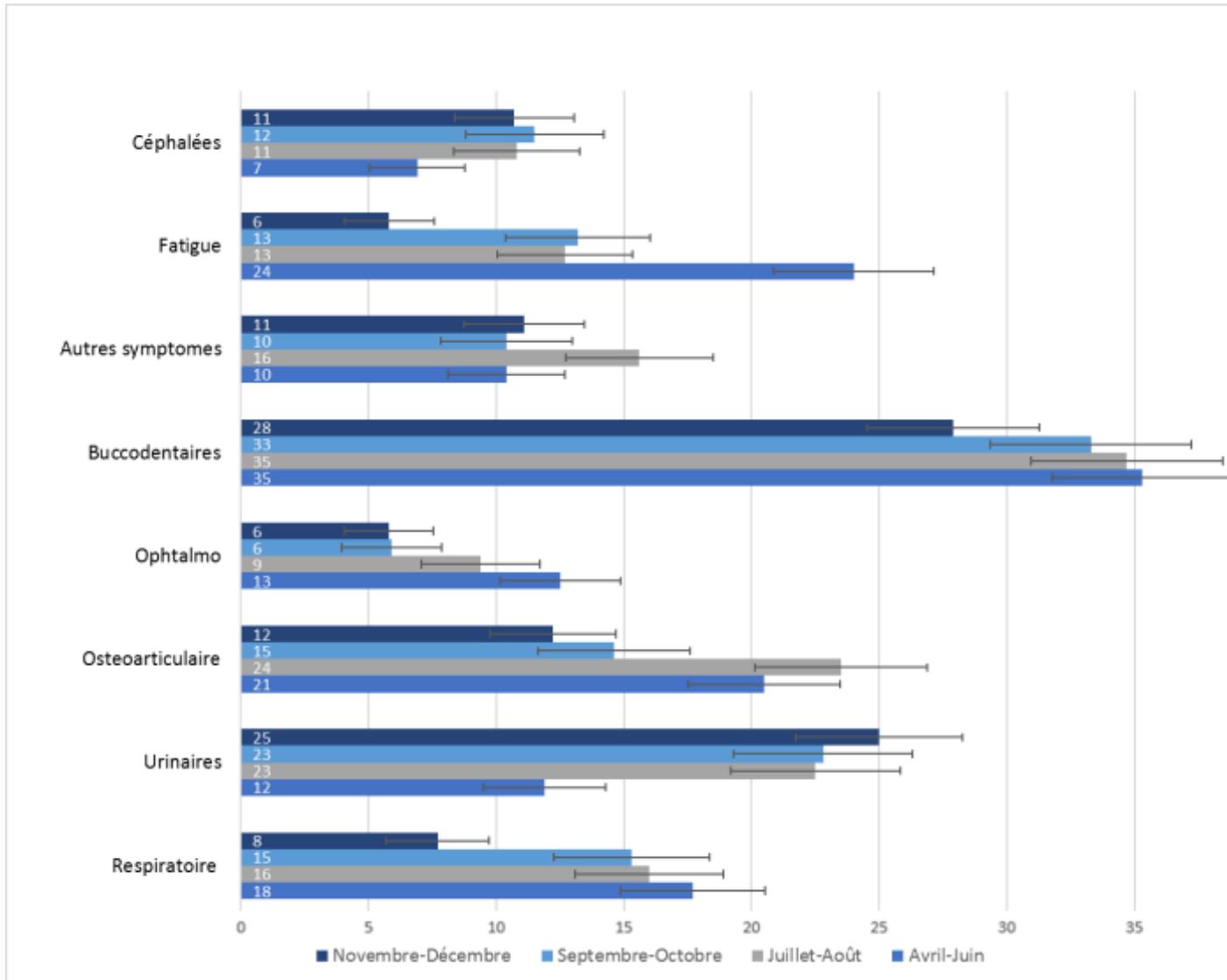
**Les prévalences globales des problèmes de santé somatiques d'une durée supérieure à six mois, diffèrent** selon les périodes de réalisation des bilans, y compris en analyse multivariée<sup>15</sup> ( $p = 0,0003$ ). Les personnes vues à partir de septembre 2016 ont déclaré plus souvent ce type de problèmes.

**Les prévalences globales des problèmes de santé somatiques d'une durée inférieure à six mois, diffèrent** également selon les périodes de réalisation des bilans, mais les différences sont atténuées en analyse multivariée ( $p = 0,025$ ). Les personnes vues en juillet et août ont plus souvent un problème de ce type que celles vues pendant les autres périodes. Les prévalences des problèmes respiratoires, ostéo-articulaires, oculaires et buccodentaires sont minimales pour les bilans faits en fin d'année, tandis que celles des troubles urinaires et des céphalées sont minimales pour les bilans réalisés entre avril et juin. La prévalence de la fatigue est très supérieure pour les bilans fait entre avril et juin, et est minimale pour ceux faits en fin d'année. Toutes ces prévalences diffèrent significativement selon la période de réalisation des bilans (*voir figure 23*).

---

<sup>15</sup> Voir la liste des variables de contrôle dans le paragraphe 3.4.

**Figure 23 : Prévalences standardisées sur l'âge (IC95%) des divers problèmes de santé durant depuis moins de six mois selon la période de réalisation du bilan**



IC95% : intervalle de confiance à 95%

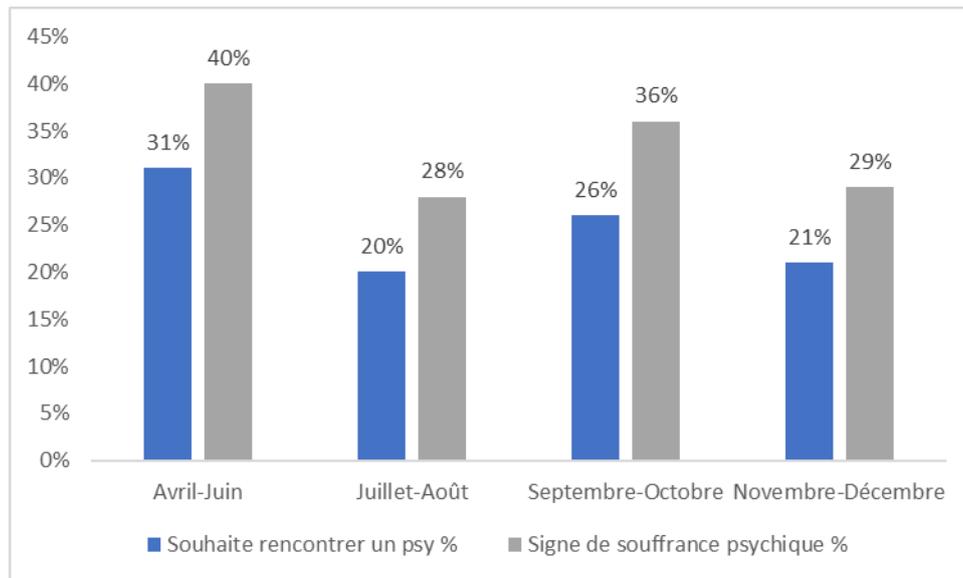
**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2015

### 8.5.2 Signes évocateurs de souffrance psychique

**La fréquence des éléments évocateurs de souffrance psychique varie** selon les périodes de réalisation des bilans. Les personnes vues entre avril et juin sont celles ayant le plus souvent indiqué des éléments évocateurs de souffrance psychique (voir **figure 24**). Ces différences se maintiennent lors de l'analyse multivariée<sup>16</sup>. Ces personnes souhaitent également plus souvent rencontrer un psychiatre ou un psychologue ( $p < 0,001$ ).

**Figure 24 : Proportion des personnes souhaitant rencontrer un professionnel de santé mentale, et ayant des signes évoquant une souffrance psychique, selon la période du bilan**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

### 8.6 Des besoins d'orientation plus souvent identifiés en juillet et août

**La proportion de personnes pour qui au moins un besoin d'orientation sanitaire a été identifié** par les infirmier.e.s à l'issue du bilan, varie de façon statistiquement significative selon la période de réalisation de ce dernier (voir détail dans **le tableau 11**) : elle est **maximale pour les personnes vues en juillet-août** et **minimale pour celles vues en novembre-décembre**. Ces variations sont confirmées en analyse multivariée. Parmi les personnes ayant eu au moins une orientation, **le nombre moyen d'orientations par personne est maximal pour les personnes vues en avril-juin**.

<sup>16</sup> Voir la liste des variables de contrôle dans le paragraphe 3.4.

**Tableau 11 : Besoins d'orientations identifiés à l'issue du bilan, selon sa période de réalisation**

	Avril-Juin		Juillet-Août		Sept-Oct.		Nov-Déc.		p-value
	N=724		N=612		N=558		N=686		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Au moins une orientation conseillée	572	80	550	91	454	85	495	72	< 10 <sup>-3</sup>
Nombre d'orientations conseillées	933		773		665		666		
Nombre moyen d'orientations conseillées par personne*	1,29		1,26		1,19		0,97		

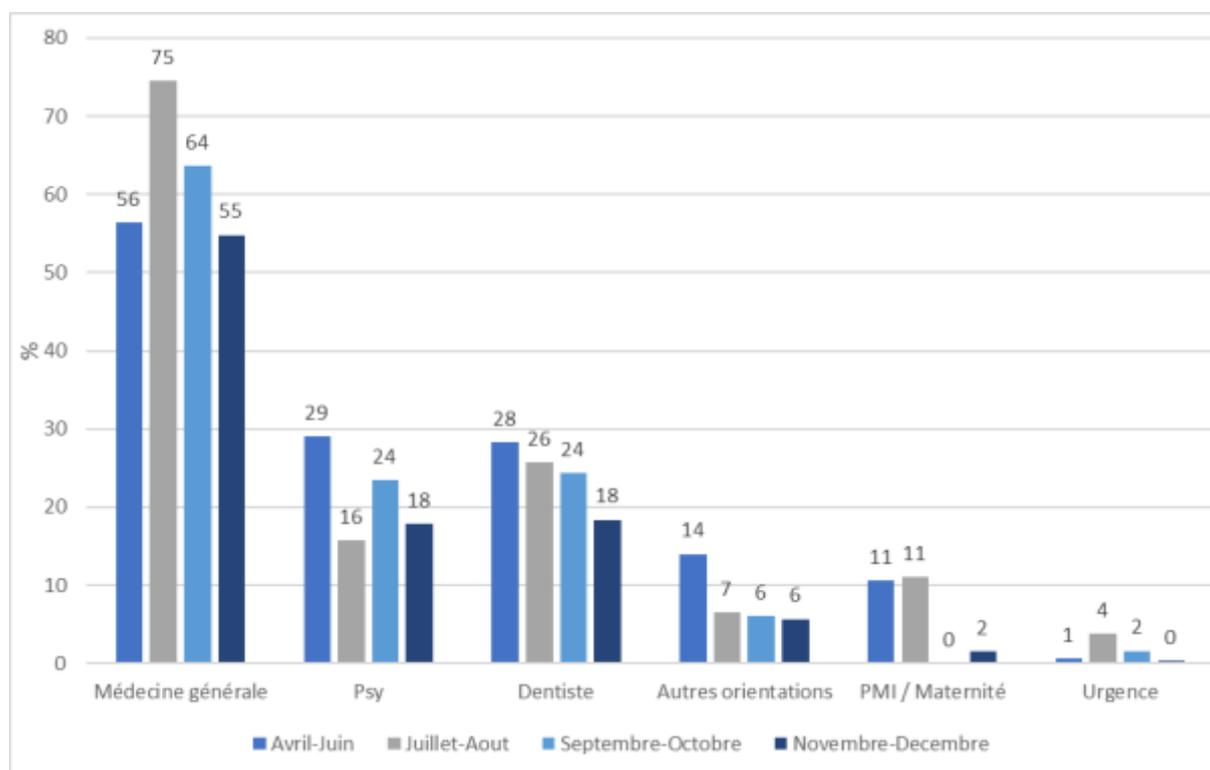
\*Pour les personnes ayant au moins une orientation

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

La proportion de personnes orientées vers la médecine générale diffère significativement ( $p < 0,001$ ) selon la période (voir **figure 25**) : elle est maximale en juillet-août. Une différence significative est également mise en évidence pour d'autres orientations<sup>17</sup> : les personnes ont été plus souvent orientées vers un psychiatre/ psychologue en avril-juin et moins souvent en juillet-août, la proportion des personnes orientées vers le dentiste a progressivement diminué (de près de 30% en avril-juin à moins de 20% en novembre-décembre), la fréquence des orientations autres (spécialistes, paramédicaux...) a été plus importante en avril-juin que pendant les autres périodes.

**Figure 25 : Proportion de personnes orientées pour chaque type d'orientation, selon la période de réalisation du bilan**



**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

<sup>17</sup> Seules la relation entre la période et les orientations PMI/maternité n'a pas été testée statistiquement du fait de données manquantes sur certaines périodes

## 9 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'objectif de ces bilans était de détecter les besoins de santé les plus urgents des personnes migrantes mises à l'abri et de les orienter vers les soins adaptés. Cependant, les résultats présentés ne donnent, pour plusieurs raisons, qu'une idée imparfaite de l'état de santé de la population hébergée à la suite des évacuations. Tout d'abord, car il peut exister un biais de sélection, les personnes ayant participé au bilan pouvant l'avoir fait en raison de besoins de santé et/ou de difficultés d'accès aux soins. Les données recueillies sont en grande partie déclaratives et soumises à des biais d'interprétation liés à la présence d'un interprète. Ensuite les pathologies déclarées n'ont pas été confirmées médicalement et, enfin, les mesures biométriques restent assez sommaires. Il est cependant possible de faire un certain nombre de constats.

**Les caractéristiques sociodémographiques et les parcours migratoires semblent assez similaires à ceux observés à Calais** lors de l'enquête réalisée par Epicentre fin 2015<sup>18</sup>.

**La moitié des personnes ont déclaré avoir eu besoin de soins depuis leur arrivée en France.** Un refus de soins de la part de professionnels ou de structures de soins est évoqué par 6% des personnes. Parmi les raisons du refus, l'absence de couverture sociale maladie est citée dans la moitié des cas et la barrière de la langue ou une situation administrative irrégulière une fois sur 5.

**Le renoncement aux soins concerne un quart de la population.** Le manque de connaissances, sur leurs droits en France, ou sur le système de soins, sont les raisons les plus évoquées par les personnes. L'absence de couverture sociale maladie, ainsi qu'une situation administrative irrégulière, la barrière linguistique ou encore le découragement, notamment à cause des longues attentes dans les services de soins, sont également cités.

**Les problèmes de santé déclarés apparaissent fréquents dans cette population jeune.** La perception de l'état de santé (proche de celle des hommes entrés en France avec un titre de séjour pour regroupement familial en 2006<sup>19</sup>) apparaît cependant bonne malgré un état de santé altéré. Les problèmes de santé de durée inférieure à 6 mois les plus fréquemment déclarés sont **les affections bucco-dentaires (une personne sur trois), les problèmes cutanés (une personne sur quatre), respiratoires (une personne sur cinq) et ostéo-articulaires (près d'une personne sur cinq)**. Fatigue générale, troubles digestifs, et maux de tête sont mentionnés chacun par plus d'une personne sur dix. **A ces troubles s'ajoutent les problèmes de santé de durée supérieure à 6 mois** : les troubles les plus fréquemment mentionnés touchent **le système ostéo-articulaire (pour l'essentiel il s'agit de conséquences de lésions traumatiques) et le système digestif (douleurs abdominales notamment)**. Les seules données disponibles permettant une comparaison sont celles issues d'une consultation médicale mise en place est issu du relevé des problèmes de santé observés parmi les personnes venues consulter un médecin dans un campement humanitaire d'urgence créé à Bruxelles en septembre

<sup>18</sup> Bouhena M, Ben Farhat J, Cohuet S. Evaluation de l'état sanitaire des réfugiés durant leurs parcours et à Calais, Région Nord Pas de Calais Picardie, France. Paris : 2016. [Internet] Disponible à : <http://docplayer.fr/30382236-Evaluation-de-l-etat-sanitaire-des-refugies-durant-leurs-parcours-et-a-calais-region-nord-pas-de-calais-picardie-france.html>

<sup>19</sup> Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. BEH. 2012;(2-3-4):17-21

2015<sup>20</sup>. Les problèmes de santé observés parmi les personnes ayant consulté étaient : les problèmes de santé les plus fréquents étaient les troubles respiratoires, puis les traumatismes, les problèmes dentaires et les troubles cutanés.

**La demande d'écoute et de soutien psychologique est très importante** (le contexte du bilan ne permettait pas de questionnement systématique sur les violences subies, néanmoins un nombre non négligeable de personnes les ont évoquées spontanément).

**La proportion de personnes ayant acquis, ou étant en cours d'acquisition d'une couverture sociale maladie apparaît faible** (une personne sur deux), alors même qu'une part importante des personnes étaient présentes dans le centre depuis plusieurs semaines. De fait, l'obtention de l'Aide Médicale d'Etat comme de la CMU-C nécessite de fournir la preuve du temps de présence sur le territoire, ce qui est souvent impossible. Les différences retrouvées sur cette question selon les pays d'origine pourraient être liées à l'existence ou non de réseaux communautaires susceptibles de pallier les difficultés rencontrées par les migrants, ainsi qu'à des différences dans leurs projets migratoires initiaux.

**Parmi les femmes, très minoritaires** parmi les personnes vues lors de ces bilans, la fréquence globale des problèmes de santé somatiques déclarés est similaire à celle des hommes. Tout en étant plus souvent accompagnées de leur famille, on retrouve **plus souvent chez elles des éléments évocateurs de souffrance psychique. Une sur dix était enceinte lors du bilan, et la grossesse était rarement suivie** sur le plan médical. Très peu de femmes utilisaient des moyens contraceptifs, mais la plupart de celles déclarant ne pas en utiliser des autres, ne souhaitaient pas en disposer.

## PERSPECTIVES

Avec l'ouverture du Centre de Premier Accueil en novembre dernier à la Porte de la Chapelle, la constitution de campements, et donc leur évacuation, ont connu une longue pause. Les ressources affectées aux bilans infirmiers dans des structures d'hébergement ont alors été redéployées sur le pôle Santé de ce centre, puis sur celui du centre d'hébergement d'urgence dédié aux migrants en famille, en couple et aux femmes seules, ouvert début 2017 à Ivry-sur-Seine. Une partie des ressources a également pu être consacrée au financement, très insuffisant, d'interventions spécialisées en santé mentale dans ces deux nouveaux centres. Ce sont les constats faits lors des premiers bilans infirmiers qui ont aidé à concevoir le fonctionnement de ces pôles santé (possibilité de consultations de médecine générale et psychiatrie sur place notamment).

Les recueils d'information se poursuivent dans les deux structures, et leur analyse fait l'objet de synthèses régulières.

En parallèle, l'Observatoire du Samusocial de Paris a également réalisé une enquête téléphonique auprès des responsables des structures d'hébergement, identifiant les pratiques d'orientation et les partenariats mis en place avec les différentes structures de soins et les caisses d'assurance maladie, dont les résultats seront prochainement publiés. Il est également impliqué, à la demande de la DRIHL, dans une analyse des profils sociodémographiques, pays et régions d'origine de l'ensemble des personnes hébergées suite aux évacuations. La confrontation des résultats de ces études devrait permettre de situer les personnes vues en bilan infirmier parmi l'ensemble de la population hébergée suite aux évacuations.

---

<sup>20</sup> van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S, et al. A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open* 2016



## ANNEXES



**Annexe 1 :**  
**Répartition des bilans selon les structures d'hébergement visitées par les infirmier.e.s**

<b>Structures d'hébergement situées dans Paris</b>	
<b>Nom du lieu (de la structure gestionnaire)</b>	<b>Nombre de bilans réalisés</b>
Centre Boulangerie	13
Lycée Jean Quarré	27
Le Loiret (Aurore)	76
Résidence Le Palatino (PHRH, SSP)	27
Palais De La Femme (Armée Du Salut)	5
Centre Redoute De Gravelle (Emmaüs)	10
CHU Coustou (Emmaüs)	57
CHU La Mie De Pain	8
CHU Pyrénées (SOS Habitat & Soins)**	35
Gymnase Pyrénées**	26
CHU René Coty	5
Centre Saint-Pétersbourg (Aurore)	81
ESI La maison dans le jardin (SSP)*	36
Gymnase Mouchotte 14 <sup>ème</sup>	42
Gymnase Bourneville	85
Gymnase Courcelles	38
Gymnase Daumesnil 12 <sup>ème</sup>	17
Gymnase Gustave Renoir	54
Gymnase Kellerman	24
Gymnase Lancette	11
Gymnase Tandou	33
F1 Saint-Ouen (SOS Habitat & Soins)	64
Résidence Petit Cerf (SOS Habitat & Soins)	15
Albin Peyron (Armée Du Salut)	18
	<b>807</b>

*\* Une exception : l'ESI La maison dans le jardin n'est pas un lieu d'hébergement mais un accueil de jour géré par le Samusocial de Paris, les infirmiers du Samusocial y ont proposé des bilans à des personnes accueillies de façon très temporaire.*

*\*\*Possiblement même structure ?*

<b>Structures d'hébergement situées en Île-de-France hors de Paris</b>		
<b>Nom du lieu (de la structure gestionnaire)</b>	<b>Département</b>	<b>Nombre de bilans réalisés</b>
Centre Champagne-Sur-Seine (CRF)	77	50
Gymnase Europarc Lognes	77	8
Chu Noisiel (Lrdv)	77	4
Hôtel Social Jouy Sur Morin (CRF)	77	9
Centre Bonnelles	78	110
Centre Elancourt (Adoma)	78	9
Sartrouville	78	15
Centre Triel Sur Seine (CRF)	78	30
Centre Epinay Sur Orge	91	43
Centre F1 ORMOY (SOS H&S)	91	113
Centre Ville Du Bois	91	3
CHU Massy (Secours Islamique)	91	23
Centre Forges-Les-Bains (Emmaüs)	91	22
Centre Relais Palaiseau (Secours Islamique)	91	72
Centre Colombes (Adoma)	92	33
Centre Boulogne (Aurore)	92	24
Centre Clamart (Secours Islamique)	92	16
Centre Malakoff (Auxilia)	92	11
Gymnase Chatenay Malabry	92	27
Aurore Nanterre (Jules Siegfried)	92	71
CHU Villeneuve La Garenne	92	28
Gymnase Issy Les Moulinaux	92	16
Centre Suresnes (Aurore)	92	61
Centre Noisy-Le-Sec	93	7
Centre Pantin (CASP)	93	17
Centre Le Pré-St-Gervais (Aurore)	93	101
CHU Bobigny	93	28
Foyer Fort d'Aubervilliers (Adoma)	93	136
Hôtel Bobigny	93	9
CHU Noisy Le Sec	93	23
<b>Hébergement sans Identification</b>	93	6
Ex-Centre de tri postal Créteil	94	64
Centre La Sablière	94	102
Centre Foyer Nogent-Liancourt (Fermé) (Adoma)	94	12
Choisy-Le-Roi	94	14
Fontainebleau	94	29
Gymnase ENS	94	30
Créteil	94	43
Fontenay sous-bois	94	65

CHU Gonesse	95	62
Centre Saint Ouen l'aumône	95	10
Centre F1 Cergy-Pontoise Saint-Martin (PHRH)	95	53
CHU Bernes-Sur-Oise (Espérer, ex Coallia)	95	22
CHU Vauréal	95	63
Ex-Ehpad Cèdre Bleu Sarcelles	95	61
Hébergement sans Identification	95	17
		<b>1773</b>



## Annexe 2 : Liste des campements fréquentés et nombre de personnes concernées

<b>Nom du campement mentionné</b> <i>(une personne peut avoir séjourné dans plusieurs campements)</i>	<b>Département</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Métro Stalingrad	75	685	31
Métro La Chapelle	75	647	29,5
Métro Jaurès	75	421	19
Gare de l'Est	75	107	5
Jardin d'Eole	75	68	3
Conflans-Sainte-Honorine	78	57	2,5
Calais	62	43	2
Gare d'Austerlitz	75	24	1
Halle Pajol	75	21	1
Lycée Jean Quarré	75	20	1
Place de la République	75	12	0,5
Saint-Denis	75	12	0,5
Gare de Lyon	75	9	0,5
Avenue de Flandres	75	7	0,3
Place des Fêtes	75	6	0,3
Gare du Nord	75	5	0,2
Bobigny	75	5	0,2

**Source** : Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ** : Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016



Annexe 3 :  
Prévalences standardisées sur l'âge de chaque type de problème de santé somatique durant depuis plus de 6 mois),  
selon le pays d'origine

Type de problème*	p < 0,05	Soudan		Erythrée		Afghanistan		Somalie		Autres	
		Prévalence	Intervalle de confiance à 95%	Prévalence	Intervalle de confiance à 95%	Prévalence	Intervalle de confiance à 95%	Prévalence	Intervalle de confiance à 95%	Prévalence	Intervalle de confiance à 95%
Général		2,3	[1,4-3,2]	4,7	[0-9,5]	1,9	[0,9-2,8]	3,3	[0-6,6]	1,5	[0,2-2,8]
Hémato-Immuno		0,3	[0-0,7]	0,0	[0-0]	0,1	[0-0,4]	0,0	[0-0]	0,4	[0-1]
Système Digestif	oui	5,5	[4,2-6,9]	4,0	[0-8]	6,6	[4,8-8,4]	1,2	[0-3,6]	7,4	[4,3-10,5]
Œil		2,0	[1,2-2,8]	2,4	[0-5,9]	1,4	[0,5-2,2]	2,3	[0-4,8]	0,8	[0-1,8]
Cardiologie		1,3	[0,6-2]	1,1	[0-2,7]	1,0	[0,3-1,8]	3,2	[0,1-6,2]	2,9	[0,9-5]
Ostéoarticulaire	oui	7,6	[6-9,1]	4,3	[1,4-7,2]	9,3	[7,2-11,4]	6,3	[1,6-11,1]	7,9	[4,7-11,1]
Neurologique		1,9	[1,1-2,7]	3,7	[0-7,7]	3,4	[2-4,7]	3,8	[0,4-7,2]	3,4	[1,2-5,6]
Respiratoire		2,7	[1,8-3,7]	1,6	[0-3,5]	1,9	[1-2,9]	2,5	[0,1-4,8]	2,8	[1,1-4,6]
Peau	oui	2,8	[1,8-3,8]	0,0	[0-0]	2,5	[1,4-3,6]	3,3	[0-6,6]	1,7	[0,2-3,2]
Métabolisme		1,4	[0,7-2,1]	1,0	[0-2,4]	1,4	[0,4-2,3]	2,2	[0-4,8]	1,1	[0-2,1]
Système urinaire		1,4	[0,7-2,2]	1,1	[0-2,7]	1,5	[0,6-2,4]	2,2	[0-4,8]	2,1	[0,4-3,9]
Système génital		0,3	[0-0,6]	1,7	[0-3,6]	0,2	[0-0,5]	2,5	[0-5,8]	1,4	[0,1-2,7]
Bucco -dentaire		0,9	[0,3-1,5]	0,0	[0-0]	0,4	[0-0,9]	0,5	[0-1,5]	0,3	[0-0,8]
Oreille		0,6	[0,2-1,1]	0,0	[0-0]	0,4	[0-0,9]	2,0	[0-4,8]	0,4	[0-1,3]

\* classement selon les grandes catégories de la CISP2

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016



## Annexe 4 : Résultats des analyses multivariées

### Au moins un problème de santé déclaré durant depuis plus de 6 mois

		Analyses bivariées				p-value	Analyse multivariée		
		Oui		Total			Modèle final (n=2265)		
		n	% ligne	n	% colonne		Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p.value
Sexe	Femmes	48	33,8	142	5,5	0,027	1,31	[0,90-1,91]	0,153
	Hommes	620	25,4	2438	94,5		1		
Age	Moins de 25 ans	152	22,8	666	26,1	0,0001	1		<b>0,0001</b>
	[ 25 à 30 ans[	328	24,8	1324	51,8		1,13	[0,90-1,40]	
	[ 30 à 40 ans [	133	28,6	465	18,2		1,39	[1,06-1,83]	
	40 ans et plus	48	47,5	101	4		2,99	[1,93-4,64]	
Pays de naissance	Soudan	291	25,8	1130	44,2	0,107	non significatif		
	Erythrée	29	19,5	149	5,8				
	Afghanistan	211	24,8	850	33,2				
	Somalie	42	31,6	133	5,2				
	Autres	86	29,2	295	11,5				
Nombre de pays traversés	0 ou 1	39	26,4	148	6	0,951	non testé		
	2 ou 3	368	26,1	1408	56,7				
	4,5 ou 6	86	24,6	349	14,1				
	7 ou plus	149	25,8	578	23,3				
Durée de la migration	<6 mois	211	22,6	932	39,9	0,026			
	[6 - 12 mois[	111	28,8	386	16,5				
	[1- 2 ans [	97	25,2	385	16,5				
	2 et plus	181	28,6	633	27,1				
Passage par un campement	Non	87	23,6	368	14,4	0,294	non testé		
	Oui	576	26,2	2196	85,6				
Durée de présence en France à la date du bilan	1 mois ou moins	251	24,7	1018	39,5	0,482	non testé		
	[2 à 3 mois[	198	26,5	748	29				
	4 mois et plus	219	27	811	31,5				
Période du bilan	Avril-Juin	162	22,4	724	28,1	0,0001	1		<b>0,0003</b>
	Juillet-Aout	142	23,2	612	23,7		1	[0,77-1,30]	
	Septembre-Octobre	152	27,2	558	21,6		1,35	[1,04-1,75]	
	Novembre-Décembre	212	30,9	686	26,6		1,58	[1,24-2,01]	
Lieu du bilan (hébergement)	Départements 93/78/95/77	436	24,6	1773	68,7	0,0025	1		<b>0,005</b>
	Paris	232	28,7	807	31,3		1,32	[1,08-1,60]	
Famille en France	Non	618	25,9	2387	95,6	0,266	non testé		
	Oui	34	30,6	111	4,4				
Soutien (quel qu'il soit)	Non	317	25,1	1262	49,8	0,39	non testé		
	Oui	338	26,6	1270	50,2				
Sentiment de solitude	Très seul - Seul	361	25,5	1414	56,4	0,778	non testé		
	Plutôt entouré - Entouré	285	26	1095	43,6				

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

**Au moins un problème de santé déclaré durant depuis moins de 6 mois**

		Analyses bivariées				p-value	Analyse multivariée		
		Oui		Total			Modèle final (n=2530)		
		n	%	n	%		Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p.value
Sexe	Femmes	116	81,7	142	5,5	0,616	1,08	[0,68-1,70]	0,742
	Hommes	2031	83,3	2438	94,5		1		
Age	Moins de 25 ans	554	83,2	666	26,1	0,462	1		0,352
	[ 25 à 30 ans[	1091	82,4	1324	51,8		0,93	[0,72-1,20]	
	[ 30 à 40 ans [	398	85,6	465	18,2		1,2	[0,85-1,69]	
	40 ans et plus	85	84,2	101	4		1,23	[0,68-2,22]	
Pays de naissance	Soudan	956	84,6	1130	44,2	0,211	non testé		
	Erythrée	122	81,9	149	5,8				
	Afghanistan	710	83,5	850	33,2				
	Somalie	113	85	133	5,2				
	Autres	233	79	295	11,5				
Nombre de pays traversés	0 ou 1	111	75	148	6	0,067	non significatif		
	2 ou 3	1177	83,6	1408	56,7				
	4,5 ou 6	292	83,7	349	14,1				
	7 ou plus	479	82,9	578	23,3				
Durée de la migration	<6 mois	790	84,8	932	39,9	0,142	non significatif		
	[6 - 12 mois[	326	84,5	386	16,5				
	[1- 2 ans [	313	81,3	385	16,5				
	2 et plus	512	80,9	633	27,1				
Passage par un campement	Non	278	75,5	368	14,4	0,001	1		0,0001
	Oui	1855	84,5	2196	85,6		1,86	[1,41-2,47]	
Durée de présence en France à la date du bilan	[1 mois ou moins[	884	86,8	1018	39,5	0,001	1		0,0254
	[2 à 3 mois[	601	80,3	748	29		0,7	[0,53-0,91]	
	4 mois et plus	660	81,4	811	31,5		0,78	[0,59-1,02]	
Temps écoulé depuis la dernière visite médicale	Moins d'un an	1191	83,4	1428	56,6	0,813	non testé		
	Plus d'un an	505	83,3	606	24				
	Jamais	401	82,2	488	19,3				
	Ne sait pas	233	11,1	284	11,3				
Problème de santé > 6 mois	Non	1633	85,4	1912	74,1	0,001	1		0,0001
	Oui	514	76,9	668	25,9		0,57	[0,45-0,72]	
Période du bilan	Avril-Juin	597	82,5	724	28,1	0,001	1		0,0254
	Juillet-Aout	554	90,5	612	23,7		2,04	[1,44-2,89]	
	Septembre-Octobre	456	81,7	558	21,6		1,04	[0,77-1,41]	
	Novembre-Décembre	540	78,7	686	26,6		0,83	[0,63-1,10]	
Lieu du bilan (hébergement)	Départements 93/78/95/77	1433	80,8	1773	68,7	0,0001	1		0,007
	Paris	714	88,5	807	31,3		1,44	[1,10-1,86]	
Famille en France	Non	1984	83,1	2387	95,6	0,854	non testé		
	Oui	93	83,8	111	4,4				
Soutien (quel qu'il soit)	Non	1057	83,8	1262	49,8	0,436	non testé		
	Oui	1049	82,6	1270	50,2				
Sentiment de solitude	Très seul - Seul	1192	84,3	1414	56,4	0,069	non significatif		
	Plutôt entouré - Entouré	893	81,6	1095	43,6				

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

**Présence d'un ou plusieurs éléments évocateur(s) d'une souffrance psychique\***

		Analyses bivariées					Analyse multivariée		
		Oui		Total		p- Pvalue	Modèle final (n=2530)		
		n	%	n	%		Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p.value
<b>Sexe</b>	Femmes	66	46,5	142	5,5	0,0001	1,58	[1,05-2,39]	<b>0,028</b>
	Hommes	793	32,6	2431	94,5		1		
Age	Moins de 25 ans	210	31,7	663	26	0,021	1		0,78
	[ 25 à 30 ans[	424	32,1	1321	51,8		1,03	[0,82-1,30]	
	[ 30 à 40 ans [	170	36,6	464	18,2		1,2	[0,90-1,59]	
	40 ans et plus	45	44,6	101	4		1,39	[0,85-2,26]	
<b>Pays de naissance</b>	Soudan	334	29,7	1126	44,2	0,002	1		<b>0,0005</b>
	Erythrée	65	43,9	148	5,8		1,24	[0,82-1,87]	
	Afghanistan	302	35,6	849	33,3		1,57	[1,25-1,98]	
	Somalie	50	37,6	133	5,2		1,48	[0,95-2,31]	
	Autres	101	34,4	294	11,5		1,06	[0,78-1,45]	
<b>Durée de la migration</b>	<6 mois[	259	27,8	930	39,9	0,0001	1		<b>0,0001</b>
	[6 - 12 mois[	139	36,3	383	16,4		1,64	[1,25-2,15]	
	[1- 2 ans [	125	32,6	384	16,5		1,44	[1,09-1,90]	
	Plus de 2 ans	250	39,5	633	27,2		1,89	[1,47-2,42]	
Nombre de pays traversés	0 ou 1	42	28,4	148	6	0,089	non significatif		
	2 ou 3	456	32,5	1403	56,7				
	4,5 ou 6	133	38,2	348	14,1				
	7 ou plus	203	35,2	577	23,3				
Passage par un campement	Non	128	34,8	368	14,4	0,566	non testé		
	Oui	728	33,3	2189	85,6				
<b>Durée de présence en France à la date du bilan</b>	1 mois ou moins	293	28,8	1016	39,5	0,0001	1		<b>0,0047</b>
	[2 à 3 mois[	243	32,5	747	29,1		1,21	[0,96-1,52]	
	4 mois et plus	322	39,9	807	31,4		1,39	[1,11-1,75]	
Temps écoulé depuis la dernière visite médicale	Moins d'un an	495	34,8	1423	56,6	0,148	non significatif		
	Plus d'un an	200	33,1	605	24,1				
	Jamais	146	30	487	19,4				
<b>Période du bilan</b>	Avril-Juin	293	40,5	724	28,1	0,0001	1		<b>0,0001</b>
	Juillet-Aout	173	28,3	612	23,8		0,57	[0,43-0,75]	
	Septembre-Octobre	197	35,6	554	21,5		0,77	[0,59-1,01]	
	Novembre-Décembre	196	28,7	683	26,5		0,55	[0,42-0,71]	
Lieu du bilan (hébergement)	Départements 93/78/95/77	633	35,8	1766	68,6	0,0001	1		0,68
	Paris	226	28	807	31,4		0,77	[0,62-0,96]	
Famille en France	Non	784	32,9	2380	95,5	0,008	non significatif		
	Oui	50	45	111	4,5				
Soutien (quel qu'il soit)	Non	415	33	1259	49,9	0,537	non testé		
	Oui	432	34,1	1266	50,1				
<b>Sentiment de solitude</b>	Très seul - Seul	514	36,5	1410	56,4	0,001	1		<b>0,0001</b>
	Plutôt entouré - Entouré	327	29,9	1092	43,6		0,71	[0,59-0,86]	

\*rencontre passée ou souhaitée avec un professionnel de santé mentale, et/ou mention de l'existence « souvent » ou « tous les jours » de troubles du sommeil, crises larmes, idées noires ou irritabilité

**Source :** Bilans sanitaires d'orientation réalisés entre avril et décembre 2016 auprès de personnes migrantes accueillies dans des structures d'hébergement d'Île-de-France - Traitement des données par l'Observatoire du Samusocial de Paris

**Champ :** Personnes arrivées en France après le 30 avril 2016

**Au moins un besoin d'orientation sanitaire identifié à l'issue du bilan infirmier**

		Analyses bivariées					Analyse multivariée		
		Oui		Total		p-value	Modele final (n=2523)		
		n	%	n	%		Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%	p.value
Sexe	Femmes	108	76,1	142	5,5	0,194	0,88	[0,51-1,53]	0,67
	Hommes	1963	80,5	2438	94,5				
Age	Moins de 25 ans	539	80,9	666	26,1	0,614	1		0,89
	[ 25 à 30 ans[	1052	79,5	1324	51,8		0,93	[0,70-1,23]	
	[ 30 à 40 ans [	376	80,9	465	18,2		0,87	[0,60-1,26]	
	40 ans et plus	85	84,2	101	4		1,01	[0,50-2,05]	
Pays de naissance	Soudan	913	80,8	1130	44,2	0,0001	1		0,0535
	Erythrée	111	74,5	149	5,8		0,64	[0,38-1,07]	
	Afghanistan	707	83,2	850	33,2		1,04	[0,78-1,38]	
	Somalie	110	82,7	133	5,2		0,94	[0,52-1,68]	
	Autres	211	71,5	295	11,5		0,62	[0,42-0,90]	
Durée de la migration	<6 mois[	745	79,9	932	39,9	0,658	non testé		
	[6 - 12 mois[	313	81,1	386	16,5				
	[1- 2 ans [	301	78,2	385	16,5				
	2 et plus	496	78,4	633	27,1				
Nombre de pays traversés	0 ou 1	100	67,6	148	6	0,0001	non significatif		
	2 ou 3	1122	79,7	1408	56,7				
	4,5 ou 6	279	79,9	349	14,1				
	7 ou plus	488	84,4	578	23,3				
Passage par un campement	Non	286	77,7	368	14,4	0,171	non significatif		
	Oui	1774	80,8	2196	85,6				
Durée de présence en France à la date du bilan	1 mois ou moins	843	82,8	1018	39,5	0,021	non significatif		
	[2 à 3 mois[	596	79,7	748	29				
	4 mois et plus	630	77,7	811	31,5				
Temps écoulé depuis la dernière consultation	Moins d'un an	1134	79,4	1428	56,6	0,117	non significatif		
	Plus d'un an	504	83,2	606	24				
	Jamais	386	79,1	488	19,3				
Refus de soins	Non	1919	80,2	2393	94,3	0,051	non significatif		
	Oui	125	86,8	144	5,7				
Renoncement aux soins	Non	1497	77	1945	75,6	0,0001	1		0,0001
	Oui	573	91,4	627	24,4		2,25	[1,62-3,13]	
Signe de souffrance psychique	Non	1274	74,3	1714	66,6	0,0001	1		0,0001
	Oui	794	92,4	859	33,4		4,31	[3,14-5,91]	
Problème de santé > 6 mois	Non	1475	77,1	1912	74,1	0,0001	1		0,0001
	Oui	596	89,2	668	25,9		4,07	[2,92-5,68]	
Problème de santé < 6 mois	Aucun	210	48,5	433	16,8	0,0001	1		0,0001
	1	668	79,8	837	32,4		4,95	[3,68-6,66]	
	2 ou plus	1193	91,1	1310	50,8		12,43	[9,10-16,98]	
Période du bilan	Avril-Juin	572	79	724	28,1	0,0001	1		0,0001
	Juillet-Aout	550	89,9	612	23,7		2,06	[1,42-2,97]	
	Septembre-Octobre	454	81,4	558	21,6		1,16	[0,83-1,63]	
	Novembre-Décembre	495	72,2	686	26,6		0,67	[0,50-0,91]	
Lieu du bilan (hébergement)	Départements 93/78/95/77	1363	76,9	1773	68,7	0,0001	1		0,0001
	Paris	708	87,7	807	31,3		1,8	[1,37-2,38]	
Maîtrise du français (pour consultation)	Non	1923	80,5	2390	95	0,572	non testé		
	Oui	98	78,4	125	5				
Famille en France	Non	1918	80,4	2387	95,6	0,61	non significatif		
	Oui	87	78,4	111	4,4				
Soutien (quel qu'il soit)	Non	1019	80,7	1262	49,8	0,568	non testé		
	Oui	1014	79,8	1270	50,2				
Sentiment de solitude	Très seul - Seul	1152	81,5	1414	56,4	0,097	non significatif		
	Plutôt entouré/Entouré	863	78,8	1095	43,6				

Annexe 5 :  
Questionnaire (version octobre 2016)

La première feuille, nominative, n'est pas transmise à l'observatoire



**Bilan sanitaire d'orientation - Adulte**

N° dossier : 

Code du centre				N° d'ordre			
/	/	-	/	/	/	/	/

  
Départ - 1<sup>ères</sup> lettres du centre  
*(Reporter ce numéro page suivante)*

Madame / Monsieur :

Nom (majuscules) : .....

Prénom (majuscules) : .....

N° mobile : .....

Date de Naissance : / / / / / / / /

Nom de l'infirmier(e) : .....

Nom du centre (ville/département) : .....

Date de réalisation du bilan : / / / / / / / /



### epères

N° dossier : / / / / / / / / / reporter le N° inscrit en page de garde

A1 Date de réalisation du bilan : / / / / / / / /

A1a En quelle langue :  Français  Anglais  Arabe  Autre : \_\_\_\_\_

A1b Traduit par :

enquêteur  traducteur prof.  ISM  proches  personnel du centre

**!!! Voir en C7 les langues parlées par la personne**

A2 Sexe :  F  H A3 Année de naissance : / / / /

A4 Pays de naissance : \_\_\_\_\_

A5 Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée à l'école ou à l'université ?  
(si école coranique : demandez si la personne sait lire/écrire : sinon, non scolarisé)

Aucune, n'a jamais été scolarisé  Primaire/élémentaire  Secondaire  Supérieur

NVPR (ne veut pas répondre)

### Mesures physiques et biologiques

B1 Poids : / / / kg B1a Si notion de perte de poids, Poids antérieur ? : / / /



Délai : / / ans / / mois

B2 Taille : / / / cm

B4 Pression artérielle (syst./diast.mm Hg) : / / / / / / / /

B7 Glycémie capillaire (hémogluco-test) : /, / g/l

**!!! Absolument indiquer B7b Délai en heures après repas/collation : \_\_/\_\_/H \_\_/\_\_/mn**

### Observations

Accepte l'utilisation des données  *(++ Noter ici si antécédent personnel ou familial de tuberculose, ou si contact, même ancien, avec une personne atteinte ou suspecte de tuberculose)*

**Parcours migratoire, langues maîtrisées et entourage familial**

Dates :

C1 de départ du pays d'origine : / / / / / / / / /  NVPR ou NSPR

C2 d'arrivée en France : / / / / / / / / /  NVPR ou NSPR

C3 d'arrivée dans le centre actuel : / / / / / / / / /  NVPR ou NSPR

C4 Passage dans d'autres pays : **!!! Ne pas indiquer le pays de naissance ni la France**

1..... 4..... 7..... 10..... 13.....

2..... 5..... 8..... 11..... 14.....

3..... 6..... 9..... 12..... 15.....

ou  NVPR ou  Aucun séjour dans d'autres pays

C5 A l'arrivée en France, type de lieu de résidence ?

**!!! Différencier campement et rue, si plusieurs campements, indiquez tous les lieux.**

Campement(s) **Précisez : lieu(x) (noms, départements)** \_\_\_\_\_

Local (gymnase, école, lycée etc...)  Squat  Rue (métro, gare, jardin...)

Foyers/Centres  Autres : \_\_\_\_\_  NVPR ou NSPR

C6 Juste avant votre arrivée dans le centre, où dormiez-vous ?

Campement(s) **Précisez : lieu(x) (noms, départements)** \_\_\_\_\_

Local (gymnase, école, lycée etc...)  Squat  Rue (métro, gare, jardin...)

Foyers/Centres  Autres : \_\_\_\_\_  NVPR ou NSPR

C7 Maîtrise du français parlé (pour une consultation) :  Oui  Non

C8 Si non, Maîtrise d'autres langues dans les mêmes conditions :  Oui  Non

C8a Si oui, Laquelle/lesquelles : \_\_\_\_\_

C9 Etes-vous :  Marié  Célibataire  Veuf  Concubin  Séparé  Divorcé

Si non marié : D5 Avez-vous actuellement un(e) partenaire, un(e) petit(e) ami(e) en France ?

Oui  Non  NVPR

**!!! Même si la personne est célibataire, la question suivante doit être posée.**

**C10** Etes-vous actuellement hébergé avec un(des) membre(s) de votre famille ?

Oui     Non

**Si oui**, avec :  Votre conjoint     Vos enfants     Autres : \_\_\_\_\_

**Si enfants**, combien sont avec vous : / Ages : / / / / / / / / / /

**D - Soutien social**

En cas de besoin, est-ce que vous pourriez compter sur quelqu'un, qu'il s'agisse de membres de votre famille, d'amis, .... pour : <b>!!!Bien citer chaque question</b>	<b>Si oui</b> , sur qui pouvez-vous compter ?									
	Conjoint, enfants		Autres Membres de famille		Amis, connaissances		Autres			
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<b>D1</b> vous aider dans la vie quotidienne, vous donner un coup de main										
<b>D2</b> vous aider financièrement ou matériellement										
<b>D3</b> vous apporter un soutien moral ou affectif										

**Si « autres »**, préciser : \_\_\_\_\_

**D4** D'une façon générale, vous diriez que vous vous sentez  
**!!! Demander à la personne et ne pas cocher soi-même** : mettre une croix sur la ligne ci-dessous :

\_\_\_\_\_

Très seul                      Plutôt seul                      Plutôt entouré                      Très entouré

NSPR ou NVPR

### E-Etats de santé

E1 Avez-vous eu besoin de soins depuis que vous êtes en France ?  Oui  Non  NSPR  
(que vous les ayez eus ou non)

E1a Si oui, de quel type (plusieurs réponses possibles) :

Psy  Médicaux  Dentaires  Infirmiers  Kiné  Autres : \_\_\_\_\_

E2 A quand remonte votre dernière visite chez un médecin (centre de soins) pour vous-même ?

Jamais  < 1 mois  1-3 mois  3-6 mois  6-12 mois  1-2 ans  > 2 ans  Ne sait plus

E2a Dans quel pays avez-vous eu cette visite ? \_\_\_\_\_

E3 Vous diriez que votre état de santé en ce moment est :

**!!!! Demander à la personne et ne pas cocher soi-même**

Très bon  Bon  Moyen  Mauvais  Très mauvais  NVPR ou NSPR

E4 Avez-vous un ou des problème(s) de santé somatique(s) chronique(s) ou de caractère durable (qui a duré ou peut durer pendant 6 mois ou plus) qu'il(s) soi(en)t diagnostiqué(s) ou non ?

Non **!!! ne rien cocher pour les questions E4-E6, passer directement à E10**

Oui : Le-lesquels ?

E4 Problème 1 : \_\_\_\_\_

Avez-vous un traitement ?  Oui  Non Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Etes-vous en rupture de médicament ?  Oui  Non Si oui, depuis quand ? : \_\_\_\_\_

E5 Problème 2 : \_\_\_\_\_

Avez-vous un traitement ?  Oui  Non Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Etes-vous en rupture de médicament ?  Oui  Non Si oui, depuis quand ? : \_\_\_\_\_

E6 Problème 3 : \_\_\_\_\_

Avez-vous un traitement ?  Oui  Non Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Etes-vous en rupture de médicament ?  Oui  Non Si oui, depuis quand ? : \_\_\_\_\_

**Plaintes somatiques et non chroniques : (!!!s'aider du dessin représentant le corps humain si besoin)**

**E10 Douleurs ?**  Non  Oui :

Localisation 1 :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Localisation 2 :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Localisation 3 :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**(E12-E18 !!! Ne pas citer et laisser la personne parler)**

E12  digestifs : \_\_\_\_\_

E13  respiratoires : \_\_\_\_\_

**++ si toux : préciser la durée – si crachats : demander si présence de sang**

E14  urinaires : \_\_\_\_\_

E15  génitaux : \_\_\_\_\_

E16  ostéo-articulaires : \_\_\_\_\_

E17  oculaires : \_\_\_\_\_

E18  auditifs : \_\_\_\_\_

E19 Souffrez-vous de problèmes bucco-dentaires :  Oui  Non  NSPR

**Si oui**, Lesquels ? \_\_\_\_\_

E20 Souffrez-vous d'affections cutanées :  Oui  Non  NSPR

**Si oui**, Lesquelles ? \_\_\_\_\_

E20b Avez-vous eu dans les 12 derniers mois, un/des épisodes de gale ?

Oui  Non  NSPR

**Si oui**, Un médecin vous a-t-il fait le diagnostic ?  Oui  Non  NSPR

E20d Est-ce que vous grattez actuellement ?  Oui  Non

**Si oui**, vous grattez-vous au niveau de la ceinture du pantalon (niveau des fesses ou du ventre) ou des organes génitaux externes ?  Oui  Non

E21 Souffrez-vous de sueurs nocturnes, fatigue, perte d'appétit... ?

Oui  Non

Si oui, E21a lesquels ? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

E21b Autres symptômes (cardiaques, fièvre, vertiges, ORL ....)  Oui  Non

Si oui, E21b lesquels ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E22 Avez-vous reçu un(des) traitement(s) médicamenteux pour un ou plusieurs de ces symptômes ?

Oui  Non

**!!! Indiquez les « numéros de symptômes » correspondants**



Pour le(s) symptôme(s) E / / traitement : \_\_\_\_\_

Pour le(s) symptôme(s) E / / traitement : \_\_\_\_\_

### Santé des Femmes

F1 Avez-vous eu un suivi gynécologique au cours de votre vie ?  Oui  Non

F2 Combien avez-vous eu de grossesses ? / /

F3 Avez-vous un moyen de contraception aujourd'hui ?

Oui  Non  NSPR ou NVPR

Si non, En souhaiteriez-vous un ?  Oui  Non

F4 Etes-vous actuellement enceinte ?  Oui  Non  NSPR ou NVPR

Si oui, F4a date des dernières règles (ou mois de grossesse) \_\_\_\_\_

F4b êtes-vous suivie pour cette grossesse ?  Oui  Non

Si oui, où ? \_\_\_\_\_

Date du dernier suivi ? \_\_\_\_\_

**!!! Introduire ++ : « Les conditions d'immigrations et d'arrivée peuvent être traumatisantes et que parfois, certaines personnes ont besoin d'en parler... »**

**G1** Avez-vous rencontré une équipe spécialisée sur les questions de santé psychologique en individuel ou en collectif ?  Oui  Non **Si oui**, où ? :.....Date : .....

**G2** Avez-vous été consulté pour ce type de questions ?

Oui  Non **Si oui**, où ? :.....Date : .....

**G2a** recevez-vous un traitement ?  Oui  Non

**G3** Souhaitez-vous rencontrer un psychologue ?  Oui  Non

**Avez-vous ...**

**G4 ... des problèmes pour dormir** (*Insomnies, réveil au milieu de la nuit, réveil trop tôt, cauchemars*) :

Jamais  parfois  souvent  
 tous les soirs  NVPR  NSPR

**G4a Si oui**, Est-ce que vous ressentez cela depuis :

moins d'un mois ?  entre un mois et six mois ?  plus de six mois ?  NSPR

**G6 ... des crises de larmes :**

Jamais  parfois  souvent  
 tous les soirs  NVPR  NSPR

**G6a Si oui**, Est-ce que vous ressentez cela depuis :

moins d'un mois ?  entre un mois et six mois ?  plus de six mois ?  NSPR

**G5 ... des idées noires :**

Jamais  parfois  souvent  
 tous les soirs  NVPR  NSPR

**G5a Si oui**, Est-ce que vous ressentez cela depuis :

moins d'un mois ?  entre un mois et six mois ?  plus de six mois ?  NSPR

**G7 Êtes-vous facilement irritable ?**

Jamais  parfois  souvent  
 tous les soirs  NVPR  NSPR

**G7a Si oui**, Est-ce que vous ressentez cela depuis :

moins d'un mois ?  entre un mois et six mois ?  plus de six mois ?  NSPR

### H-Refus ou Renoncement aux soins

H1 Vous a-t-on refusé des soins depuis que vous êtes en France ?  Oui  Non

H1a Si oui, pour quelles raisons ? \_\_\_\_\_

H2 Avez-vous renoncé à des soins pour vous même dans les 12 derniers mois ?  Oui  Non

H2a Si oui, pour quelles raisons ? \_\_\_\_\_

### I-Conclusion du bilan Sanitaire

I1 Pensez-vous rester en France ?  Oui  Non  NVPR  NSPR

I1a Avez-vous une couverture santé ?

- Oui, la CMU  Oui, l'AME  Oui, mais ne sait pas laquelle  
 En cours  Non  NSPR

I1b Avez-vous une complémentaire santé ?  Oui  Non  En cours  NSPR

Besoin identifié de prise en charge sanitaire : **!!! Cocher au moins une case dans chaque colonne**

	I2 Service d'urgences	I3 Psycho	I4 Méd. G.	I5 Dentiste	I6 PMI/Mater	I7 Autre :
Aucun	<input type="checkbox"/>					
Urgent*	<input type="checkbox"/>					
Dans la semaine		<input type="checkbox"/>				
Dans le mois		<input type="checkbox"/>				

\*Personne à orienter dans la journée

Si « autres », préciser : \_\_\_\_\_

**Si présence de toux, sueurs nocturnes, amaigrissement, hémoptysie, ou si notion d'antécédent personnel ou familial de tuberculose, ou de contact, même ancien, avec une personne atteinte ou suspecte de tuberculose, orientez rapidement vers une PASS pour une radio pulmonaire, et mentionnez la suspicion plus ou moins forte de tuberculose dans le courrier d'accompagnement.**

**!!! Toutes orientations effectuées doivent être notées dans le tableau même si elles ont lieu au sein du centre d'hébergement (en cas de professionnels sur place)**

QUALIFICATION*	LIEU*	DATE de RV	ORIENTATION
			Lettre de liaison transmise <input type="checkbox"/> Lettre d'information transmise <input type="checkbox"/>
			Lettre de liaison transmise <input type="checkbox"/> Lettre d'information transmise <input type="checkbox"/>
			Lettre de liaison transmise <input type="checkbox"/> Lettre d'information transmise <input type="checkbox"/>
			Lettre de liaison transmise <input type="checkbox"/> Lettre d'information transmise <input type="checkbox"/>

\* **Qualification** : noter s'il s'agit d'un médecin urgentiste, généraliste, d'une autre spécialité (préciser laquelle), d'un psychologue ou d'un dentiste

\* **Lieu** : préciser s'il s'agit d'un service d'accueil des urgences ou d'une PASS (préciser dans quel établissement hospitalier) ou d'un centre médico-social (indiquer la rue (si Paris) ou la ville) ou du centre d'hébergement lui-même

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des personnes selon la durée de leur migration .....	22
Tableau 2 : Répartition des personnes selon leur durée de présence en France à la date du bilan infirmier .....	23
Tableau 3 : Lieux de vie avant l'entrée dans la structure d'hébergement .....	23
Tableau 4 : Délais conseillés pour les orientations sanitaires .....	29
Tableau 5 : Durée de présence dans la structure d'hébergement selon le pays d'origine .....	34
Tableau 6 : Répartition par sexe et âge selon le pays d'origine .....	35
Tableau 7 : Durées de migration selon le pays d'origine .....	36
Tableau 8 : Durée du séjour en France selon le pays d'origine .....	38
Tableau 9 : Signes de souffrance psychique selon le pays d'origine .....	42
Tableau 10 : Besoins et refus de soins depuis l'arrivée en France, selon la période de réalisation du bilan .....	45
Tableau 11 : Besoins d'orientations identifiés à l'issue du bilan, selon sa période de réalisation .....	49



## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des personnes selon leur date d'arrivée en France .....	12
Figure 2 : Confrontation chronologique du nombre de personnes vues en bilan et disant avoir séjourné dans un campement, et du nombre de personnes évacuées de campements.....	13
Figure 3 : Du nombre de bilans effectués au nombre de personnes incluses dans les analyses .....	14
Figure 4 : Langues utilisées pour la réalisation du bilan .....	15
Figure 5 : Répartition des répondants selon leur pays d'origine .....	21
Figure 6 : Classification des pays d'origine « autres » par région.....	21
Figure 7 : Répartition des personnes selon leur durée de migration, en fonction de l'âge au départ .....	22
Figure 8 : Prévalences de chaque type de problème durant > 6 mois (classement anatomique, CISP2*) .....	25
Figure 9 : Prévalences des classes de problèmes de santé somatiques durant depuis moins de 6 mois .....	26
Figure 10 : Proportions des personnes « orientées », selon le type d'orientation et le degré d'urgence.....	28
Figure 11 : Répartition des femmes selon leur pays d'origine .....	31
Figure 12 : Orientations proposées aux personnes selon le type d'orientation et le sexe .....	33
Figure 13 : Lieux de réalisation des bilans selon le pays d'origine .....	34
Figure 14 : Niveaux de scolarisation selon le pays d'origine .....	36
Figure 15 : Distribution des personnes selon le nombre de pays parcourus en fonction de la durée de la migration, pour les principaux pays d'origine .....	37
Figure 16 : Proportion de personnes passées par un campement selon leur pays d'origine .....	38
Figure 17 : Proportion des personnes ayant une couverture sociale maladie ou ayant entamé des démarches dans ce sens, selon leur durée de présence en France (plus ou moins de 3 mois) et leur pays d'origine.....	39
Figure 18 : Prévalences standardisées sur l'âge (IC95%)* des problèmes somatiques durant depuis plus de 6 mois affectant la peau, les systèmes ostéo-articulaire et digestif, selon le pays d'origine .....	40
Figure 19 : Prévalence standardisée sur l'âge (IC95%) des problèmes de santé durant depuis moins de 6 mois de type buccodentaire, génital, respiratoire, fatigue et maux de gorge, selon le pays d'origine .....	41
Figure 20 : Proportion de personnes orientées vers chaque type de professionnel selon le pays d'origine .....	43
Figure 21 : Durée de présence dans la structure d'hébergement selon la période de réalisation du bilan .....	44
Figure 22 : Durée de séjour en France selon la période de réalisation du bilan.....	45
Figure 23 : Prévalences standardisées sur l'âge (IC95%) des divers problèmes de santé durant depuis moins de six mois selon la période de réalisation du bilan .....	47
Figure 24 : Proportion des personnes souhaitant rencontrer un professionnel de santé mentale, et ayant des signes évoquant une souffrance psychique, selon la période du bilan.....	48
Figure 25 : Proportion de personnes orientées pour chaque type d'orientation, selon la période de réalisation du bilan ....	49