



Epidémiologie, prévention et bilan de santé

(Indicateurs pages 59 et 60)

L'expérience de l'exil et de la violence modifie la perception des risques de santé et peut diminuer la réceptivité aux messages de prévention, ce d'autant plus que l'information est délivrée dans une langue qui n'est pas familière, et trop souvent en l'absence d'interprète dans les dispositifs de santé de droit commun. En outre, cette expérience est vécue par les étrangers en séjour précaire dans un contexte d'exclusion juridique et sociale qui donne un rôle prioritaire à la gestion des risques immédiats par rapport aux dangers situés dans l'avenir. Cette situation n'empêche pourtant pas l'attention relative aux risques ultérieurs et leur prévention. En effet dans l'expérience du Comede, dès lors que la prise en charge proposée intègre le contexte socio-juridique et que la survie est assurée au quotidien, on constate que les patients sont demandeurs de conseils de prévention et de dépistage, conseils mis en pratique de manière souvent plus importante que dans la population générale.

ANTECEDENTS DE VIOLENCE ET DE TORTURE

La moitié des patients du Comede ont eu à subir des **violences** (54% définition OMS, 2002) dans leur pays d'origine, et un quart ont eu à subir la **torture** (23% définition ONU, 1984). La violence est plus fréquemment évoquée par les exilés

originaires d'Asie du Sud (75%, surtout Sri Lanka et Bangladesh), d'Afrique de l'Est (62%, principalement Soudan), d'Europe de l'Est (57%, Turquie, Russie/Tchéquie), ainsi que de Guinée Conakry, du Togo, de Mauritanie et des deux Congo. Les victimes de torture sont proportionnellement plus nombreuses parmi les personnes d'Asie du Sud (Sri Lanka 53%), d'Afrique de l'Est (Soudan 31%), et d'Afrique centrale (Congo RD 28%, Cameroun 23%), ainsi que de Guinée Conakry (38%), de Mauritanie (32%), du Togo (28%), et de Turquie (25%). Un certificat médical destiné à la procédure d'asile a été délivré pour 21% des patients suivis en médecine. La plupart de ces certificats attestent de séquelles physiques sans gravité sur le plan physiologique, mais 1% de ces demandeurs d'asile relèvent d'une chirurgie de réparation. Accueillis parmi l'ensemble des patients, les survivants de la torture relèvent souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, pour laquelle le Comede est soutenu par le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture (ONU).

Le risque de **psycho-traumatisme** grave est 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existe un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque cette violence a pu être qualifiée de torture ($p < 0,001$). Parmi les survivants de la violence et de la torture, il apparaît que la fréquence du psycho-

Fréquence des antécédents de violence, de torture, de la délivrance des certificats médicaux et des psycho-traumatismes graves

Nouveaux patients vus en médecine, 2006-2007 – Des enquêtes annuelles effectués sur 300 dossiers tirés au sort permettent de corriger la sous-évaluation des facteurs de risque Violence et Torture par les médecins.

Indicateurs	Total	Principales régions d'origine							
		AFC	AFE	AFN	AFO	ASC	ASS	CAR	EUE
ATCD Violence	54%	50%	62%	10%	51%	27%	75%	50%	57%
ATCD Torture	23%	23%	28%	4%	19%	9%	34%	6%	22%
Certificat asile	21%	14%	33%	1%	18%	12%	35%	18%	37%
Psycho-trauma	10%	14%	13%	7%	9%	2%	6%	7%	17%
effectifs	7 244	1 641	109	236	1 788	149	2 175	175	570

Taux les plus élevés. ATCD Antécédent, AFC Afrique centrale, AFE Afrique de l'Est, AFN Afrique du Nord, AFO Afrique de l'Ouest, ASC Asie centrale, ASS Asie du Sud, CAR Caraïbes, EUE Europe de l'Est

Antécédents de violence et de torture parmi les 20 principales nationalités

Nouveaux patients vus en médecine, 2006-2007

Nationalité	Effectif	Violence	Torture
Sri Lanka	1057	82%	53%
Guinée C.	261	72%	38%
Soudan	43	72%	31%
Togo	41	68%	28%
Turquie	344	61%	25%
Russie/Tch.	127	60%	21%
Mauritanie	222	59%	32%
Bangladesh	651	59%	9%
Congo RD	694	54%	28%
Congo	134	54%	22%
Côte d'Ivoire	224	51%	15%
Haïti	172	50%	6%
Nigeria	154	40%	9%
Cameroun	211	38%	23%
Angola/Cab.	138	36%	19%
Sierra Leone	53	33%	15%
Afghanistan	61	28%	11%
Pakistan	93	27%	5%
Inde	105	26%	21%
Mongolie	73	24%	5%

traumatisme grave est significativement plus faible chez les patients originaires d'Asie du Sud ($p < 0,001$), c'est à dire ceux dont la demande de certificat médical est la plus forte et la pratique de la langue française la moins répandue. Si les difficultés linguistiques contribuent sans doute à masquer le diagnostic médical et à limiter l'orientation sur le psychologue, l'importance prêtée au certificat médical dans les stratégies de demande d'asile pour certaines nationalités, particulièrement le Sri-Lanka, peut expliquer en partie cette observation, en raison de la prééminence du temps juridique sur le temps thérapeutique (voir Droit de la santé page 31).

PREVENTION ET BILAN DE SANTE

Au Comede, les activités de **prévention médicale** sont portées par les médecins et infirmier/es dans le cadre des consultations, et coordonnées par les médecins chargés du Suivi médical (voir page 43). A l'exception des ateliers animés par la diététicienne, les réunions d'information collective au Comede ne sont pas adaptées à ce public très hétérogène, sur le

plan de la langue et de la culture, mais aussi sur le plan géographique, en raison de l'éloignement du lieu d'hébergement de nombreux patients. Le Livret de santé bilingue édité par le Comede, la DGS et l'Inpes (voir Publications page 61), est remis à tous les patients, et utilisé dans les consultations comme un support d'information et un carnet de liaison. La mise à jour du contenu de ce livret de santé participe aux activités du Centre-ressources du Comede dans le domaine de la prévention médicale, avec l'ensemble des actions d'information et de formation destinées aux professionnels. Pour ses activités de Prévention, le Comede bénéficie du soutien du Groupement régional de santé publique (GRSP d'Île-de-France), de l'Inpes et de Sidaction.

Le **bilan de santé** recommandé selon le pays d'origine a été effectué pour 82% des patients du Centre de santé (2 790 bilans chez des nouveaux patients en 2007, parfois complété lorsque certains examens avaient déjà été réalisés dans un autre dispositif médical). La sérologie VIH, dont la proposition requiert des garanties plus grandes de compréhension, a été pratiquée par 72% des patients (2 448 tests), plus fréquemment chez les patients d'Afrique centrale (79%). Ce bilan est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'épidémiologie des régions d'origine et complété, le cas échéant, par d'autres examens indiqués au terme de l'examen clinique. Un bilan bucco-dentaire est également recommandé. Au terme de ce bilan, un quart des patients du Comede ont été signalés « Patients à suivre » par le médecin ou le psychologue, pour affection/s ou risque médical grave/s. En comptant les anciens patients toujours suivis en 2007, les 1 869 Patients à suivre représentent 38% de la File active du Comede (incluant l'Espace Santé Droit) et utilisent 50% des consultations. Ils requièrent la vigilance quotidienne du Suivi médical pour permettre la continuité des soins.

Pour pallier les carences en interprétariat dans la plupart des services hospitaliers spécialisés auxquels les patients du Centre de santé ont conjointement recours, le Comede propose des consultations d'**Education thérapeutique en langue étrangère** pour des patients atteints de

diabète de type 2, d'hypertension artérielle ou d'asthme. Ces consultations sont également dédiées aux patients francophones ou anglophones atteints de ces maladies chroniques mais qui se trouvent éloignés du système de soins ou de prévention du fait de leur exil et de leur séjour précaire. Au total, 218 consultations d'Education thérapeutique ont été effectuées, ainsi que 58 consultations d'Education pour la santé sur le plan diététique, outre les ateliers de diététique proposés aux patients dans l'attente de leur consultation médicale. Ces consultations permettent de renforcer les informations données lors de la consultation médicale et d'accorder une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé, ceci en dépit des conditions socio-économiques très difficiles. Le travail de contact téléphonique et postal, effectué avant et après la consultation par le médecin et l'infirmière, permet d'améliorer considérablement la motivation du patient et de veiller à la reprise éducative. Le recours à l'interprétariat professionnel, essentiel à la relation thérapeutique et pédagogique, doit être préparé par l'information et l'implication préalable de l'interprète sur les objectifs spécifiques de la consultation.

Les consultations d'Education thérapeutique sont effectuées par un médecin et une infirmière de santé publique et dispensées en 10 langues : Français, Anglais, Arabe, Russe ainsi qu'avec un interprète professionnel en bangali, hindi, ourdou, pular, soninke et tamoul. Le recrutement des patients s'effectue par le biais des consultations médicales, infirmières et du Suivi médical. Transversale et pluridisciplinaire, la démarche éducative se développe en quatre étapes : diagnostic éducatif, négociation d'objectifs, intervention éducative et évaluation des résultats et reprise éducative sur plusieurs mois voir plusieurs années pour certains patients. Le rythme des consultations est à adapter en fonction des besoins de chaque patient et bien sûr des possibilités d'interprétariat. Dans la démarche d'Education thérapeutique pour le patient exilé, utiliser les ressources du système de santé, faire valoir ses droits, avoir une bonne observance

Bilan de santé proposé au Comede

Examen	AFA AFC ANT ASE	AFE AFO	AFN	ASS	AUT
Examen clinique	✓	✓	✓	✓	✓
NFS	✓	✓	✓	✓	✓
Glycémie			✓	✓	
Sérologie VHB	✓	✓	✓	✓	✓
Sérologie VHC	✓	✓	✓	✓	✓
Sérologie VIH	✓	✓	✓	✓	✓
Rx thorax face	✓	✓	✓	✓	✓
EPS ou TTT	✓	✓		✓	
EPU		✓			

AFA Afrique Australe, AFC Afrique centrale, ANT Antilles, ASE Asie de l'Est, AFE Afrique de l'Est, AFO Afrique de l'Ouest, AFN Afrique du Nord, ASS Asie du Sud, AUT autres régions (voir définition des régions page 22)

NFS Numération-formule sanguine, EPS Examen parasitologique des selles, TTT Traitement systématique proposé par Albendazole, EPU Examen parasitologique des urines

médicamenteuse quand les objectifs comportementaux restent difficiles à mettre en œuvre pour certains, sont les compétences spécifiques à acquérir et maintenir.

PRINCIPALES AFFECTIONS DEPISTÉES

Les informations relatives aux bilans de santé et à la continuité des soins des Patients à suivre sont enregistrées et quotidiennement mises à jour par le Suivi médical au moyen d'un programme informatique développé par le Comede. On observe trois grands groupes pathologiques, qui pour ces exilés récents tiennent à la fois aux persécutions et à l'épidémiologie des pays d'origine : pathologies traumatiques graves (27%, essentiellement des psycho-traumatismes), maladies infectieuses et parasitaires (34%), autres affections chroniques et risques médicaux graves (39%). La prévalence des affections considérées est ici sous-estimée en raison de l'absence d'exhaustivité de la pratique des bilans de santé par les patients et du repérage des affections par les médecins, mais les indicateurs disponibles sont significatifs de la diversité pathologique et de l'évolution épidémiologique (voir Annexes page 60 et tableau page suivante). Dix affections représentent 81% des motifs de suivi au Comede en 2007,

Taux de prévalence observés au Comede par région et pays d'origine
Taux pour 1000 personnes, parmi 21 742 patients accueillis en médecine 2001-2007
 Les cases foncées ■ signalent les taux de prévalence supérieurs au taux global

Région & Pays effectif	ANG	AST	BIL	DIA	MCV	PSY	TUB	VHB	VHC	VIH
Taux global (effectif 21 742)	20	14	12	29	42	61	8	51	15	13
Taux global France OMS	*	nc	**	38	nc	nc	0,09	7	8	2
Taux global Monde OMS	*	nc	**	30	nc	nc	2,4	58	31	7
Afrique centrale 5 754	24	8	2	26	71	91	13	52	24	32
Angola/Cabinda 679	38	1	3	20	54	78	24	58	38	14
Cameroun 403	15	10	2	32	80	107	8	94	44	62
Congo 677	9	9	4	35	59	92	12	53	16	28
Congo RD 3 805	27	10	1	27	78	93	12	44	23	30
Rwanda 78	26	13	13	13	90	179	13	13	13	115
Afrique de l'Est 153	20	7	7	0	13	124	13	26	13	13
Soudan 58	34	17	17	-	-	69	17	34	-	-
Afrique du Nord 487	*	22	**	68	62	103	5	13	11	2
Algérie 399	*	22	**	65	60	108	2	2	5	2
Maroc 54	*	-	**	111	56	69	17	-	17	-
Afrique de l'Ouest 4 979	12	23	47	19	36	57	7	121	7	16
Côte d'Ivoire 531	13	17	4	28	48	87	-	142	23	41
Guinée Bissau 73	55	14	27	-	41	27	27	96	14	28
Guinée Conakry 656	26	6	9	17	33	134	9	116	7	16
Mali 1 030	1	41	101	23	36	17	11	158	5	11
Mauritanie 1 652	2	20	64	6	24	24	8	109	3	9
Nigeria 265	26	23	4	23	38	98	7	72	7	19
Sénégal 287	17	35	35	28	52	21	3	129	7	3
Sierra Leone 219	50	9	13	-	36	105	4	96	-	23
Togo 90	1	33	-	78	100	144	-	56	-	-
Asie centrale 204	*	5	**	5	29	29	5	93	108	-
Afghanistan 73	*	-	**	-	14	41	-	-	27	-
Mongolie 94	*	11	**	11	32	11	11	191	191	-
Asie de l'Est 217	9	14	**	19	41	32	9	79	14	-
Chine 143	-	14	**	7	21	21	14	77	-	-
Asie du Sud 6 679	32	16	**	45	32	35	6	10	7	-
Bangladesh 1 963	59	14	**	49	26	16	2	26	3	-
Inde 453	4	16	**	29	47	29	18	9	6	-
Pakistan 320	12	44	**	53	38	19	19	25	106	-
Sri Lanka 3 932	22	15	**	45	32	46	5	1	2	-
Caraïbes 522	10	5	**	40	31	59	12	25	4	16
Haïti 520	9	5	**	40	31	59	12	25	4	16
Europe de l'Est 2 418	*	4	**	7	12	61	3	36	21	<1
Arménie 53	*	-	**	-	38	38	-	-	57	-
Géorgie 78	*	13	**	-	13	64	-	13	192	-
Moldavie 104	*	9	**	9	29	29	19	77	77	-
Russie/Tchéquie 220	*	10	**	10	18	105	0	14	59	4
Ukraine 75	*	-	**	13	-	13	-	27	27	-
Turquie 1 768	*	3	**	7	8	58	3	39	-	-
Moyen-Orient 103	*	-	-	10	39	97	-	19	97	-

* ANG Anguillulose intestinale, présente en zone inter-tropicale, AST Asthme persistant, ** BIL Bilharziose Urinaire, présente en Afrique et en méditerranée orientale, DIA Diabète, MCV Maladies cardio-vasculaires, dont hypertension artérielle, PSY Psycho-traumatisme sévère, TUB Tuberculose, VHB Hépatite B chronique, VHC Hépatite C chronique

caractérisés dans la suite de ce chapitre par nombre décroissant de cas :

▪ **Psycho-traumatisme** : 507 patients, 5% des diagnostics étaient connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Est (taux de 178 pour 1000 chez les femmes vs 102 chez les hommes), d'Afrique du Nord (femmes 157, hommes 82), d'Afrique centrale (femmes 95, hommes 88), et du Moyen-Orient (97) ; ainsi que parmi les femmes d'Afrique de l'Ouest (142), d'Europe de l'Est (110) et d'Asie du Sud (93). Prévalence stable chez les nouveaux patients.

▪ **Hépatite chronique B** : 415 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 84, hommes 128), d'Asie centrale (femmes 153, hommes 69), d'Asie de l'Est (femmes 64, hommes 89) et d'Afrique centrale (femmes 32, hommes 67). Augmentation non significative de la prévalence chez les nouveaux patients.

▪ **Maladies cardio-vasculaires** : 284 patients, 39% des diagnostics connus au pays. Plus fréquents parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 88, hommes 57) et d'Afrique du Nord (femmes 74, hommes 58) ; ainsi que parmi les femmes d'Asie de l'Est (74), d'Asie du Sud (69) et d'Afrique de l'Ouest (58). La diminution de la prévalence (-14%, $p=0,09$) accompagne celle des nouveaux patients originaires d'Afrique centrale.

▪ **Diabète** : 197 patients, 48% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord (femmes 74, hommes 66), d'Asie du Sud (femmes 82, hommes 40) et de Haïti (femmes 28, hommes 49) ; ainsi que parmi les femmes d'Afrique de l'Ouest (33). Augmentation non significative de la prévalence.

▪ **Hépatite chronique C** : 111 patients, 9% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie centrale (femmes 152, hommes 90), du Moyen-Orient (97), d'Europe de l'Est (femmes 35, hommes 18) et d'Afrique centrale (femmes 31, hommes 19). Prévalence stable.

▪ **Asthme persistant** : 95 patients, 67% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 21, hommes 23), d'Afrique du Nord (femmes 25, hommes 22), d'Asie du Sud (femmes 20, hommes 16) et d'Asie de l'Est (femmes 21, hommes 8). Augmentation non significative de la prévalence.

▪ **Anguillulose intestinale** : 88 patients, 1% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Asie du Sud (femmes 1, hommes 36), d'Afrique centrale (femmes 7, hommes 38) et d'Afrique de l'Est (femmes 22, hommes 19). L'augmentation de la prévalence (+59%, $p=0,06$) accompagne celle des nouveaux patients originaires d'Asie du Sud.

▪ **Infection à VIH-sida** : 47 patients, 6% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 47, hommes 19), d'Afrique de l'Ouest (femmes 30, hommes 12) et de Haïti (femmes 20, hommes 11). Augmentation non significative de la prévalence.

▪ **Bilharziose urinaire** : 30 patients, 1% des diagnostics connus au pays. Très fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest (femmes 7, hommes 55). Diminution non significative de la prévalence.

▪ **Tuberculose** : 29 patients, 5% des diagnostics connus au pays. Plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 9, hommes 16), d'Afrique de l'Est (13), de Haïti (femmes 4, hommes 19) et d'Asie de l'Est (9). Ainsi que chez les hommes d'Afrique de l'Ouest (9). Diminution non significative de la prévalence. Seuls sont comptés ici les cas de tuberculose-maladie, et non les cas de radiographies pulmonaires évocatrices mais non confirmées au cours de la surveillance (dans la moitié des cas).

▪ **Parmi les autres affections graves**, on observe la fréquence relativement élevée de la bilharziose intestinale (6 pour 1000), des pathologies thyroïdiennes (4), de l'épilepsie (3), des traumatismes locomoteurs (2), des cancers

(2), des pathologies rénales (2) et de la drépanocytose (1).

BESOINS ET RECOMMANDATIONS

La prise en charge de ces patients au Comede s'inscrit dans un moyen terme, avant le plus souvent un relais médical au sein du système de santé de droit commun. La durée médiane de suivi au Comede se situe entre 9 mois pour le psycho-traumatisme et 3 mois pour l'hépatite C ou l'infection par le VIH. Les Patients à suivre consultent 5,1 fois en moyenne sur la période, au cours de laquelle 55% d'entre eux bénéficient d'un suivi conjoint par un médecin spécialiste le plus souvent à l'hôpital.

En 2006, la prise en charge de 984 Patients à suivre s'est terminée au Comede (« fin de suivi »). **La continuité des soins** a été assurée pour 85% d'entre eux : 735 patients ont bénéficié d'un relais médico-social proche de leur lieu de résidence (souvent auprès d'un service hospitalier), 98 ont guéri (parasitose, psycho-trauma, tuberculose, hépatite...), alors que 2 patients sont retournés librement au pays d'origine (une Congolaise RD de 77 ans résident en France depuis 3 ans et suivie pour hypertension artérielle et hépatite C ; une Angolaise de 65 ans résident en France depuis moins d'un an et suivie pour les 2 mêmes pathologies). Les échecs concernent 148 patients perdus de vue malgré les relances téléphoniques et postales du Suivi médical. Un patient guinéen de 25 ans, résidant en France depuis un an et suivi pour une hépatite chronique B, a été reconduit à la frontière (sur 21 sollicitations téléphoniques du Suivi médical du Comede depuis les Centres de rétention administrative). Aucun cas de décès n'a été constaté en 2007. Si l'on regarde les causes caractérisées de rupture de suivi au cours des 7 dernières années parmi les 6187 patients en « fin de suivi », les médecins du Suivi médical ont relevé le retour volontaire au pays de 22 patients, le décès de 9 autres, et enfin l'éloignement de 3 étrangers malades malgré la prise en charge médicale effectuée par le Comede.

L'accès et la prise en charge de ces patients dans les dispositifs de droit commun se heurtent à de nombreux obstacles, notamment linguistiques, que les restrictions législatives de l'accès à l'Aide médicale Etat ont aggravés (voir Accès aux soins page 25). Dans le cas des psycho-traumatismes, la prise en charge psychologique s'est achevée en 2007 au Comede pour 298 patients. La thérapie était considérée comme terminée (« guérison ») pour 58% et interrompue (« suspension ») pour 42% d'entre eux, de l'avis commun du psychologue et du patient, jusqu'à stabilisation d'une situation sociale et juridique trop incertaine et précaire.

Inscrites dans les **priorités de santé publique** en France, la lutte contre le VIH et la tuberculose a permis des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge beaucoup plus efficaces pour les malades concernés que dans le cas des autres affections graves. Mais d'autres actions de santé restent à développer pour protéger les populations exilées les plus vulnérables sur le plan des traumatismes et de la maladie (voir supra et Démographie page 13), notamment les femmes plus souvent atteintes que les hommes de psycho-traumatisme, infection à VIH, hépatite C chronique et maladies cardio-vasculaires. Des actions de dépistage et de prévention secondaire doivent être conduites en priorité face à l'impact des psycho-traumatismes et des hépatites virales chroniques chez les exilés récemment arrivés en France, prenant en compte à la fois les phénomènes de violence et les données d'épidémiologie médico-psycho-sociale ■