

Maux d'exil

Billet

Réduire les inégalités

Face à l'accroissement des écarts de santé entre les catégories sociales, la lutte contre les inégalités de santé constitue l'une des priorités des politiques de santé publique. Précarité sociale et juridique, discriminations et stigmatisation, violence au pays et violence en France : les exilés comptent parmi les principales victimes de ces inégalités, et la santé des migrants reste avant tout le produit de leur condition sociale¹. Dans la course d'obstacles que constitue alors le « parcours d'intégration », la découverte tardive d'une maladie grave peut constituer un handicap fatal.

Destinées à prévenir cette « perte de chance », les actions de dépistage reposent selon l'OMS sur trois conditions principales : une maladie grave, une prévalence élevée, un traitement efficace. Il faut y ajouter une volonté politique de protéger la santé des migrants au delà du seul « risque sanitaire » pour la population générale.

Si la lutte contre le VIH et la tuberculose a permis de développer des actions efficaces de prévention, de dépistage et de soins, de telles actions se font toujours attendre face aux psycho-traumatismes ou aux hépatites virales chroniques, affections bien plus nombreuses parmi les exilés.

Dispositifs de « premiers recours » pour de nombreux étrangers exclus des soins, les associations humanitaires et les centres de prévention constatent quotidiennement l'adhésion des patients à une démarche de dépistage librement consenti, pourvu que les conditions de confidentialité et de communication soient réunies. Bien sûr, la promotion d'un bilan de santé adapté ne sera d'aucune utilité pour réduire les inégalités sociales et les inégalités de traitement que subissent les étrangers. Mais au moins réduira-t-elle les inégalités face à la maladie.

Arnaud Veïsse
Directeur du Comede

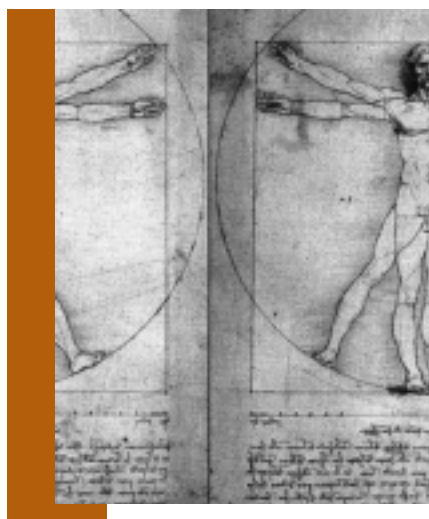
¹ Voir dossier « La santé des migrants », La santé de l'homme n°392, décembre 2007.

DOSSIER : UN BILAN DE SANTÉ POUR PROTÉGER LES MIGRANTS

Auprès
des exilés

Proposition de dépistage pour des primo-arrivants

Le Comede, Rapport d'observation et d'activité 2007
du Comité médical pour les exilés



lutte contre le VIH et la tuberculose, où le profil épidémiologique de certains groupes de migrants est bien documenté, les autorités de la santé publique peinent à prendre en compte l'impact particulier d'autres affections graves comme les psycho-traumatismes, ou les hépatites virales. Dans ce contexte, l'observation fournie par les associations et services médicaux accueillant des migrants en situation précaire joue un rôle essentiel d'alerte sanitaire.

> Le dispositif d'observation épidémiologique au Comede

Le Centre de santé du Comede accueille chaque année 5 000 réfugiés, demandeurs d'asile et autres étrangers en situation précaire, dont 3 500 nouveaux patients récemment arrivés en France (médiane 10 mois lors de la première consultation en 2007). Depuis 1984, dans le cadre d'un partenariat établi avec les laboratoires d'analyse de la Ville de Paris (Dases), les médecins du Comede proposent à tous les nouveaux patients de pratiquer un bilan de santé destiné au dépistage des affections graves les plus fréquentes (voir Guide Comede 2008), et complété le cas échéant par d'autres analyses requises

Si la question de l'immigration figure au premier plan du débat politique et médiatique, les connaissances dans le domaine de la santé des migrants restent très parcellaires. Plusieurs travaux ont certes montré l'effet des inégalités sociales sur la santé, ainsi que des discriminations en matière d'accès aux soins pour les étrangers, mais rares sont les données épidémiologiques permettant d'identifier les groupes les plus vulnérables sur le plan des traumatismes et de la maladie. Ainsi, à l'exception de la

au terme de l'examen clinique. Sur les 7 dernières années, le bilan a été pratiqué par 85% des nouveaux patients, l'absence de pratique du bilan tenant davantage à l'absence de proposition par le médecin – notamment devant les difficultés de communication linguistique – qu'à des refus par les patients (moins de 5% des cas).

Au terme de la seconde consultation et du bilan dont les résultats sont vérifiés par les médecins du Suivi médical, un tiers des patients du Comede sont signalés « Patients à suivre » par le médecin ou le psychologue, pour affection ou risque médical grave. Les Patients à suivre requièrent la vigilance quotidienne de

l'ensemble de l'équipe du Comede dans le cadre d'un protocole de suivi destiné à optimiser la prise en charge et garantir la continuité des soins. Les informations relatives aux bilans de santé et au suivi de ces patients sont enregistrées et quotidiennement mises à jour par le Suivi médical au moyen d'un programme informatique développé par le Comede.

> Prévalence des principales affections et groupes à risque

L'analyse régulière de ces données permet de dresser une carte épidémiologique mettant en évidence trois principaux groupes pathologiques : psycho-

traumatismes, maladies infectieuses et maladies chroniques. Si les prévalences observées dans ce cadre sont sous-estimées 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, les indicateurs disponibles sont toutefois significatifs de la diversité pathologique et de l'évolution épidémiologique. Entre 2001 et 2007, 21 742 patients ont consulté le médecin au Centre de santé du Comede, et les bilans de santé effectués pour 85% d'entre eux mettent en évidence dix affections principales, par nombre décroissant de cas :

> **Psycho-traumatisme** : le plus souvent sous forme de névrose traumatique dans un contexte de violences. Fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Afrique du Nord, ainsi que de Guinée Conakry, de Russie/Tchéquie et de Sierra Leone ;

> **Hépatite chronique B** : plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest, d'Asie de l'Est, d'Afrique centrale, ainsi que de Moldavie ;

> **Maladies cardio-vasculaires** : plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale et d'Afrique du Nord, ainsi que du Sénégal, de Côte d'Ivoire et d'Inde ;

> **Diabète** : plus fréquent parmi les exilés d'Afrique du Nord et d'Asie du Sud, ainsi que de Haïti ;

> **Asthme persistant** : plus fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique du Nord, d'Asie du Sud et d'Asie de l'Est ;

> **Hépatite chronique C** : plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est, ainsi que du Pakistan, d'Egypte et de Mongolie ;

> **Anguillulose intestinale** : plus fréquent parmi les exilés d'Asie du Sud et d'Afrique centrale, ainsi que de Sierra Leone, de Guinée Conakry et du Nigeria ;

> **Infection à VIH-sida** : plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Afrique de l'Ouest et de Haïti ;

> **Tuberculose** : plus fréquent parmi les exilés d'Afrique centrale, d'Asie de l'Est, ainsi que de l'Inde, du Pakistan, de Haïti et du Mali ;

> **Bilharziose urinaire** : très fréquent parmi les exilés d'Afrique de l'Ouest.

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 Comede	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
Afrique du Nord 487	*	22	**	68	62	103	5	13	11	2
Algérie 399	*	22	**	65	60	108	2	2	5	2
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	0	142	23	41
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
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
Moldavie 104	*	9	**	9	29	29	19	77	77	-
Russie/Tchéquie 220	*	10	**	10	18	105	0	14	59	4
Turquie 1 768	*	3	**	7	8	58	3	39	-	-

* 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, VIH Inf. à VIH-sida

Parmi les autres affections graves les plus fréquentes, on retrouve l'épilepsie, les traumatismes locomoteurs, les cancers, et les pathologies rénales. Dans l'ensemble, ce sont les exilés africains qui payent le plus lourd tribut à la maladie, particulièrement les patients originaires d'Afrique centrale.

A nationalité équivalente, les femmes présentent des taux de prévalence nettement plus élevés que ceux des hommes pour l'infection à VIH (plus du double), ainsi que les psycho-traumatismes, les maladies cardiovasculaires et l'hépatite C (près du double, $p < 0,001$). A contrario, les hommes sont plus souvent que les femmes atteints de tuberculose et de parasitoses (anguillulose, bilharziose). La pathologie observée à l'occasion des bilans de santé est également plus fréquente chez les mineurs et les exilés âgés. Les mineurs – pour la moitié mineurs « isolés » – souffrent en particulier de psycho-traumatisme, d'hépatite B chronique, et de parasitoses intestinales. Enfin, les patients âgés de plus de 60 ans sont 9 fois plus souvent atteints de maladie cardiovasculaire, 7 fois plus de diabète et 5 fois plus d'hépatite C chronique.

> Favoriser le dépistage au sein d'une prise en charge globale

Si la plupart des maladies graves dont souffrent ces personnes récemment arrivées en France ont été contractées au pays d'origine, la majorité étaient ignorées des malades concernés : 81% de l'ensemble des affections ont été dépistées en France, et 94% pour les infections virales chroniques incluant le VIH. C'est pourquoi la promotion du dépistage des affections les plus fréquentes constitue l'une des priorités des actions de prévention à mettre en place pour les migrants.

En raison de la diversité des pathologies en cause et de la fréquence des psycho-traumatismes, des consultations médicales attentives à la santé mentale constituent le cadre préférentiel pour la proposition de bilans de santé adaptés. Les exilés ne souffrent ni de « pathologie exotique », ni de « pathologie de la rue », comme on l'entend encore parfois. Mais les traumatismes qu'ils ont subis, les particularités épidémiologiques observées et l'exclusion dont ils sont victimes renforcent les effets de la maladie chronique, dont le dépistage précoce reste à la base d'une prise en charge médico-psycho-sociale efficace ■

Face aux immigrés

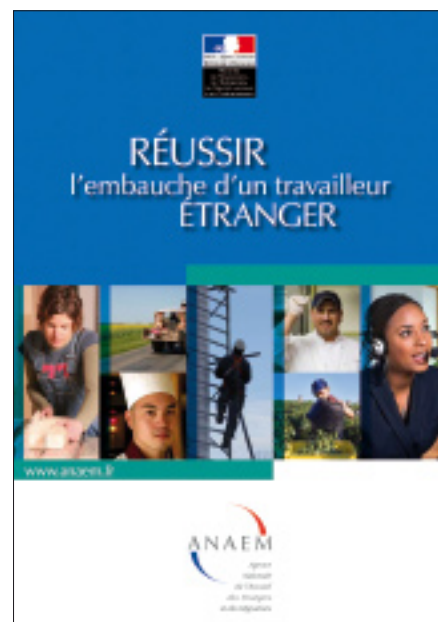
Anaem : une visite médicale en questions

Questions-réponses avec **Marc Wluczka**

Directeur de la santé publique et Médecin-Chef de l'Anaem
(Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations)

> Maux d'exil : en 2006, plus de 200 000 personnes ont effectué la « visite médicale obligatoire » de l'Anaem. Quel est le fondement de cette visite médicale ?

Marc Wluczka : C'est une histoire qui nous ramène à l'immigration des « Trente glorieuses ». Le 2 novembre 1945 est signée l'ordonnance qui régleme l'entrée et le séjour des étrangers en France et qui porte création de l'Office national d'immigration (ONI, puis OMI et enfin Anaem). Le décret d'application n°46-1574 du 30 juillet 1946 lui donne mission d'assurer le « contrôle sanitaire » des travailleurs étrangers et de leur famille et de vérifier l'aptitude des migrants à occuper un emploi. A partir de 1994, la place de l'immigration familiale a amené à réorienter les objectifs de la visite médicale d'entrée en France en fonction des besoins des migrants dans une problématique de prévention et de promotion de la santé. L'arrêté du 11 janvier 2006 a finalisé cette évolution en inscrivant la dimension d'accès aux soins dans la norme réglementaire et en définissant la visite médicale comme un bénéfice pour les migrants. Le dépistage de la tuberculose, du diabète de type 2, bientôt de la drépanocytose, comptent parmi nos missions clés (voir encadré).



www.anaem.fr, document en téléchargement

L'histoire de cette visite médicale est donc celle d'une formalité administrative dénuée de bénéfice pour le migrant et qui, à ce jour, est devenue pour l'essentiel un acte de prévention réalisé pour le bénéficiaire personnel du migrant et de la société dans laquelle il s'intègre. La tentation de réduire la visite à un acte administratif sans finalité de santé publique ou au contraire à en faire un instrument de police sanitaire (comme en Suisse) est cependant toujours présente.

Déroulement de la visite médicale obligatoire à l'Anaem

Le migrant est accueilli et orienté vers la radiographie pour un cliché standard de face sauf dans le cas où il aurait été l'objet d'un tel examen au cours des trois mois précédents. L'infirmier/e pratique la radiographie, puis procède à l'évaluation de la vision, ainsi qu'à la mesure du poids et de la taille, ce qui aboutit au calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC). Dans le cas où l'IMC est > 29 , et chez toute personne de plus de 45 ans, un test de dépistage du diabète de type 2 est effectué. Si les personnes sont munies de carnets de santé ou de certificats de vaccination, les infirmier/es peuvent également noter le statut vaccinal des personnes. Les résultats des examens infirmiers et la radiographie sont remis au médecin examinateur qui procède alors à l'entretien médical proprement dit. Cet entretien comporte un examen clinique complet, incluant une mesure de la Tension artérielle. Il est également procédé à la vérification de la conformité légale et réglementaire du statut vaccinal, il est délivré des conseils et éventuellement, une orientation dans le cas où il y a eu un dépistage de maladie ou nécessité de mettre en place un suivi (selon l'enquête portant sur l'année 2006, 44% des patients font l'objet d'une orientation). Enfin, il est délivré à l'intéressé un certificat de contrôle médical (en deux exemplaires : un pour le bénéficiaire et un pour la préfecture) permettant la délivrance du titre de séjour.



www.anaem.fr, document en téléchargement

> Selon le code de déontologie médicale, « Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention » (Art 100). Comment concilier ces deux objectifs dans les considérations légales qui cadrent la visite médicale de l'Anaem ?

A titre personnel, j'estime que l'on est arrivé à l'extrême de ce que l'adaptation par le règlement « léger » - l'arrêté ministériel - peut faire. Il serait plus clair que la notion même de « contrôle » qui figure dans le décret de 1946 soit purement et simplement supprimée. Le bénéfice de cette visite de prévention devrait être inscrit dans un nouveau texte de façon à ce que l'intégration par la santé et la prévention soit mentionnée comme un des éléments que l'Etat apporte dans le contrat d'accueil et d'intégration. Cela ne dispense pas de jouer le rôle de dépistage précoce des grandes maladies, je veux parler bien évidemment de la tuberculose, mais aussi du diabète, et de la souffrance psychique. Protéger la société est une tâche légitime de la santé publique, mais elle ne peut pas, ne doit pas être placée en contradiction avec le bien être individuel des patients. C'est en se situant en complément et en synergie de ces deux objectifs qu'elle prend tout son sens¹.

> Ces questions prennent une tournure encore plus aigüe par rapport au VIH-sida...

Dans l'état actuel des choses je ne pense pas que l'on puisse sans risque grave de dérives effectuer de tests VIH à l'entrée en France pour les migrants. Tout a été dit sur ce sujet, aussi bien sur l'inutilité que sur le coût exorbitant d'une telle disposition. En revanche, l'incitation forte au dépistage volontaire est primordiale. La difficulté est que le bénéfice pour le patient doit être mis sans équivoque au premier plan. Pour cela, on en revient toujours au point de départ de mon propos, il faut forcément se départir de l'idée de « contrôle ». Le problème est moins aigu pour les hépatites, et il me semble que concernant l'hépatite B, la visite médicale pourrait être un lieu de primo-vaccination.

> Face à ces contradictions, quelles sont les perspectives de modification réglementaire ?

Le règlement sanctionne ou acte une évolution bien plus qu'il ne la provoque ou ne l'initie. Les évolutions dans la pratique de la visite médicale ont le plus souvent été suivies et non précédées de modifications réglementaires. Ainsi, avant 2006, l'arrêté était rédigé de telle sorte que le diagnostic de tuberculose évolutive valait refus de séjour (appelé « inaptitude »). C'était absurde puisque les personnes étaient déjà présentes sur le territoire au moment de la visite. Dès 2000, nous avons inventé la notion de « mise en instance » qui permet de soigner la personne et de la mettre ainsi en situation de se rendre « apte »... Je dois dire que notre tutelle² nous a soutenu et appuyé. Autre élément : depuis dix ans, l'OMS a lancé une alerte mondiale sur la question du diabète chez les personnes en situation de précarité. En 2003 nous avons été les premiers sur une aussi vaste échelle à mettre en place un dépistage ciblé du diabète de type 2. Enfin, le fait que la compétence de ma direction ait été élargie dès 2003 à la supervision médicale du DNA³ nous a permis de nous ouvrir sur un public migrant plus large que le public « traditionnel » de l'ancienne OMI.

> Selon vous, comment extrapoler l'expérience du service médical de l'Anaem à l'ensemble du champ de la santé des migrants ?

Il n'aurait guère de sens de prétendre que la santé des migrants légaux, ceux que voit l'Anaem, n'aurait aucun rapport avec celle des autres migrants. Des interfaces existent, ne serait-ce que les demandeurs d'asile qui ne seront pas tous admis au statut de réfugié. Au-delà, je pense que le statut juridique des personnes ne peut pas être un obstacle à la recherche de solutions communes à tous les migrants. Ce que nous avons mis en évidence par exemple sur des facteurs de risque comme l'obésité, des maladies comme le diabète et la drépanocytose peut servir, et de fait sert, à l'ensemble des acteurs de santé publique. Sur un sujet comme la tuberculose nos partenaires naturels – et obligés ! – ont comme nous prioritairement à l'esprit la protection de la santé publique individuelle et collective. Nous sommes d'ailleurs bien conscients du fait que si le public migrant que nous voyons est en relatif meilleur état de santé que les autres c'est parce qu'il bénéficie de droits à une couverture médicale. Il est symptomatique que le simple fait d'être hébergé en Cada (Centres d'accueil pour demandeurs d'asile), avec ce que cela implique en termes de suivi médical comme de couverture sociale provoque en quelque mois une amélioration significative de l'état de santé de la population des demandeurs d'asile hébergés dans le Dispositif national d'accueil. Notre visite médicale, comme celle effectuée avec notre méthodologie à l'entrée en Cada, débouche donc toujours ou presque sur une solution, sur un accès aux soins ou à la prévention, dans les mêmes conditions que pour tous les assurés sociaux. Il existe donc une relation causale directe et évidente entre le niveau de protection sociale et l'état de santé individuel et collectif. Au moment où est discutée une nouvelle réforme de l'AME, il me semble que cette donnée doit être rappelée ■

¹ L'ensemble des documents concernant la visite médicale Anaem est en téléchargement libre sur le site web de l'Anaem : http://www.anaem.fr/qui_sommes-nous_46/documentation_en_telechargement_667.html
² La DPM à l'époque et la DGS
³ Dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile ; il s'agit de l'ensemble des structures d'hébergement social notamment les Cada accueillant les demandeurs d'asile éligibles à ce dispositif

Pour les assurés

Et si on faisait un petit bilan de santé ?

Jean-Yves Fatras,

Médecin-Chef du Centre d'examens de santé de la CPAM31

Président d'honneur du Comede

Le code de la sécurité sociale prévoit dans l'article L321.3 que les assurés sociaux peuvent bénéficier d'un bilan de santé, dont l'appellation officielle est « examen périodique de santé », dans l'un des centres d'examens de santé (CES) des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). En quoi cela consiste-t-il ? Quel en est l'intérêt, en particulier pour les personnes en situation de précarité ?

> Déroulement et objectifs de l'examen périodique de santé

Les examens périodiques de santé sont des bilans de santé gratuits ouverts aux assurés du régime général de l'assurance maladie et leurs ayants droit. Depuis l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992, en sont les bénéficiaires prioritaires¹ :

- les jeunes entre 16 et 25 ans ;
- les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires du RMI, de la CMU, et leurs ayants droit ;
- les personnes en pré-retraite ou retraitées ;
- les personnes exposées à des risques menaçant leur santé.

Le contenu de l'examen périodique de santé est modulé selon l'âge, le sexe, les risques et le suivi médical habituel. Le premier temps est destiné à l'exploration de l'état de santé et comprend entre autres tests :

- une analyse de sang et d'urine pour détecter d'éventuels troubles métaboliques, cardiovasculaires, hépatiques, rénaux... ;
- la mesure de la tension artérielle, du poids, de la taille et du rapport taille/hanches ;

1 La convention du 7 août 2006 entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie fixe pour première mission des CES « le développement de la prévention à l'attention des populations qui en ont le plus besoin (population en situation de précarité, personnes âgées, personnes ayant été exposées à des risques professionnels au cours de leur activité, populations qui ne bénéficient pas, peu ou mal de la démarche de prévention du médecin traitant, faute de l'avoir désigné ou de le consulter, ou qui ne s'inscrivent pas dans des dispositifs organisés de suivi, de dépistage ou de vaccinations qui leurs sont offerts).



Consultation médicale au CES de la CPAM31

- si nécessaire, un électro-cardiogramme et une spirométrie ;
- des examens de la vue et de l'audition ;
- dans le cadre du dépistage des cancers, un examen clinique de la peau et des seins et, si nécessaire, un frottis cervical ou un test HémoCult ;
- un examen dentaire pour les personnes non suivies depuis 6 mois ;
- un questionnaire de perception de la santé, un repérage des risques vis-à-vis du tabac et de l'alcool.

Le second temps est réservé à l'examen clinique. Le médecin s'entretient avec le patient sur les modes de vie, les antécédents personnels et familiaux et les problèmes révélés par les tests de la première partie de l'examen. Temps fort pour une action éducative, cet entretien permet au patient d'établir « un plan de santé ». Une copie de l'ensemble des résultats de l'examen de santé est envoyée au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par le bénéficiaire.

Pour l'assuré ou son ayant droit, l'examen périodique de santé permet une triple approche de la prévention :

> **Prévention primaire** : aborder les risques éventuels observés au cours de l'examen et apporter un conseil en éducation à la santé ;

> **Prévention secondaire** : assurer le diagnostic précoce ou le dépistage de maladies pour lesquelles existe un traitement ;

> **Prévention tertiaire** : prévenir les complications des affections déjà connues mais mal équilibrées au moment de l'examen.

Par ailleurs, l'ensemble des données collectées au cours des examens périodiques de santé constituent une base de données épidémiologique offrant un riche éclairage sur les déterminants socio-économiques, comportementaux et personnels de l'état de santé de la population.

Afin d'encourager la prise en charge optimale des affections dépistées, les CES organisent une activité de Suite examen santé (SES). Ce service (une consultation de médecine financée par l'Assurance maladie) est destiné à donner toutes les informations utiles au médecin traitant désigné par le patient. En retour, le médecin informe le CES sur les diagnostics ou traitements réalisés.

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - 01 45 21 38 40

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE ET LIVRETS BILINGUES EN 23 LANGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE DU SUIVI MEDICAL TEL. 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour.

■ PERMANENCE TELEPHONIQUE DE L'ACCES AUX SOINS TEL. 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU-C, AME).

■ FORMATIONS TEL. 01 45 21 38 25

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTE A BICETRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques en 20 langues, sur rendez-vous du lundi au vendredi. Tél : 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE A AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous du mardi au vendredi. Tél : 01 43 52 69 55.

EN 2007, LES ACTIVITES DU COMEDE ONT ETE SOUTENUES PAR :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- La Direction de la population et des migrations ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, nationale et Ile-de-France ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- Le Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.

> Une approche globale face aux demandes de santé

Voilà en ce qui concerne la description factuelle des bilans de santé dans le droit commun. Mais qu'en est il dans la pratique pour les personnes les plus vulnérables ? Dans notre expérience au CES de Toulouse, le pourcentage de « précaires » dans la file active du centre est d'environ 50%. Ce caractère de « précarité » est déterminé par un score établi à partir de données prenant en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'études, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue... La pratique du « scoring » facilitée par l'informatisation de l'ensemble de l'examen périodique de santé est une source d'informations intéressantes individuelles et collectives. Elle permet la modulation du contenu du bilan mais aussi l'offre de services complémentaires comme par exemple le contact avec une assistante sociale afin de faciliter l'accès aux droits ou à d'éventuels soins si une difficulté spécifique apparaît. Il n'y a pas d'informations recueillies en particulier concernant la nationalité ou l'origine ni le statut sur le territoire, la seule condition d'accès étant le numéro de sécurité sociale du régime général.

Un certain nombre d'années de pratique clinique dans le cadre de ce centre d'examens de santé m'amènent également à une lecture peut être plus subjective de la réalité des patients, dans l'époque que nous vivons. La question de l'utilité nous est constamment renvoyée, et c'est légitime, mais j'aimerais l'aborder sous un angle un peu différent de celui que nous proposons la santé publique, l'économie de la santé et les politiques publiques de santé. Après plus de vingt ans de santé publique je pense essentiel de la « recoller » à la clinique, car finalement tout cela n'existe que pour les patients, tous les patients, et ils sont trop souvent absents des réflexions épidémioplanificatrices nécessaires mais pas suffisantes.

L'absence de pathologie n'est pas synonyme de bonne santé mais elle est un bon début pour un travail de restauration de l'auto-estime. L'approche globale du sujet, le temps passé à l'écouter, à lui permettre les larmes qu'il ne s'autorise plus ou à expliquer le sens

de certaines mesures que l'on vient d'effectuer sur son propre corps sont des occasions trop rares. Le corps est une médiation souvent nécessaire, mais qu'il faut parfois négocier, pour parler de la personne, de son histoire et de ses souffrances passées et/ou présentes. Pour les demandeurs d'asile, pour les demandeurs d'emploi pour les demandeurs d'attention, pour les demandeurs d'amour, pour les demandeurs de jeunesse, il y a un besoin de santé qui échappe aux indicateurs d'efficience.

Le centre d'examens de santé, souvent d'abord perçu comme une contrainte administrative de plus par une population en difficulté et notamment par les exilés, doit être clairement identifié comme un lieu de confidentialité totalement disjoint des visites obligatoires d'aptitude à un travail, à un séjour sur un territoire ou d'une vérification concernant le droit à une prestation. Il ne s'agit en aucun cas d'un contrôle mais d'une prise en compte de la santé des personnes.

Si notre pays veut structurer un accueil digne et humain aux exilés, demandeurs d'asile et réfugiés de souffrances lointaines, il est logique qu'ils puissent faire le point sur leur santé. Il semble bien qu'alors une offre de service de droit commun comme celle des centres d'examens de santé, complémentaire du travail effectué par les associations et par les praticiens de ville, devrait être plus largement connue et sollicitée ■

Maux d'exil - Le Comede
Hôpital de Bicêtre, BP 31,
78 rue du Général Leclerc,
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 - Fax 01 45 21 38 41
Mél : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin.

DIRECTEUR DE LA REDACTION :
Arnaud Veïsse.

COMITE DE REDACTION DE CE NUMERO :
Emilie Biaré, Gabrielle Buisson-Touboul,
Didier Fassin, Françoise Fleury, Estelle d'Halluin,
Olivier Lefebvre

ISSN 1959-4143

En santé
publique

Dépistage et bilan de santé : bénéfices, risques et limites

Emmanuel Ricard, Médecin, Délégué général de la SFSP (Société française de santé publique)



La notion de « bilan de santé » regroupe à la fois des activités de diagnostic et de dépistage à visée préventive, notions très différentes dans l'activité médicale. Quelle est la conception du « bilan de santé » dans les différentes institutions participant à la santé publique ? Quelle y est la place du dépistage, et celle de la prévention ?

> Diagnostic et dépistage

Dans le diagnostic, le médecin, par une démarche construite reposant à la fois sur ses connaissances cliniques et sur les examens complémentaires, va analyser la situation particulière du patient et la « qualifier » en maladie. Le diagnostic pose un nom de pathologie sur des symptômes qui sont ressentis ou visibles par le patient. Le dépistage est une activité de prévention secondaire visant à identifier de façon présomptive et probabiliste à l'aide d'un test, d'un examen ou de toute technique d'application rapide les personnes atteintes d'un problème de santé latent, passé jusque là inaperçu¹.

¹ Pierre Czernichow et Véronique Merle, *Dépistage, Traité de santé publique*, dir. François Bourdillon, Gilles Brucker et Didier Tabuteau, 2^e édition, Flammarion Médecine-Sciences 2007.

Le dépistage concerne donc des personnes en bonne santé apparente, excluant tout symptôme ou anomalie biologique qui justifieraient d'emblée une démarche diagnostique. Parler de « dépistage tardif » est donc un abus de langage. Tout cas symptomatique dans un dispositif de dépistage restant du registre du diagnostic, tout au plus parlera-t-on de détection tardive.

La mise en place de dépistage systématisé doit normalement répondre à certains critères validés par l'OMS et établis par Wilson JMG. et Jungner G² (voir ci-contre).

En effet, pourquoi diagnostiquer et dépister ? Comme on le voit dans ces critères, pour l'OMS, la recherche des maladies est assujettie à la mise en place de traitements. Il ne devrait pas y avoir recherche de cas sans accessibilité réelle des thérapeutiques. En santé publique, les rendre accessibles ne se conçoit que dans une démarche médico-psycho-sociale. Certaines pathologies comme les hépatites et le VIH se traitent en fonction de stades, et les stades précoces ne nécessitent

² OMS, *Principes et pratique du dépistage des maladies*, Les Cahiers de santé publique N°34, Genève, 1970. On retrouve cette liste en annexes du Guide méthodologique « comment évaluer a priori un programme de dépistage ? », Anaes, 2004

pas forcément de prises en charge médicamenteuses, mais un suivi lui-même soumis à des conditions de ressources et de modalités administratives.

La notion de latence qui s'inscrit dans cette différenciation des stades a comme corollaire qu'un dépistage ne peut être envisagé comme une action isolée dans le temps sous peine de passer à côté d'une forme évolutive par la suite. Ceci n'a pas de sens en santé publique, toute action ponctuelle n'est plus une action pour la santé de la personne ou de la population mais à justification discriminatoire pour établir des critères relevant d'autres catégorisations que celles se référant à la santé publique.

Critères de dépistage selon l'OMS

- 1) La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.
- 2) Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
- 3) Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
- 4) La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
- 5) Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.
- 6) L'épreuve utilisée est acceptable pour la population.
- 7) L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
- 8) Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
- 9) Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
- 10) La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

> Les risques de l'étiquetage

Dépister, c'est utiliser un test qui classe les personnes en positif ou négatif, en « à risque » ou « hors de risque », en potentiellement « malade » et « non malade ». Ce classement a été élevé au rang de théorie par le sociologue Howard Becker, celle de « l'étiquetage »³. L'étiquette apposée n'a pas le même sens pour chacun. Si elle a valeur positive car amenant traitement et perspective de guérison pour le médecin ; elle peut être infamie, stigmatisante, effondrement du projet migratoire ou toute autre interprétation pour le patient. Revue au travers cette théorie, l'acceptabilité du test (point 6 OMS) ne peut se voir sous l'angle du seul regard médical, et peut n'avoir de sens que rapporté aux enjeux vus du côté du patient. Aussi s'assurer de l'acceptabilité du test dans l'information préalable lors de la consultation nécessite de clarifier les enjeux de l'acceptation pour la santé mais également pour les démarches en cours ainsi que les possibilités offertes dans l'acceptation ou le refus du test.

Dans le cadre du diagnostic d'une affection patente nécessitant un traitement, la collaboration du patient peut reposer sur sa perception de la maladie ressentie. Elle est moins fondée lors de la détection à un stade précoce comme lors d'un dépistage où l'absence de perception est un obstacle. Un dépistage nécessitera une démarche pédagogique et une orientation appropriée permettant l'intégration de la maladie dans le cadre de représentations opérationnelles et partageables.

Or le « bilan de santé » peut regrouper sous un même vocable une activité impliquant :

- des personnes venant faire volontairement une « batterie » d'examens pour détecter précocement des affections qu'ils n'auraient pas perçues ;
- des examens prescrits par des professionnels de santé avec l'accord des patients dans une démarche de diagnostic ou de prévention ;
- des examens prescrits auxquels les personnes se soumettent volontairement pour obtenir un document qu'elles sont contraintes d'avoir dans le cadre d'une procédure administrative. Dans ce dernier cas, des professionnels de santé sont missionnés pour voir si les personnes peuvent correspondre aux critères demandés par l'administration (visites d'expertise, d'aptitudes en médecine du travail et pour certains métiers à condition de sécurité, etc.)

> Anticiper les résultats

L'implication du patient dans la démarche n'est pas neutre car elle conditionne son investissement dans la participation aux activités diagnostiques, au suivi de la prise en charge tant sur le plan thérapeutique que sur celui de l'aide psychosociale. Sa participation ne saurait être la même selon que l'individu le fait de son initiative ou dans une contrainte plus ou moins forte où se contrebalancent les possibles avantages de connaître et traiter une maladie révélée par la consultation avec les perspectives fantasmées ou réelles de perdre une aptitude ou un visa que la dissimulation même temporaire de cette maladie aurait permis d'obtenir. « La pollution » amenée par le cadre de la consultation ne doit pas être négligée par les équipes. Mon expérience en médecine aéronautique m'a montré combien l'explication dissociant le cadre de la procédure à caractère administratif et celle purement médical pouvait être important en particulier dans le choix des orientations pour une adhésion du patient à un suivi.

Enfin le bilan de santé ne se conçoit que s'il offre une finalité et une suite exploitable par le patient ; soit vers une orientation à visée d'investigation diagnostique complémentaire soit pour des soins de suite à visée curative ou préventive. Le médecin se concentre trop souvent sur le pathologique et survalorise les tests positifs synonymes de « cas ». Un test négatif a autant de valeur qu'un test positif par les opportunités de conduite et conseil préventif qu'il ouvre. Préserver une sérologie VIH négative en contexte endémique est aussi important qu'orienter une personne VIH positive.

Une démarche de « bilan de santé » doit se faire en partant d'un principe : les enjeux des patients, des professionnels et des institutions ne sont pas a priori les mêmes du fait de leur parcours et cultures des soins qui sont différentes. La consultation doit prendre en compte cette réalité pour mieux les faire concorder ■

³ Métaillé, *Outsiders, Études de sociologie de la déviance*, Paris, 1985 (éd. originale 1963)

Les Journées de la prévention Inpes

Avril 2008, Paris

Les quatrième journées de la prévention organisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé se tiendront à la Maison de la Mutualité à Paris les 10 et 11 avril 2008.

Le programme et les demandes d'inscription sont disponibles sur le site web de l'Inpes www.inpes.sante.fr

Congrès sur les inégalités de santé ORS

Octobre 2008, Marseille



Le 11^e congrès national des Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) aura lieu les 16 et 17 octobre 2008 à Marseille, sur le thème « Les Inégalités de Santé : nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques ».

Il sera organisé par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) et l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Lieu : Hôtel de Région, Marseille

Contact : Anne-Claire Renoux,

Tél. 04 91 59 89 06,

Courriel : renoux@marseille.inserm.fr

L'appel à communication, les informations et les demandes d'inscription sont disponibles sur le site web du congrès

www.congresors-inegalitesdesante.fr