

La santé des migrants consultant la polyclinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, France

Health of immigrant population of consultants at the Baudelaire outpatient clinic in Saint-Antoine hospital in Paris, France

B. Kaoutar · L. Mathieu-zahzam · J. Lebas · P. Chauvin

Reçu le 1 septembre 2011 ; accepté le 28 février 2012
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2012

Résumé Les données sanitaires et sociales sur la population immigrée, en particulier sur celle en situation irrégulière de séjour, sont rares. La polyclinique Baudelaire de l'hôpital St Antoine et sa PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) reçoivent une majorité de patients migrants dont une grande partie de « sans-papiers ». Les objectifs de notre étude étaient de déterminer l'état sanitaire et social de la patientèle migrante, de comparer les immigrés réguliers et les « sans-papiers » et de déterminer les motifs principaux de migration. Une enquête descriptive transversale auprès de la population immigrée consultant à la polyclinique Baudelaire de l'hôpital St Antoine à Paris a été conduite en avril et mai 2009. Au total, 536 patients ont été inclus. La moyenne d'âge de notre échantillon est de 45 ans ; 62 % sont des hommes et 49 % sont sans-papiers. La moyenne d'ancienneté d'installation est de 12 ans (19 ans pour ceux en situation régulière et cinq ans pour les « sans-papiers »). Plus de 20 % d'entre eux n'ont pas de couverture sociale. Une majorité (55 %) des patients souffre d'une pathologie chronique. Les plus fréquentes sont l'hypertension (20 %), le diabète de type 2 (12 %), les maladies infectieuses chroniques - VIH, VHB et VHC – (7 %). Les motifs de migration sont majoritairement économiques (39 %), familiaux (19 %) et politiques (17 %). Les raisons de santé viennent au quatrième rang et concernent 9 % des patients. Les maladies chroniques prédominantes chez les migrants sont semblables à celles de la population générale des consultants en soins de santé

primaire hormis les maladies infectieuses qui sont plus prévalentes. Les « migrations pour soins » représentent une faible proportion des motifs d'immigration. Pour cette population, les PASS constituent un point d'entrée irremplaçable dans le système de soins.

Mots clés Migrants · Sans-papiers · Motif d'immigration · Santé · Accès aux soins · Hôpital · pathologies chroniques · Paris · France

Abstract Social and health data on the immigrant population remain scarce in France, especially concerning those in irregular situation. The Baudelaire outpatient clinic in Saint-Antoine hospital in Paris (PASS, i.e. specific free medico-social care for the poor, the uninsured or the undocumented patients) treats a majority of immigrants, a lot of them being in an irregular residence status. The objectives of this study were to describe the social and health status of the immigrant consultants, to compare regular and undocumented migrants and to describe their main reasons for migration. A cross-sectional, descriptive, survey among the immigrant consultants has been performed among this outpatient clinic in April and May 2009. In total, 536 patients were included. Their age mean was 45 years, 62% are male, 49% are in an irregular situation and they have been in France for 12 years in average (19 years for the regular immigrants and 5 years for the undocumented). More than 20% had no health insurance. A majority (55%) of patients were suffering from a chronic disease. The more frequent ones were hypertension (20%), type 2 diabetes (11.6%), chronic infectious diseases - HIV, HBV, HCV – (7%). Reasons for immigration were mostly economical (39%), family (19%) and political (17%). Health reasons were at the 4th rank and concerned 9% of the patients. The main chronic diseases observed among this population are similar to those of the general population of consultants in primary health care, except for the chronic infectious diseases, which are more frequent.

B. Kaoutar (✉) · L. Mathieu-zahzam · J. Lebas
APHP, Hôpital Saint-Antoine, polyclinique, Paris, France
e-mail : kaouaba@yahoo.fr

J. Lebas · P. Chauvin
INSERM, UMR S 707,
Equipe de recherche sur les déterminants sociaux
de la santé et du recours aux soins, Paris, France

Université Pierre et Marie Curie-Paris,
6, UMR S 707, Paris, France

Immigration for health reasons represents only a small proportion of all immigration reasons. For this population, free clinics like the one investigated here constitute unique, irreplaceable, access points in the French healthcare system.

Keywords Migrants · Undocumented migrants · Reasons for migration · Health · Access to care · hospital · Chronic diseases · Paris · France

Introduction

La polyclinique Baudelaire de l'hôpital Saint-Antoine est un lieu de consultation privilégié des migrants, car elle héberge dans sa structure une permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Les PASS de l'hôpital public constituent un dispositif permettant un accès gratuit aux soins pour les personnes démunies et/ou dépourvues d'assurance maladie. En restreignant l'accès à l'Aide médicale d'État (AME), la loi de finance rectificative du 31 décembre 2003 (article 97) en a fait un des seuls recours aux soins possible pour une partie de la population, avec certains centres de soins associatifs, hors soins urgents ou vitaux. Depuis la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, le développement des PASS est resté très hétérogène d'un hôpital à l'autre. La PASS de la polyclinique Baudelaire de l'hôpital St Antoine – qui fut un précurseur en ce domaine – permet aux patients démunis d'accéder aux consultations de médecine générale, aux soins infirmiers, aux consultations d'assistants sociaux, aux examens complémentaires et, si besoin, aux services spécialisés de l'hôpital. En 2008, l'année précédant cette étude, plus de 3500 patients ont ainsi été reçus à la polyclinique Baudelaire (29).

Une partie importante, mais souvent mal quantifiée, des consultants des PASS est constituée d'immigrés sans titre régulier de séjour (« sans-papiers »), notamment en région parisienne. Ces personnes restent souvent invisibles des statistiques nationales et des enquêtes de santé (5,6) alors qu'elles seraient environ 300 000 en France [8]. Seules les données régulièrement produites par certains centres de soins gratuits associatifs – comme ceux des centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde qui accueillent une population démunie, constituée à 90 % d'étrangers, dont les 2/3 « sans-papiers » [12] – nous renseignent sur leur état de santé. Or, les études françaises ou internationales nous enseignent que la santé des immigrés est marquée par trois constats. D'une part, on sait que les migrants sont en général en meilleure santé que la population de leur pays d'origine : c'est le classique « healthy migrant effect » selon lequel les individus initialement en bonne santé sont les plus aptes à migrer [13], Par ailleurs, on sait également que les migrations constituent des expériences et

comportent des obstacles qui ont des conséquences néfastes sur la santé des migrants [25,27]. Enfin, une fois installés dans leur pays d'accueil, les conditions de vie plus difficiles des immigrés se traduisent volontiers par des états de santé dégradée ; c'est le cas en France où, globalement, quel que soit leur âge ou leur sexe, les étrangers ont un état de santé plus mauvais que celui des Français (tout au moins en termes de santé subjective et de maladies chroniques déclarées) [24]. Dans ce contexte, il nous a semblé intéressant de décrire la situation des immigrés avec ou sans titre de séjour reçus en consultation dans une PASS publique.

Par ailleurs, la question de l'« immigration pour soins » est, depuis quelques années, récurrente en France, un des rares pays qui accorde, depuis la loi Chevènement du 11 mai 1998, un titre de séjour pour soins aux malades atteints d'une maladie grave ne pouvant être soignée dans leur pays d'origine, dans des conditions de plus en plus contrôlées. Cette question fait l'objet, en l'absence d'informations sur la réalité sociale, épidémiologique, sanitaire et économique de ces migrations pour soins, de préjugés, d'exploitations, voire de récupérations politiques volontiers idéologiques. À la suite de travaux récents conduits sur le même sujet dans des départements français d'outre-mer [14,18,19], il semblait intéressant d'interroger les motifs d'immigration dans cette patientèle francilienne, dans un contexte tout à fait différent, celui de la région parisienne, la région de France la plus concernée par les différentes formes d'immigration en métropole [2].

Les objectifs de cette étude étaient ainsi de décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients immigrés consultant la polyclinique Baudelaire de l'Hôpital Saint-Antoine ainsi que certaines de leurs caractéristiques sanitaires, de comparer les immigrés en situation régulière et les « sans-papiers », et d'estimer la proportion et la situation des « migrants pour soins » parmi l'ensemble de ces consultants.

Matériel et méthodes

Une enquête observationnelle transversale, strictement anonyme, a été conduite par interrogatoire auprès d'un échantillon de patients migrants consultant en médecine générale à la Polyclinique de l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Tous les patients (adultes) immigrés se présentant à la consultation de médecine générale du 6 avril au 1^{er} juin 2009 ont été inclus dans l'étude s'ils acceptaient de répondre à un questionnaire administré à la fin de leur consultation médicale. Les patients non francophones ont été interrogés dans leur langue (soit directement par les médecins, soit par l'intermédiaire d'un traducteur ou de leur entourage). Ce questionnaire était constitué de 23 questions, pour l'essentiel à réponses fermées, qui regroupaient des données sociodémographiques, sanitaires et

migratoires. Les données sociodémographiques comportaient l'âge, le sexe, le niveau d'étude, le statut d'emploi au jour de l'enquête, la nationalité (actuelle et de naissance), le pays d'origine et le pays de naissance, la situation administrative, la date d'arrivée en France, le type de couverture maladie et la maîtrise du français. La définition d'immigré utilisée pour notre enquête est celle de l'INSEE : il s'agit de toute personne née étrangère à l'étranger. Dans la suite de l'article, les termes « immigrés » et « migrants » seront utilisés de façon synonyme.

Parmi les gens sans couverture sociale effective au jour de l'enquête, nous avons distingué les patients déjà venus (et qui bénéficiaient donc déjà de services de la PASS), dénommés par la suite « Baudelaire », et les autres (jamais venus), désignés par la suite comme n'ayant aucune couverture maladie. Les données médicales, complétées à l'aide du dossier médical, comportaient le motif de consultation et l'existence d'une maladie chronique (MC). Une pathologie était considérée chronique si elle s'inscrivait dans la durée et nécessitait un traitement au long cours. En cas de présence de MC, il était demandé au patient si au moins l'une d'entre elles avait été diagnostiquée avant son immigration et s'il était venu en France pour la soigner. En dernier lieu était demandé le motif principal d'immigration et d'installation en France parmi cinq motifs proposés : travail, famille, santé, étude, politique.

L'objectif initial était de disposer d'au moins 500 sujets afin d'estimer des prévalences de 10 % avec une marge d'erreur maximale de 2,5 % (au risque alpha de 5 %). L'ensemble des analyses statistiques - notamment la comparaison de moyennes par le test t et la comparaison de proportion par le test du Chi2 (ou le test exact de Fisher dans le cas de faibles effectifs) - ont été effectuées sur le logiciel Stata v.8 (StataCorp LP, College Station, Texas, États-Unis).

Résultats

Au cours des deux mois d'enquête, 574 patients immigrés éligibles ont consulté à la polyclinique. Parmi eux, neuf patients n'étaient pas en mesure de répondre aux questionnaires en raison de problèmes psychiatriques et 29 n'ont pas pu être interrogés par manque de temps pour le médecin le jour de la consultation. Les 536 patients restant ont tous accepté de répondre au questionnaire (pas de refus de participation) et constituent notre population enquêtée.

Caractéristiques sociodémographiques

Cette population est âgée en moyenne de 45 ans et compte 62 % d'hommes (Tableau 1). Trois quarts de la population maîtrise bien le français, plus de 60 % ont un niveau d'étude au moins secondaire et plus de 45 % ont une activité profes-

sionnelle le jour de l'enquête. En revanche, près d'un quart (22,8 %) n'ont pas de couverture maladie et près d'un tiers (32 %) n'ont pas de couverture maladie complémentaire. La population immigrée consultante se divisait en deux moitiés à peu près égales : celle des personnes en situation régulière de séjour (49,6 %) et celle des « sans-papiers » (48,9 %). Ces derniers sont en moyenne plus jeunes (40,9 ans contre 49,3 ans pour ceux en situation régulière, $p < 0,0001$) et plus actifs (mais occupent plus souvent, bien sûr, un emploi non déclaré). La proportion de chômeurs est identique dans les deux groupes (autour de 13,5 %) tandis que les retraités sont, pour 88 % d'entre eux, des immigrés en situation régulière.

Parmi les patients « Baudelaire » ou sans couverture sociale, 78,7 % d'entre eux n'ont pas de papiers. Quelques patients en situation irrégulière ont une couverture sociale (1,5 %) ou la CMU (9,9 %) et inversement des patients en situation régulière ont l'AME (6 %).

Ces patients immigrés sont en France en moyenne depuis 12,3 ans (l'âge moyen à l'arrivée est donc de 32,5 ans) et un quart d'entre eux sont arrivés il y a moins de deux ans (Tableau 2). Les patients en situation régulière sont là depuis plus longtemps que les patients en situation irrégulière (19,1 ans vs 5,6 ans : $p < 0,001$). La différence est surtout importante pour la part de ceux arrivés depuis plus de 20 ans : respectivement 42,8 % des patients en situation régulière et 4,2 % des immigrés « sans-papiers ». En revanche, la proportion de patients arrivés entre 10 et 20 ans est similaire dans les deux groupes (environ 10 %). On compte 79 nationalités différentes parmi les patients, mais deux régions d'origine prédominent largement : l'Afrique sub-saharienne (47,4 %) et l'Afrique du Nord (21,8 %). Ces provenances ont sensiblement évolué au cours du temps, puisque près de la moitié des patients ayant immigré depuis plus de 20 ans sont d'origine d'Afrique du Nord, alors qu'ils ne sont que 10 % parmi les personnes ayant immigré depuis moins de 10 ans (Fig. 1). À l'inverse, parmi les immigrés depuis moins de 10 ans, les Africains sub-sahariens sont majoritaires tandis que les patients originaires d'Europe de l'Est sont plus fréquents parmi les immigrés plus récents.

Caractéristiques sanitaires

Les pathologies chroniques sont le motif de consultation le plus fréquent (22 %), suivi de quatre spécialités : pathologies ostéo-articulaires (17 %), ORL ou pneumologiques (11 %), gastro-entérologiques ou hépatologiques (9,9 %), et dermatologiques (8,4 %) (Tableau 3).

Une majorité de patients (55,4 %) souffrent d'une ou plusieurs MC ; un quart (23,3 %) souffrent de deux MC et 6,5 % de trois MC. L'âge moyen des patients porteurs d'une MC est supérieur aux autres patients : (51 ans vs 37,6 ans). Au total, 463 pathologies différentes ont été observées. Parmi les plus fréquentes, on compte l'hypertension artérielle

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques de la population d'enquête / <i>Socio-demographic characteristics of the study population.</i>					
		Total migrants n=536*	Dont en situation régulière n= 266	Dont sans-papiers n= 262	p
Age moyen (IC95 %**) en années		45 (43,7-46,3)	49,3 (47.3-51.3)	40,9 (39,4-42,6)	<0,0001
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sexe	masculin	335 (62,5)	158 (59,4)	174 (66,4)	0,09
	féminin	201 (37,5)	108 (40,6)	88 (33,6)	
Niveau d'études	pas d'école	40 (7,5)	16 (6)	24 (9,2)	<0,001
	primaire	133 (24,8)	62 (23,3)	68 (26)	
	collège ou lycée	226 (42,2)	104 (39,1)	120 (45,8)	
	supérieur	102 (19)	66 (24,8)	33 (12,6)	
	non renseigné	35 (6,5)	18 (6,8)	17 (6,5)	
Maîtrise du français	oui	408 (76)	229 (86,1)	174 (66,4)	<0,001
	non	117 (21,8)	31 (11,6)	84 (32)	
Statut d'emploi	non renseigné	11 (2,1)	6 (2,3)	4 (1,5)	<0,001
	emploi déclaré	102 (19)	97 (36,5)	4 (1,5)	
	emploi non déclaré	135 (25,2)	8 (3)	124 (47,3)	
	chômage non inscrit	25 (4,7)	18 (6,8)	7 (2,7)	
	chômage inscrit	46 (8,6)	18 (6,8)	27 (10,3)	
	retraité	58 (10,8)	51 (19,2)	7 (2,7)	
	étudiant	14 (2,6)	13 (4,9)	1 (0,4)	
	au foyer	64 (11,9)	27 (10,2)	35 (13,4)	
	autre inactif	77 (14,4)	30 (11,3)	47 (17,9)	
	non renseigné	15 (2,8)	4 (1,5)	10 (3,8)	
Couverture maladie de base	régime général	157 (29,3)	152 (57,1)	4 (1,5)	<0,001
	AME	152 (28,4)	16 (6)	135 (51,5)	
	CMU	89 (16,6)	62 (23,3)	26 (9,9)	
	Baudelaire***	83 (15,5)	14 (5,3)	64 (24,4)	
	aucune	39 (7,3)	7 (2,6)	32 (12,2)	
	assurance étrangère	15 (2,8)	14 (5,3)	1 (0,4)	
Couverture maladie complémentaire	non renseigné	1 (0,2)	1 (0,4)	0	<0,001
	mutuelle/assurance	74 (13,8)	69 (29,3)	2 (0,8)	
	AME	152 (28,4)	16 (6)	135 (51,5)	
	CMUc	93 (17,4)	68 (25,5)	25 (9,5)	
	aucune	171 (31,9)	82 (34,9)	99 (37,9)	
non renseigné	46 (8,6)	31 (11,65)	(0,3)		

*La situation administrative est manquante pour 8 patients ; ** Intervalle de confiance à 95 % ; ***patients déjà inscrits à la PASS.

(20 %), le diabète (11,6 %) les pathologies ostéo-articulaires (9,1 %), les hépatites ou VIH (7 %), les maladies cardiovasculaires (8 %), enfin les pathologies psychiatriques (5 %) (Tableau 3). L'HTA et les hépatites B ou C et le VIH sont plus fréquemment rencontrés chez les patients d'Afrique sub-saharienne (respectivement chez 24,8 % et 9,8 % d'entre eux) alors que le diabète est plus fréquent chez les patients d'Asie (25,5 %) et d'Afrique du Nord (17,9 %). La prévalence de toutes les MC augmente avec l'âge, sauf les pathologies infectieuses dont la fréquence diminue nette-

ment chez les patients de plus de 60 ans. De ce fait, les patients en situation irrégulière, plus jeunes comme on l'a vu, sont plus souvent concernés par une MC infectieuse (HBV, HVC ou HIV) que les autres (respectivement 8,8 % et 5,6 %, $p=0,04$) tandis que les patients en situation régulière souffrent plus souvent d'HTA (25,9 % versus 14,1 % des « sans-papiers », $p=0,11$) ou de pathologies cardiovasculaires (10,1 % vs 5,7 %, $p=0,02$). On constate également que les patients en situation régulière sont plus souvent (reconnus) porteurs d'une maladie psychiatrique (6,4 % vs

Tableau 2 Caractéristiques migratoires de la population d'enquête / <i>Main migratory characteristics of the study population.</i>					
		Total migrants n=536*	Dont en situation régulière n= 266	Dont sans-papiers n= 262	p
Ancienneté de l'arrivée en France	Moyenne (IC95 %**)	12,3 [11-13,6]	19,1 [16,9-21,3]	5,6 [4,8-6,4]	<0,001
	en années	n (%)	n (%)	n (%)	
	< 2ans	133 (24,8)	42 (15,9)	89 (33,9)	<0,001
	2-5 ans	101 (18,8)	38 (14,39)	60(22,9)	
	5-10 ans	121 (22,6)	43 16,29)	78 (29,8)	
	10-20 ans	54 (10,1)	28 (10,6)	24 (9,1)	
	> 20 ans	125 (23,3)	113 (42,8)	11 (4,2)	
	NR	2 (0,4)	2 (0,7)	0 (0)	
Région d'origine	Afrique du Nord	117 (21,8)	76(28,5)	40 (15,2)	<0,0001
	Afrique sub-saharienne	254 (47,4)	99 (37,2)	152 (58)	
	Moyen Orient	25 (4,7)	8 (3)	16 (6,1)	
	Asie	17 (3,2)	10 (3,8)	7 (2,7)	
	Europe de l'Est	65 (12,1)	36 (13,5)	28 (10,7)	
	Europe-Ouest	19 (3,5)	17 (6,4)	2 (0,8)	
	Amériques / Océanie**	21 (3,9)	13 (4,9)	7 (2,7)	
	Sous-continent Indien	18 (3,4)	7 (2,6)	(3,8)	

*La situation administrative est manquante pour 8 patients ; ** Intervalle de confiance à 95 %.

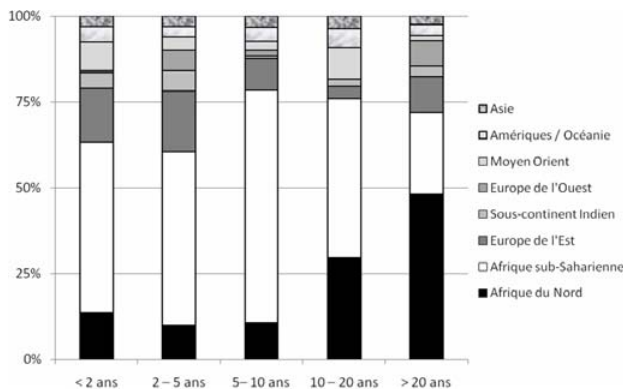


Fig. 1 Région d'origine selon l'ancienneté d'immigration / *Region of origin by the duration of immigration*

3,8 %, $p=0,21$). Une fois ajustée sur l'âge, ces différences de prévalence entre immigrés en situation régulière et « sans-papiers » ne sont plus significatives, mais nos effectifs sont faibles (Tableau 3).

Motif principal de migration

Les principaux motifs de migration cités par les patients sont, par ordre décroissant : les raisons économiques (39,2 %), familiales (19 %), puis politiques (16,6 %). Les hommes migrent principalement pour des raisons économi-

ques (49 %) et les femmes pour des raisons familiales (34,3 %, $p<0,0001$). Les raisons de santé viennent au quatrième rang de fréquence et concernent seulement 49 patients (9,1 %, $IC95\%=[7,0-11,9]$). C'est un peu plus souvent le cas pour les femmes que pour les hommes (12,4 % vs 7,2 % ; $p<0,0001$). Les motifs de migration varient en fonction de l'ancienneté d'immigration. Les migrants arrivés il y a moins de deux ans invoquent plus souvent des raisons de santé que les migrants arrivés il y a plus de 20 ans (16,5 % vs 1,6 % ; $p<0,001$) et moins souvent des raisons économiques (21,8 % vs 40 %). Les raisons économiques sont passées derrière les raisons familiales (25,6 %) et politiques (24 %) pour les immigrés les plus récents (Fig. 2).

Migrations pour soins

Parmi les 297 patients porteurs d'une maladie chronique, 118 patients (39,7 %) connaissaient leur maladie avant de venir en France, et 51 déclarent avoir immigré pour traiter leur maladie ; ce qui représente 17,2 % ($IC95\%=[13,3-21,9]$) des patients atteints d'une maladie chronique et 8,9 % ($IC95\%=[7,3-12,3]$) de l'ensemble des patients. Cependant, quand on les interroge sur leur motif principal de migration, seuls 45 de ces 51 patients déclarent avoir immigré pour raison de santé, les six autres ont donné d'autres motifs de migration (quatre pour des raisons politiques, un pour des raisons familiales et un pour le travail).

Tableau 3 Caractéristiques sanitaires / <i>Health status– Legal vs Illegal Migrants.</i>					
		Total migrants n=536*	Dont en situation régulière n= 266	Dont sans-papiers n= 262	ORa (IC95 %)**
		n (%)	n (%)	n (%)	
Motifs de consultation	Pathologie chronique	117 (21,8)	60 (22,6)	55 (21,0)	p=0,65
	Ostéo-articulaire	91 (17,0)	57 (17,7)	43 (16,4)	
	ORL-pneumologie	59 (11,0)	30 (11,2)	29 (11,0)	
	Hépto-gastro-entérologie	53 (9,9)	26 (9,8)	26 (9,9)	
	Dermatologie	45 (8,4)	25 (9,4)	19 (7,2)	
	Prévention-dépistage	40 (7,5)	19 (7,1)	21 (8,0)	
	Neurologie	29 (5,4)	15 (5,6)	14 (5,3)	
	Divers	28 (5,2)	15 (5,6)	11 (4,2)	
	Gynécologie-urologie	27 (5,0)	14 (5,2)	13 (5,0)	
	HVB-HVC-VIH	18 (3,4)	4 (1,5)	14 (5,3)	
	Cardiovasculaire	15 (2,8)	6 (2,2)	8 (3,0)	
	Certificats	14 (2,6)	5 (1,9)	9 (3,4)	
	Maladie chronique	Oui	297 (55,4)	155 (58,2)	
Avant immigration		118 (22,0)	44 (16,5)	71 (27,1)	0,46 (0,27-0,76)
HTA		107 (20,0)	69 (25,9)	37 (14,1)	0,80 (0,48-1,33)
Diabète		62 (11,6)	33 (12,4)	28 (10,7)	1,33 (0,74-2,38)
Ostéo-articulaire		49 (9,1)	28 (10,5)	21 (8,0)	1,08 (0,47-2,78)
Cardiovasculaire		43 (8,0)	27 (10,1)	15 (5,7)	0,87 (0,42-1,79)
HVB-HVC-VIH		38 (7,0)	15 (5,6)	23 (8,8)	1,35 (0,68-2,71)
Psychiatrie		27 (5,0)	17 (6,4)	10 (3,8)	0,57 (0,24-1,34)
Divers		26 (4,9)	12 (4,5)	13 (5,0)	1,02 (0,43-2,38)
Pneumologie		24 (4,5)	13 (4,9)	11 (4,2)	1,14 (0,47-2,78)
Dysthyroïdie		21 (3,9)	11 (4,1)	10 (3,8)	1,03 (0,41-2,57)
Gynécologie-urologie		18 (3,4)	12 (4,5)	6 (2,3)	0,72 (0,25-2,04)
Neurologie		16 (3,0)	8 (3,0)	8 (3,0)	1,06 (0,38-2,99)
Dermatologie		13 (2,4)	7 (2,6)	6 (2,3)	0,90 (0,28-2,84)
Hépto-gastro-entérologie		12 (2,2)	4 (1,5)	7 (2,7)	2,37 (0,64-8,67)
Maladies infectieuses	7 (1,3)	1 (0,4)	6 (2,3)	8,19 (0,93-72,11)	

*La situation administrative est manquante pour 8 patients ;**Odds ratio ajusté sur l'âge et intervalle de confiance à 95 %.

À l'inverse, parmi les 49 patients qui ont donné comme motif de migration des raisons de santé, trois ne présentaient pas de MC le jour de la consultation. Les MC les plus fréquemment rencontrés chez les 46 des 49 migrants pour raison de santé (qui avaient une MC au moment de la consultation) sont l'HTA (24,5 %), le diabète (23,9 %), les pathologies ostéo-articulaires (23,9 %) et les infections par le VHB, VHC ou le VIH (19,5 %) (Tableau 4). Elles ne diffèrent donc guère de celles des autres migrants. Ces migrants pour raisons de santé présentent également les mêmes caractéristiques sociodémographiques que les autres patients en termes de sexe, d'âge, de niveau d'études, de maîtrise du français ou de proportion de travailleurs. Ils sont toutefois moins souvent en situation régulière de séjour (30,06 % vs 51,5 % ; p=0,005) et sont arrivés plus récemment (3,8 ans vs 13,2 ans ;

p=0,0001). Ils possèdent également moins souvent une couverture maladie (régime général, AME ou CMU confondus : 59,1 % vs 75,7 % ; p=0,01) (Tableau 4).

Discussion

Contrairement à la population immigrée en France dans son ensemble [28] et alors même qu'on sait que les femmes recourent généralement plus aux soins que les hommes [1], la population de notre étude est majoritairement masculine (62,5 %), comme cela est également observé dans d'autres PASS parisienne) et dans les CASO de Médecins du Monde [12]. Les femmes, migrant souvent dans le cadre du rapprochement familial, bénéficient probablement d'un accès plus facile aux

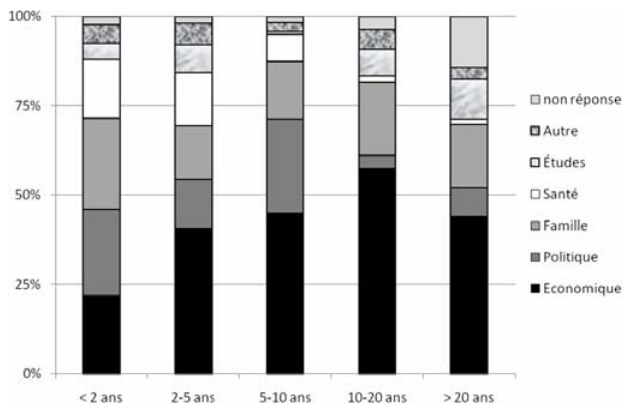


Fig. 2 Principal motif d'immigration déclaré en fonction de l'ancienneté d'immigration/ *Main reason for immigration by the duration of immigration*

soins de ville. En termes d'âge et de statut d'immigration, on distingue deux groupes de population dans la patientèle immigrée de la polyclinique Baudelaire : une moitié d'immigrés en situation régulière de séjour, plus âgée, et une moitié de « sans-papiers », plus jeune, qui souffrent, pourtant, toutes les deux dans des proportions semblables de maladies chroniques (plus d'un patient sur deux). Nous recevons ainsi à la polyclinique toute une population de migrants retraités qui s'adressent à nous sans doute plus pour la facilité d'accès aux soins en terme qualitatif que pour la gratuité [29]. L'offre de soins y est, en effet, diversifiée et d'accès aisé : consultations de spécialistes, accès au plateau technique de l'hôpital et consultations de travailleurs sociaux intégrées sur le même site. En 2011, la polyclinique a d'ailleurs été labellisée par l'Agence régionale de santé (ARS) comme centre favorisant l'accès aux droits des patients.

Tableau 4 Comparaison des « migrants pour soins » avec les autres migrants / *People who migrated for health care vs migrant who migrated for other reasons.*

		Migrants pour soins (n=49)	Autres migrants (n=487)	p
Sexe	Masculin	49 %	63,9 %	0,04
Age	Moyenne et IC95 %* (ans)	46,7 (42,6-50,9)	44,8 (43,5-46,2)	0,5
Niveau d'étude	≥ Collège (%)	63,3	61	0,8
Maîtrise du français	Oui (%)**	75,5	76,2	0,9
Activité principale	En emploi ou études (%)	34,7	48,1	0,07
Statut administratif	Séjour régulier (%)	30,6	51,5	0,005
Ancienneté de la migration	Moyenne et IC95 %* (ans)	3,8 (2,4-5,2)	13,2 (11,8-14,6)	0,0001
Couverture maladie	Sécurité sociale (%)	59,1	75,7	0,01
Complémentaire santé	Oui (%)	55,1	60	0,5
Maladies chroniques	Oui (n, %)	46 (93,9)	251 (51,5)	<0,001?
		n (%***)	n (%***)	p
	HTA	12 (24,5)	95 (37,8)	0,12
	Diabète	11 (23,9)	51 (20,3)	0,58
	Ostéo-articulaire	11 (23,9)	36 (14,3)	0,10
	HVB-HVC-VIH	9 (19,5)	29 (11,5)	0,13
	Divers	7 (15,2)	17 (6,7)	0,07
	Gynécologie-urologie	4 (8,7)	14 (5,58)	0,41
	Dysthyroïdie	4 (8,7)	18 (7,1)	0,64
	Pneumologie	3 (6,5)	20 (7,9)	0,73
	Hépatogastrologie	3 (6,5)	9 (3,5)	0,35
	Psychiatrie	3 (6,5)	23 (9,1)	0,56
	Cardiovasculaires	2 (4,3)	39 (15,5)	0,04
	Neurologie	2 (4,3)	14 (5,5)	0,73
	Dermatologie	0 (0)	13 (5,1)	0,11
	Maladies infectieuses	0 (0)	7 (2,8)	0,25

*Intervalle de confiance à 95 % ; **Sans ou avec quelques difficultés ; ***Parmi les patients présentant au moins une maladie chronique.

Les migrants de notre étude proviennent à 47 % d'Afrique subsaharienne et 22 % d'Afrique du Nord. Cette répartition n'est pas superposable à la population immigrée en général, composée en France métropolitaine de 40 % d'immigrés originaires d'un pays européen, 31 % du Maghreb, 12 % d'Afrique subsaharienne et 17 % du reste du monde [2]. Dans notre patientèle immigrée, les Africains subsahariens sont arrivés, en moyenne, plus récemment que les Maghrébins (les premiers sont en France depuis moins de 10 ans à 78 %, tandis que 65 % des seconds sont en France depuis plus de 20 ans). Il est possible également que cette surreprésentation des Africains sub-sahariens soit liée au fait que ceux-ci connaissent plus, et plus longtemps, des situations sociales précaires que les autres. La relative rareté des immigrés européens s'explique sans doute par leur accès plus facile au système de soins habituel (ou à d'autres filières de soins en ce qui concerne les demandeurs d'asile extra-communautaires).

Notre étude montre que la majorité de la population qui fréquente la polyclinique Baudelaire est en situation précaire. Si 20 % d'entre eux ont fait des études supérieures et si 45 % ont un emploi (qu'ils soient réguliers ou « sans-papiers »), plus de 70 % d'entre eux bénéficient de la CMU ou de l'AME ou n'ont pas de couverture sociale. Ces derniers représentent 23 % de la population d'étude. Nous n'avons pas évalué systématiquement, parmi eux, la proportion des patients ayant le droit théorique à une couverture maladie, ni les difficultés administratives rencontrées pour l'obtenir. L'enquête européenne de Médecins du monde a montré à quel point les complexités administratives, le refus de soins, la peur de la dénonciation, mais aussi la méconnaissance des possibilités légales d'accès aux soins et la barrière linguistique constituaient autant d'obstacles aux soins [5]. Dans son rapport d'activité de 2008, le COMEDE fait état des mêmes difficultés administratives [8]. Soulignons également que 13 % des patients « sans-papiers » sont arrivés en France depuis plus de 10 ans et 30 % entre 5 et 10 ans. Enfin, les personnes souffrant d'une maladie chronique n'ont pas plus souvent que les autres une couverture maladie. Notre expérience, comme celles des associations comme le COMEDE ou Médecins du monde, est faite de difficultés croissantes pour obtenir la régularisation de leur situation administrative au motif de soins pour maladie grave.

Plus d'un migrant sur deux consultant la polyclinique Baudelaire souffre d'au moins une maladie chronique. Rappelons qu'un peu plus d'un tiers (34,6 %) de la population générale est, en France, dans la même situation [11], même si cette proportion ne peut-être directement comparée à celles rapportées parmi des consultants, forcément plus élevée par effet de sélection ; les consultants étant, par définition, en médecine générale comme dans n'importe quel dispositif de soins, plus malades que les autres. Par ailleurs, d'après certaines études, les immigrés souffrent dans les mêmes proportions que les Français d'une maladie chronique, mais

sont moins suivis médicalement [10,20,26]. Pour autant, si les motifs de consultation des migrants de notre patientèle sont similaires à la population générale consultant en ville – qu'elle soit française ou immigrée, avec la prédominance des maladies cardio-vasculaires et du diabète [11,15,23], il faut souligner qu'elle est, en moyenne, plus jeune.

Ces états de santé plus dégradés peuvent être, pour une part, mis sur le compte de la situation sociale et des conditions de vie des immigrés – notamment en région parisienne – qui sont globalement plus péjoratives que celles des Français. Une autre part de l'explication (notamment pour les plus récents) peut être mise sur le compte des spécificités épidémiologiques existantes dans leurs pays d'origine. Par exemple, on sait que les migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont plus souvent hypertendus que les autres migrants [30]. On sait également que la prévalence du diabète dans la population vivant en France (estimée entre 3,4 % et 4,1 %) atteint 6,7 % chez les résidents natifs d'un pays de l'Europe des 15 et 7,1 % chez les résidents nés au Maghreb [21,22]. Dans notre patientèle, on observe effectivement les prévalences de diabète les plus élevées chez les patients originaires d'Asie (25,5 %) et d'Afrique du Nord (17,9 %). En ce qui concerne les infections par le VIH, le VHB ou le VHC, on sait que leurs prévalences sont plus élevées dans la population immigrée que dans la population générale (7 % contre 1,5 %) et en particulier chez les patients en provenance d'Afrique subsaharienne (9,8 %) [4,7,17]. La prévalence de ces maladies observée dans notre étude est donc similaire à celle estimée dans la population immigrée dans son ensemble et proche de celles observées dans les pays d'origine de nos patients ; entre 8 et 15 % pour l'hépatite B dans les pays en voie de développement (16,17), 5,3 % de la population africaine pour l'hépatite C [25] et entre 0,5 et 11 % – selon le pays d'origine – pour le VIH [9,26]. Il n'y a donc pas de concentration particulière de cas de ces maladies dans notre patientèle. Par ailleurs, parmi les 29 patients porteurs de ces maladies, 26 les ignoraient avant d'immigrer. Ce constat – outre qu'il incite à proposer un dépistage systématique de ces maladies chez les populations migrantes [31] – va complètement à l'encontre du préjugé selon lequel une PASS comme la nôtre constituerait un « effet d'aubaine » de la part des immigrés (notamment irréguliers) pour venir se faire soigner en France. En effet, les raisons de migration en lien avec une raison de santé ou de suivi médical (les « migrations pour soins ») ne viennent qu'en 4^e position dans notre enquête, loin derrière les raisons économiques, familiales ou politiques et sont citées par 9 % des patients. Le même constat a d'ailleurs été fait dans deux études récentes conduites dans des départements français d'outre-mer : dans des conditions pourtant a priori plus propices à de telles migrations pour soins, celles-ci restaient extrêmement minoritaires [14,18,19]. Cet effet d'aubaine de profiter du système de soins français ne correspond tout simplement

pas, ni à ce que l'on constate, ni à la réalité des parcours migratoires (processus de sélection des candidats à l'émigration des individus en meilleure santé, dureté et difficultés des conditions des parcours migratoires et des conditions de vie dans les pays hôte).

Conclusion

La polyclinique Baudelaire de l'Hôpital Saint-Antoine constitue un accès aux soins privilégié pour les personnes en situation précaire, notamment les immigrés. Parmi eux, une moitié est constituée de personnes sans-papiers pour lesquelles les PASS constituent le seul dispositif public de droit commun d'accès à une offre de soins diversifiée, intégrant notamment un accès à des assistants sociaux et un adressage facilité à des consultations spécialisées et au plateau technique hospitalier. Les immigrés reçus en consultation souffrent fréquemment de maladies chroniques, d'un état de santé dégradé et de conditions de vie particulièrement difficiles. Pour autant, la santé n'est, dans cette population, qu'un motif extrêmement minoritaire de migration. Plutôt qu'un effet d'aubaine pour les immigrés pour se faire soigner, qui n'est pas observé, notre constat est celui de difficultés croissantes pour obtenir une couverture maladie et/ou une régularisation de la situation administrative au motif de soins pour cette population.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T (2010) Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Paris, IRDES, rapport 2010/06, 154 p.
- Borrel C (2006) Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004. Insee Première, N° 1098.
- Casadevall M (2007) Médecine et précarité. A propos de la consultation de médecine générale de l'Hôtel-Dieu à Paris. Paris : Université René Descartes [thèse de médecine]
- Cazein F, Lot F, Pillonel J et al (2010) Surveillance de l'infection à VIH-Sida en France, 2009. BEH 45-46:467-72
- Chauvin P, Parizot I, Simonnot N (2009) L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe. Paris : Médecins du monde (Observatoire européen de l'accès aux soins), 154 p.
- Chauvin P, Parizot I (2010) Précarité – Les étrangers sans titre de séjour. In : Fassin D, Hauray B, eds. Santé publique, l'état des savoirs. Paris, La Découverte, pp. 284-287
- Comité médical pour les exilés (2008) Guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire. Saint-Denis : INPES, 568 p
- Comité médical pour les exilés (2009) Rapport d'activité et d'observation 2008. Le Kremlin-Bicêtre : Comede, 66 p
- Czernichow P (2006) Pathologies infectieuses chez les migrants. In : Czenichow P, eds. Santé et environnement. Maladies transmissibles. Paris : Masson, pp. 339-343
- Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J (2009) Le recours aux soins de ville des immigrés en France. Paris : IRDES (coll. Questions d'économie de la santé), 2009, n°146
- DREES (2007) L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2007. Paris : DREES, 67 p
- Fahet G, Cayla F et l'équipe de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France (2010) Rapport 2009. Paris : Médecins du monde, 222 p.
- Fennelly K (2007) The "healthy migrant" effect. Minn Med, 90(3):51-3
- Florence S, Lebas J, Parizot I et al (2010) Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : enseignements d'une enquête représentative en population générale. Rev Epidémiol Santé Publique 58(4):237-44. Epub 2010 Jul 14.
- Godet-Thobie H, Vernay M, Noukpoape A et al (2008) Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans. BEH 49-50:478-83
- Institut Pasteur (2010) Les hépatites virales. Institut Pasteur, [http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0h8/hepatites-b-et-c]
- Département des maladies infectieuses de l'InVS (2009) L'épidémiologie des hépatites B et C en France. BEH 20-21:195
- Jolivet A, Florence S, Lebas J, Chauvin P (2010) Migration, health and care in French overseas territories. Lancet 376(9755):1827-8
- Jolivet A, Cadot E, Florence S et al (2012) Migrant health in French Guiana: are undocumented immigrants more vulnerable? BMC Public Health 12(1):53
- Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C (2008) Etat de santé des populations immigrées en France. Paris : IRDES (Document de travail), N° 14
- Kusnik-Joinville O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H (2008) Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes. BEH 43: 409-13
- Lanoé JL, Makdessi-Raynaud Y (2005) L'état de santé en France en 2003 : Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. Paris : DRESS (Etudes et résultats), N° 436
- Labarthe G (2004) Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. Paris : DRESS (Etudes et résultats), N° 315
- Mizrhai A, Mizrhai A (2008) Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger. Journal d'Economie Médicale 26(3): 159-76
- Nygren-Krug H (2003) International Migration, Health & Human Rights. Ed : Geneva: WHO (Health & Human Rights Publications Series), N° 4
- ONUSIDA (2007) Le point sur l'épidémie de Sida. [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_fr.pdf]
- Stanojevich EA, Veisse A (2007) Repères sur la santé des migrants. La santé de l'homme 392:21-4
- Tavan C (2005) Les immigrés en France : une situation qui évolue. Insee Première, N° 1042
- Vannier E (2009) Etude des facteurs médicaux et sociaux influençant l'absence de déclaration du médecin traitant chez des patients consultant en médecine générale de ville et hospitalière. Paris : Université Pierre et Marie Curie, thèse de médecine
- Wluczka M, Debska E (2007) La santé des primo-migrants en 2006. Paris : ANAEM, 15 p.
- Yazdanpanah Y, Sloan CE, Charlois-Ou C et al (2010) Dépistage en routine du VIH en population générale en France : estimation de l'impact clinique et du coût-efficacité. BEH 45-46:455-9