



Mémoire de fin d'étude

Master Professionnel de Santé Publique

Parcours

Prévention, éducation pour la santé, éducation thérapeutique

**INFECTONS VIRALES CHRONIQUES (VIH, VHB, VHC) CHEZ LES
MIGRANTS EN SITUATION DE PRECARITE CONSULTANT A LA
PASS : PARCOURS DE SANTE ET OBSTACLES**

Soutenu par Loetitia Mathilde Rebecca SANON

Le 11 septembre 2018

Directrice de Mémoire : Docteur Dominique GRASSINEAU

Membres du jury :

Docteur Marie-Claude LAGOUANELLE-SIMEONI

Professeur Nicolas TANTI-HARDOUIN

Professeur Xavier THIRION

Année 2017-2018

REMERCIEMENTS

Tous mes remerciements à ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail

A ma Directrice de mémoire, Docteur Dominique GRASSINEAU, pour son amabilité, sa disponibilité, ses précieux conseils et son soutien méthodologique. Veuillez trouver en ce travail, le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A mon responsable de parcours, Docteur Marie-Claude SIMEONI-LAGOUANELLE, pour sa constante disponibilité, son soutien méthodologique. Recevez toute ma gratitude et ma profonde considération.

Aux intervenants et à l'équipe pédagogique de l'Université Aix-Marseille pour leurs enseignements et leur guidance

Au Docteur Phillipe TRUZE, Médecin coordonnateur de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, pour sa disponibilité, son amabilité, et pour m'avoir impliqué dans différentes activités. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de notre estime, de notre considération et de notre profonde gratitude.

A la coordonnatrice de l'Association AFRISANTE, Docteur Koudou WADE, pour son humanisme, son ouverture, son aide précieuse dans la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir ouvert les portes de l'association

Au personnel de la P.A.S.S médico-sociale Rimbaud de la Timone.

A tous les migrants

A ma famille et à mes ami(e)s

A mon conjoint

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	1
PREMIERE PARTIE	5
1Définitions et cadre conceptuel	5
1.1Infections virales chroniques	5
1.1.1L'Infection par Virus de l'Immunodéficience Humaine	5
1.1.2Les hépatite B et C.....	6
1.1.3Similitudes et différences entre les trois infections	8
1.2Migrants	8
1.2.1Définition	8
1.2.2Etat de santé et situation sociale des migrants.....	8
1.3Accès aux soins des migrants	10
1.4La PASS Rimbaud médico-sociale de la Timone	11
2Parcours de santé des migrants	12
2.1Méthodologie	12
2.2Définition	12
2.3Les étapes du parcours de santé	13
2.3.1Préventions primaire et secondaire.....	13
2.3.2Traitement-suivi.....	14
2.3.3Etapes médico juridiques et droit au séjour.....	16
2.3.4L'accompagnement social	17
DEUXIEME PARTIE	18
1Méthodologie	18
1.1Type et Période d'étude.....	18
1.2Population d'étude et méthode de sélection	18
1.2.1Critères d'inclusion	18
1.2.2Critères de non-inclusion	18
1.3Méthode de recueil des données	19
1.4Analyse des données	19
1.5Aspects éthiques.....	19
2Résultats	19
2.1Analyse globale : perception de la précarité	20
2.2Réseau de partenariat mis en œuvre.....	21
2.3Les difficultés/obstacles au parcours de santé : expérience des professionnels	21
3Récit d'un parcours de vie	29
4Discussion et perspectives	30
4.1Les limites de l'étude	30

4.2Discussion des résultats	30
CONCLUSION.....	35
ANNEXES.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	61

INTRODUCTION- JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Les infections chroniques liées aux Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), Virus de l'Hépatite B (VHB) et Virus de l'Hépatite C (VHC) sont des problèmes majeurs de santé publique à travers le monde [1,2].

Les personnes porteuses du VHB et/ou du VHC sont exposées aux risques de passage à la chronicité avec la survenue de complications telles que la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 2 milliards de personnes vivent avec le VHB dont plus de 240 millions sont porteurs d'une hépatite B chronique et entre 500 000 et 700 000 personnes meurent chaque année en raison de l'infection par le VHB [3, 4]. Près de 170 millions de personnes sont porteurs chroniques du VHC et plus de 350 000 personnes meurent chaque année de maladies hépatiques liées au VHC [3,4]. A l'échelle mondiale, 33,4 millions de personnes sont infectées par le VIH [1].

En France, selon l'InVS, on estime qu'en 2014, 153 400 personnes vivaient avec le VIH. Parmi ces personnes, 25 000 ignorent leur séropositivité ; 6 000 personnes découvrent leur séropositivité au VIH chaque année, dont 27% à un stade avancé ; 280 000 personnes sont atteintes d'hépatite B chronique. L'infection VHB chronique est à l'origine de 1500 décès par an. Or, plus de la moitié des personnes contaminées par le virus de l'hépatite B ignorent qu'elles sont porteuses du virus [5]. Parallèlement, le nombre de personnes ayant une infection par le virus de l'hépatite C qui restent à traiter en France est de 150 000 à 160 000, dont 75 000 personnes non encore dépistées [6].

Ces infections virales chroniques présentent des similitudes épidémiologiques, et peuvent être associées. D'après un récent rapport de la cohorte EuroSIDA [7], les risques de contracter une infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes vivant avec le virus du VIH ont augmenté de 4 % par an entre 2002 et 2013. La co-infection par le VIH a des répercussions négatives sur l'évolution de l'infection par le VHC. Chez les personnes coinfectées par le VIH et le VHC, la progression de la maladie hépatique vers la cirrhose, la cirrhose décompensée et le carcinome hépatocellulaire (CHC) est significativement plus rapide que chez les personnes infectées uniquement par le VHC. En ce sens, le rapport 2014 de la prise en charge de l'hépatite C recommande, en complément du dépistage ciblé sur les facteurs de risque, le dépistage systématique du VHB et du VIH [8].

Si les données épidémiologiques montrent une progression du nombre de personnes sous traitement, il faudrait analyser pourquoi une part importante des personnes atteintes ignorent leur statut et pourquoi de nouvelles infections sont observées chaque année ainsi que pourquoi des personnes qui devraient être traitées ne le sont pas. En effet, pendant longtemps, la situation épidémiologique du VIH en Afrique subsaharienne a laissé supposer que les personnes nées en Afrique sub-saharienne découvrant leur séropositivité en France avaient été infectées avant leur arrivée en France [9]. Or les résultats de l'étude ANRS PARCOURS menée en 2012-2013 chez les personnes d'origine étrangère vivant en Ile-de-France montrent qu'une part importante des migrants (en majorité originaire d'Afrique Sub-Saharienne : 35 à 49%) a été infectée après leur arrivée en France [9]. Cette étude a par ailleurs montré que la précarité (absence de papiers, de logement stable, de ressources) lors de l'arrivée en France augmente le risque de ces infections après la migration. D'autres études soulignent aussi la moindre connaissance des hépatites, notamment de l'hépatite C, et des dispositifs de dépistage, par les populations en situation de précarité sociale et administrative [10,11].

Ces populations précaires restent éloignées du système de santé, rendant difficile leur intégration (ne sollicitant pas le système de soins) et ou leur maintien dans un parcours de santé (l'abandonnant en chemin), d'où l'importance de politiques de santé plus accueillantes et de dispositifs d'intégration dans le soin pour les migrants et étrangers vivant en France. Le parcours de santé doit être le plus simple possible et le même sur l'ensemble du territoire. Ce parcours doit concerner le traitement, le suivi, mais doit aussi comporter un renforcement de la prévention.

La création des PASS, dispositif hospitalier de permanence d'accès aux soins de santé, marque un retour de l'hôpital public vers sa mission traditionnelle d'accès aux soins pour tous et répond à une exigence d'équité des soins de santé dans un souci de justice sociale. Créées dans le cadre de la loi de 1998, ces structures ont pour objectif de permettre l'accès aux soins aux personnes en situation de précarité, qui n'ont parfois pas de couverture médicale, en assurant les soins de premier recours, en les assistant dans leurs démarches médico-sociales, en soutenant leurs parcours de santé et en les guidant, en définitive, vers le système de soins classique [12].

Nous avons effectué notre stage au sein de la PASS médico-sociale RIMBAUD de l'hôpital de la Timone, qui travaille avec de nombreuses structures partenaires. Elle enregistre une augmentation progressive du nombre de personnes qui y sont dépistées : la prévalence du VHB est passée de 4,66% en 2016 à 6,49% en 2017 ; celle du VHC de 3,56% à 5,36% et celle du

VIH était de 3,54% en 2017. L'intégration/maintien de ces patients dans un parcours de santé n'est pas toujours chose facile.

Notre questionnement de travail est ainsi de savoir « Comment peut-on améliorer le parcours de santé des migrants précaires atteints de ces infections virales chroniques ? ». Afin d'apporter une réponse à cette question, dans la suite de ce travail, nous définirons, dans la première partie, les notions en présence et décrirons le parcours de santé des patients infectés afin d'en comprendre la complexité. Dans la deuxième partie, après la description de la méthodologie utilisée, les résultats d'une étude qualitative menée auprès des professionnels sur les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accompagnement de ces patients tout au long de leur parcours de santé ainsi que le réseau de partenariat mis en œuvre seront présentés. Enfin, ces résultats seront discutés et des pistes de solution seront proposées.

PREMIERE PARTIE

1 Définitions et cadre conceptuel

1.1 1.1. Infections virales chroniques

1.1.1 L'Infection par Virus de l'Immunodéficience Humaine

a. Définition-Mode de transmission

Le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est l'agent pathogène du SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise). Il existe deux sérotypes : le VIH 1 et le VIH 2 [13].

Le VIH se transmet selon trois principaux modes, avec des risques variables selon les modes de transmission [13]. Ce sont : la **transmission sexuelle** (lors des rapports hétérosexuels ou homosexuels avec une personne contaminée) ; la **transmission sanguine** et la **transmission verticale** (transmission materno-fœtale). L'élément déterminant de la transmission est représenté par la quantité de virus présente dans le milieu contaminant, elle-même corrélée au stade de la maladie chez le sujet contaminant.

b. Signes cliniques et biologiques

Les signes cliniques présents dans 75% des cas, sont peu spécifiques. Il s'agit de fièvre dans 90% des cas, syndrome pseudo-grippal persistant pendant plus de 7 jours, asthénie, poly-adénopathies, signes digestifs, neurologiques, pulmonaires, ...

Le stade SIDA est défini par l'ensemble des pathologies opportunistes majeures (infections et tumeurs) liées à l'immunodépression induite par le VIH. Ces pathologies sont d'autant plus fréquentes que le taux de lymphocytes T CD4 est inférieur à 200/mm³ (**Annexe1**)

Les signes biologiques sont également aspécifiques : thrombopénie, leucopénie, lymphopénie ou lymphocytose avec syndrome mononucléosique, cytolysé hépatique...Seule la mise en évidence d'anticorps anti-VIH (1 et/ou 2) par des tests de dépistage (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique TROD, ou méthodes immuno-enzymatiques type ELISA) et la mise en évidence du virus par PCR (Polymerase Chain Reaction) témoignent d'une infection à VIH [13,14].

c. Evolution de la maladie

L'histoire naturelle de l'infection par le VIH désigne l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques, ainsi que leur chronologie observables entre la contamination par le VIH et la

survenue de la maladie SIDA sans aucune intervention extérieure. Elle se divise en trois phases : la phase de primo-infection, la phase chronique asymptomatique, la phase chronique symptomatique ou SIDA.

La médiane d'évolution entre primo-infection et SIDA est de 10 ans mais il existe une grande variabilité interindividuelle entre les patients dits « progressseurs rapides » (SIDA en 2 à 3 ans) et ceux appelés « non-progressseurs » [13].

1.1.2 Les hépatite B et C

a. Définition – Modes de transmission

Les hépatites virales sont des infections systémiques avec tropisme hépatique exclusive ou prédominant. Elles sont causées par des virus hépatotropes responsables de lésions hépatiques en rapport avec un effet cytopathogène induit par l'infection de l'hépatocyte et/ou la réaction immunitaire antivirale de l'hôte.

Cinq virus responsables d'hépatite virale sont identifiés : virus de l'hépatite A, de l'hépatite B, de l'hépatite C, de l'hépatite D (qui surinfecte une hépatite B), et celui de l'hépatite E. Nous nous intéresserons aux virus de l'hépatite B et C qui sont les plus virulent et à risque d'évolution, après une phase aigüe, vers une hépatite chronique avec risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire [13,15].

Les principaux modes de transmission sont les suivants [13,15] : la **transmission parentérale** par le sang et ses dérivés ; la **transmission sexuelle** par le sperme ou les sécrétions vaginales (l'hépatite B est l'IST (Infection Sexuellement Transmissible) la plus fréquente (50 fois plus fréquente que l'infection par le VIH) ; la **transmission materno-fœtale** entre mère et enfant au moment de l'accouchement ou en période néonatale ; une **transmission directe** (par contact, par le baiser...) n'est pas exclue.

b. Signes cliniques et paracliniques

➤ Signes cliniques

Les signes sont aspécifiques : ictère ainsi que d'autres symptômes généraux, comme l'asthénie, l'anorexie, des gastralgies (douleurs à l'estomac), des céphalées et une sensation de malaise, douleurs de l'hypocondre droit, prurit, arthralgies (douleurs articulaires). L'infection peut être latente asymptomatique dans 80 à 90% des cas, rendant le dépistage indispensable. Des manifestations extra-hépatiques telles que la cryoglobulinémie, vascularite, syndrome sec,

glomérulonéphrite membrano-proliférante, périartérite noueuse peuvent également être observées.

➤ **Signes paracliniques**

Les signes biologiques non spécifiques témoignant d'une atteinte hépatique sont : hypertransaminasémie persistante (supérieure à 1,5 à 3 fois la normale) association inconstante avec une cholestase ictérique (élévation des phosphatases alcalines, des gamma GT et de la bilirubine conjuguée).

Les marqueurs virologiques spécifiques de l'hépatite B sont : Antigènes Hbs (AgHbs), Anticorps anti-HBs, Anticorps anti-HBc, Antigène HBe, Anticorps anti-HBe, l'ADN VHB plasmatique (charge virale). L'hépatite B chronique est définie par la persistance de l'AgBHs à 6 mois d'évolution (**Annexe 2**).

Les marqueurs viraux de l'hépatite C sont les anticorps anti-VHC et l'ARN VHC (charge virale). L'hépatite C chronique est définie par la persistance de l'ARN virale C à 6 mois d'évolution

L'échographie abdominale permet le dépistage et le diagnostic de l'atteinte hépatique et des complications. En cas d'atteinte hépatique, une évaluation de l'atteinte histologique est nécessaire, si l'infection est chronique. Cette évaluation se fait par :

- Une évaluation directe : ponction-biopsie hépatique (PBH) : donne le score de METAVIR précisant l'intensité de l'inflammation [A0-A4] et de fibrose [F0-F4, F4=cirrhose]
- Une évaluation indirecte : par élastométrie impulsionnelle (fibroscanner) [13,16].

c. Evolution de la maladie

Le virus de l'hépatite B entraîne une réponse immune de 4 types :

- Réponse forte : élimination des virus circulants et des hépatocytes infectés : tableau clinique d'hépatite aigue ou suraiguë avec nécrose hépatocellulaire massive.
- Réponse faible et adaptée : infection asymptomatique et évolution vers la guérison
- Réponse faible et inadaptée : tolérance partielle avec réplication persistante et atteinte hépatique chronique (hépatite chronique)

- Réponse nulle : portage chronique asymptomatique avec réplication virale.

La guérison après une infection aigüe survient dans 90 à 95 % des cas si l'infection est contractée à l'âge adulte, mais seulement 5 % des cas si contamination à la naissance ou pendant la petite enfance. Dans 5 à 10% des cas, elle évolue vers une forme chronique. On distingue 3 phases principales lors de l'évolution chronique de l'infection à VHB : la phase d'immunotolérance (le traitement n'est pas recommandé à ce stade) ; la phase d'hépatite chronique active ou phase de clairance immune (c'est à ce stade que le traitement antiviral est le plus utile) ; le portage inactif (elle fait suite à la phase de réaction immune).

La disparition du virus est rare (1 %), mais la réplication virale s'interrompt spontanément chaque année chez 10 % des porteurs (AgHBs négatif, ADN viral négatif, AchHBs positif). Cependant, à tout moment et quelle que soit la phase, une réactivation virale peut survenir (réascension de l'ADN viral et augmentation des transaminases), notamment en cas de prise de certains médicaments (corticoïdes, immunosuppresseurs), de surinfection par le VHD et/ou co-infection par le VIH, de cancers/lymphomes et de toute situation susceptible de favoriser l'immunodépression, dont la grossesse (**Annexe 3**).

L'hépatite C guérit spontanément après une infection aigüe dans 15 à 30% des cas (clairance spontanée du virus, absence de réplication virale). Elle évolue vers la chronicité dans 70 à 85% des cas [13,16] (**Annexe 4**).

1.1.3 Similitudes et différences entre les trois infections

Ces infections chroniques (VIH, VHB, VHC) présentent des similitudes et des différences qui sont résumées dans l'**annexe 5**. Les caractéristiques purement médicales de la prise en charge de ces 3 infections peuvent ainsi moduler l'expérience et le vécu de la maladie chez les personnes.

1.2 Migrants

1.2.1 Définition

Le terme "immigré" a progressivement été remplacé par le terme "migrant" depuis le début des années 70. Ce terme désigne tout individu qui a quitté son pays ou sa région de naissance pour aller s'installer provisoirement ou sur du long terme dans un autre pays ou une autre région. Selon la définition de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE),

l'immigré est une personne née étrangère à l'étranger et qui est entrée en France en cette qualité en vue de s'établir en territoire français de façon durable [16,17].

1.2.2 Etat de santé et situation sociale des migrants

Le statut des migrants est varié (personne en situation régulière ou non, clandestins, demandeurs d'asile, réfugiés, étudiant, travailleurs) de même que leur lieu de vie (foyers, bidonvilles, logements individuels...) [18]. La contrainte de la migration résulte de violences de diverses natures, économiques, politiques et /ou interpersonnelles. L'histoire de nombreux migrants se trouve jalonnée de conflits et de ruptures multiples. L'exil peut s'inscrire dans la continuité d'une histoire pour le militant politique conscient des risques de persécutions ; la migration programmée peut répondre à une nécessité économique pour la famille ou le groupe ; la rupture peut être, au contraire, brutale et imprévisible, comme en cas de violence intrafamiliale ou sociale ; ce qui aggrave encore les effets traumatiques du déracinement. Il a des conséquences physiques et psychologiques considérables chez de nombreux migrants [19]. La santé peut aussi être en soi un motif de départ dont le fondement est la quête d'un soin ou d'une thérapie efficace. Elle cristallise alors des flux migratoires qui s'inscrivent clairement dans le cadre de la mondialisation. Si la santé n'a pas suscité le départ, elle constitue néanmoins dans la société dite d'accueil un problème qu'il s'agira parmi de multiples autres d'affronter [20].

Selon les données de 2014, la France métropolitaine compte 5,9 millions de migrants provenant essentiellement de l'Union Européenne (34 %), du Maghreb (30 %), de l'Asie (14 %) et de l'Afrique Subsaharienne (11 %) [16].

En France, ils résident en majorité dans trois régions : Ile-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur. C'est également dans ces trois régions que vivent plus de 50 % du nombre estimé de PVVIH non diagnostiquées (Ile-de-France (42 %), PACA (6 %) et Rhône-Alpes (6 %) [21]. De même, selon une étude descriptive nationale réalisée en 2016 auprès de 848 immigrants ayant consultés dans 30 PASS de France métropolitaine et de Guyane, les infections telles que le VIH, VHB, VHC représentaient 13% des diagnostics [20].

Les prévalences des infections par le VIH et des hépatites sont donc plus élevées chez les migrants que dans la population générale [16].

Les maladies sont favorisées par les conditions insalubres de logement, d'alimentation et de travail, la pauvreté, la promiscuité, la précarité et les difficultés d'adaptation sociale. En 2014, le rapport sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C rappelait la vulnérabilité sociale d'une grande partie de ces populations et les discriminations sanitaires dont elles sont l'objet. La prise en charge de ces pathologies nécessite une attention particulière aux conditions de vie socio-économique et à l'accès aux soins en raison de la précarité dans laquelle vivent de nombreux migrants [23].

Selon la définition du Père Joseph Wresinski, « La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » [24].

1.3 Accès aux soins des migrants

Les migrants accèdent aux soins par différents dispositifs de santé qui sont :

- la PUMA (Protection Maladie Universelle). Elle concerne toutes les personnes qui résident en France de manière régulière et stable de plus de trois mois. Elle est accordée pour un an.
- la CMU Complémentaire. Elle permet d'accéder au service de santé sans avance de frais. Il y a plusieurs conditions pour en bénéficier : résider en France depuis plus de trois mois, être en situation régulière et avoir des revenus annuels qui ne dépassent pas les montants suivants (7771 € pour un homme seul, 11657 € pour un couple, 13988 € pour trois personnes et 16320 € pour quatre personnes). Les soins sont pris en charge en tiers payant.
- l'AME. Elle est adaptée aux personnes étrangères qui résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois mais qui sont en situation administrative irrégulière. Elle est accordée sous un an avec les mêmes conditions de ressources que la CMUC.

- L'AMU (Aide Médical d'Urgence) ou Dispositif de Soins Urgents et Vitaux (DSUV) permet le règlement à l'hôpital des soins nécessaires engagés pour un étranger nouvellement arrivé en France, sauf pendant la période de validité du visa. Il doit être mis en œuvre dès que l'état de santé de la personne le requiert, si cette personne ne remplit pas les conditions de séjour de trois mois ou si ses ressources dépassent le plafond d'accès à l'AME.
- l'ACS (l'Aide pour une Complémentaire Santé) permet d'accéder à une complémentaire santé ou de réduire le coût d'une complémentaire déjà acquise. Pour en bénéficier, il faut résider en France depuis plus de trois mois, être en situation administrative régulière, ne pas être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire dans le cadre de son emploi et avoir des revenus annuels qui ne dépassent pas les montants suivants : 10491 € pour un homme seul, 15737 € pour un couple, 18884 € pour trois personnes et 22031 € pour quatre personnes.

Les principales conditions d'acquisition de la protection maladie ainsi que les différents types de protection sont consignés dans l'**annexe 6**.

- la P.A.S.S. (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Selon la circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 1998, les P.A.S.S. sont des cellules de prise en charge médico-sociale des personnes démunies. C'est le seul dispositif de santé qui permet en théorie l'accès intégral aux soins pour ces personnes dépourvues de protection maladie et en situation d'exclusion (les personnes sans domicile fixe, les demandeurs d'asiles, les primo arrivants). Elle accompagne le migrant malade dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de ses droits et l'oriente vers les structures d'accueil et d'accompagnement sociales adaptées [16].

A l'AP-HM, dans chaque établissement (hôpital Nord, Timone, hôpitaux sud), il y a une P.A.S.S. transversale. Cependant, la P.A.S.S. Rimbaud et la PASS mobile Colette sont les seules à avoir à leur disposition une équipe soignante. Le financement de ce service public obligatoire repose sur une demande explicite de chaque établissement hospitalier auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) au titre des missions d'intérêt général, c'est à dire non tarifées à l'activité. La responsabilité du fonctionnement effectif d'une PASS est donc partagée entre l'établissement hospitalier et l'ARS [16].

1.4 La PASS Rimbaud médico-sociale de la Timone

Elle a été créée en 2007 et est gérée par une équipe pluridisciplinaire composée de trois médecins généralistes à mi-temps, de deux internes en médecine générale, de deux assistantes sociales, d'une infirmière et deux agents d'accueil. En 2011, en hommage au poète RIMBAUD décédé à l'hôpital de la conception, elle a été appelée P.A.S.S. RIMBAUD.

Elle comprend une salle d'attente, un poste d'accueil, deux bureaux sociaux, un bureau pour les soins infirmiers, trois bureaux de consultation médicale, un bureau pharmacie et une salle de détente pour le personnel.

En réponse au « Rapport de prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » paru le 19 mai 2014, la PASS médico-sociale s'est inscrit, en 2014, dans un projet de prévention des hépatites chez les personnes les plus démunies consultant à la PASS avec pour objectif de leur rendre accessible ainsi qu'à leurs proches, des informations sur la prévention des hépatites et d'améliorer leur parcours de soin (**Annexe 7**). Faute de renouvellement de financement, ce projet n'a pu être poursuivi. Une nouvelle demande a été effectuée en 2018.

2 Parcours de santé des migrants

2.1 Méthodologie

Une large recherche bibliographique sur la prévention, le traitement médico-psycho-social et le suivi des infections par le VIH et les hépatites B et C chroniques chez les migrants précaires vivant en France a été effectuée.

Plusieurs bases de données bibliographiques ont été interrogées avec différents mots clés. Seules les publications en langue française ou anglaise, ou pour lesquelles un résumé en anglais était disponible ont été retenues. Les bases de données qui ont été consultées sont Medline (PubMed) et la Banque de Données en Santé Publique. Les outils des centres de documentation de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ont également été utilisés, ainsi des données issues de plusieurs associations non gouvernementales telles que le COMEDE.

Une recherche complémentaire a été effectuée sur le moteur de recherche Google. Les principaux mots clés qui ont été utilisés sont ‘Infections virales chroniques’, ‘hépatite chronique B’, ‘hépatite chronique C’, ‘VIH/SIDA’, ‘migrants’, ‘immigrés’, ‘précarité’ ‘migrants précaires’, ‘parcours de santé’, ‘prise en charge des migrants’.

Plusieurs références non publiées ou non référencées ont été recueillies auprès des différents membres de la PASS et des acteurs de santé publique impliqués sur la thématique.

2.2 Définition

Le parcours de santé se définit comme l’ensemble des étapes que le patient va suivre selon la trajectoire déterminée par sa pathologie et par la spécificité de sa situation, depuis son arrivée dans les structures, en passant par les différents services et professionnels qui assureront sa prise en charge et son accompagnement. Il réunit prévention, soins et suivi médico-social voire social [25]. Un parcours de santé implique une prise en charge globale, continue et structurée du patient, une concertation, un trajet, une graduation des prises en charge, une diversité des secteurs professionnels sollicités et une coordination.

Le parcours de santé est à distinguer des parcours de soins et de vie. Le parcours de soins permettant l’accès aux consultations de premier recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins, le parcours de vie envisage la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Ce sont trois niveaux de prise en charge, mais graduée, d’une approche globale des patients [25]. Nous nous intéressons dans cette étude, au parcours de santé.

2.3 Les étapes du parcours de santé

2.3.1 Préventions primaire et secondaire

Les préventions primaire et secondaire consistent en la réduction des risques et vaccination, et au dépistage des infections.

Compte tenu des modes de transmission du VIH et des hépatites virales B et C, la **réduction des risques** consiste en une information/sensibilisation sur les comportements de prévention [26] : l’utilisation des préservatifs lors des relations sexuelles pour protéger le (la) partenaire ;

ne pas partager d'objets d'hygiène (brosse à dents, rasoirs, coupe-ongles, etc.) ; ne pas partager de matériel d'injection (seringue, aiguille, coton, cuillère, etc.).

La **vaccination** est le moyen de protection le plus efficace vis-à-vis des hépatites B aiguës ou chroniques et de leurs complications. Elle est recommandée chez les personnes non-immunes (AgHbs et anticorps antiHbs négatifs) et les enfants nés de mère porteuses de l'AgHbs. Il n'existe pas de vaccin contre l'hépatite C et le VIH.

Les **tests de dépistage** détectent les anticorps produits après l'infection par le VHC (anticorps anti-VHC), le VIH (Anticorps anti-VIH1 et ou 2). Concernant le VHB trois marqueurs sérologiques sont nécessaires pour le dépistage : AgHBs, Anticorps anti-HBc, Anticorps anti-HBs. Ces tests peuvent se faire par prise de sang dans un laboratoire ou par des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) au sein d'associations et dans certaines structures de soins. [16].

Dans le cas du VIH, lorsque la prévention primaire a échoué, la prophylaxie préexposition (PrEp) et la prophylaxie post-exposition (PPE) sont des moyens de prévention secondaires permettant de réduire l'acquisition du VIH en cas d'exposition [27].

2.3.2 Traitement-suivi

a. Les hépatites B et C

➤ Parcours avant le traitement

- Place du médecin généraliste

Comme pour toute pathologie, la place du médecin généraliste est essentielle. En cas de sérologie du VHC positive (présence des anticorps anti-VHC), il reviendra au médecin généraliste de prescrire la recherche de l'ARN viral, si cela n'a pas été déjà fait. Si l'ARN du VHC est indétectable, le médecin généraliste expliquera au patient la signification de la présence des anticorps (contact ancien avec le virus suivi d'une guérison). Dans ce cas, il ne sera pas utile que le patient soit adressé à un spécialiste, ni traité. Chez les patients exposés à un ou plusieurs facteurs de risque de l'infection à VHC au cours du mois précédant le dépistage, une nouvelle recherche de l'ARN du VHC devra être faite six mois plus tard.

Si l'ARN du VHC est détectable (il sera quantifié par le laboratoire dans le même temps), le médecin généraliste prescrira un bilan sanguin standard (numération formule sanguine, numération des plaquettes), des tests d'exploration biologique du foie et une échographie abdominale. Pour avancer dans la prise en charge du patient, le médecin généraliste peut

prescrire le génotypage du VHC, les sérologies du virus de l'hépatite B (les trois marqueurs, AgHBs, anticorps anti-HBc et anticorps anti-HBs doivent être systématiquement réalisés) et du VIH, si elles ne sont pas déjà disponibles. S'il est formé à la prise en charge de l'hépatite C, le médecin généraliste peut aussi prescrire un test d'évaluation non invasive de la fibrose hépatique (FibroTest® ou FibroMètre® ou Hépascore ou FibroScan®), afin de diagnostiquer une fibrose sévère ou une cirrhose [28].

Si la sérologie du VHB est négative, une vaccination antivirale B doit être proposée au patient ainsi qu'à son entourage. Si elle est positive, des tests complémentaires biologiques et d'évaluation de la fibrose devront être faits pour définir la chronicité (**Annexe 2**), avec une orientation vers le médecin spécialiste. Pour ce faire, des fiches de liaison sont établies à la P.A.S.S permettant une consultation sans frais chez le spécialiste, en attendant l'ouverture des droits pour bénéficier des traitements.

- Place du médecin spécialisé (Hépto-gastro-entérologue) dans la prise en charge des hépatites

Le délai de prise en charge par le médecin spécialiste doit être le plus court possible. Le rôle du médecin spécialiste sera d'informer, prendre en charge et de suivre le patient. Il confirmera donc le diagnostic de la maladie et son retentissement à travers les différents tests, si cela n'a pas déjà été fait par le médecin généraliste.

➤ Parcours pendant le traitement et après le traitement

Le patient doit connaître la personne à contacter durant le traitement, en cas de besoin. Un accompagnement par une association de patients (par téléphone ou entretiens directs) est très souvent utile.

Il existe actuellement des traitements efficaces contre le virus de l'hépatite C (Antiviraux à Action directe). Ces traitements permettent à la fois de guérir du virus et dans un certain nombre de cas de diminuer le degré de fibrose.

Le traitement de l'hépatite virale B chronique n'est utile que lorsque le virus B est actif chez les personnes qui sont infectées. En effet chez de nombreuses personnes le virus est peu actif et ne donnera jamais de maladie du foie [28].

Quelle que soit les situations, un suivi régulier des patients, qu'ils soient traités ou non traités est indispensable [**Annexes 8**].

b. L'infection par le VIH

Après un TROD positif ou une première sérologie positive, une confirmation diagnostique est nécessaire (par un test western blot) ainsi qu'un bilan initial comprenant : numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8, dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale), test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase), hémogramme avec plaquettes, un bilan hépatique, rénal, lipidique et la recherche d'autres infections sexuellement transmissibles.

Le rapport Morlat 2013 recommande d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quel que soit son nombre de CD4, y compris s'il est supérieur à 500 CD4/mm³, pour améliorer la survie et diminuer la progression vers le stade sida et pour diminuer le risque de transmission du VIH. Le patient doit être informé de ces bénéfices.

Un suivi régulier est nécessaire pour évaluer l'efficacité, la tolérance et l'observance du traitement [Annexe 9].

c. Education thérapeutique ETP (prévention tertiaire)

L'ETP est définie comme « *Un processus continu d'apprentissage, intégré à la démarche de soins. L'éducation du patient est centrée sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements prescrits, les soins à l'hôpital ou dans d'autres lieux de soins, et des informations sur l'organisation des soins et sur les comportements liés à la santé et à la maladie. L'éducation du patient est destinée à aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, à vivre sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie* » [29].

La place du personnel d'éducation thérapeutique (infirmière, pharmacien, psychologue, patient expert...) est essentielle pour répondre aux questions du patient et est complémentaire de la prise en charge médicale. Le médecin spécialiste et/ou le personnel d'éducation thérapeutique doit informer le patient des facteurs de risque de contamination, analyser avec lui son mode de vie et ses éventuelles comorbidités (activité physique insuffisante, consommation d'alcool et de tabac, excès pondéral, diabète) et l'informer sur sa maladie (son degré de progression, les facteurs susceptibles de l'aggraver). Le médecin spécialiste et l'équipe d'éducation thérapeutique doivent aussi, dès la prise en charge initiale, indiquer les possibles interactions

médicamenteuses avec les traitements et les dangers de l'automédication, de la consommation de certaines plantes ou de l'utilisation de médecines dites naturelles et l'importance de l'observance. Enfin, ils doivent indiquer qu'il existe des associations de patients qui peuvent répondre à leurs questions, fournir, s'ils le souhaitent, des informations à leurs proches et les accompagner tout au long de leur parcours de soins. Ces programmes seront d'autant plus utiles qu'il s'agit de patients ayant une maladie hépatique sévère ou des comorbidités et de patients socialement vulnérables [16].

2.3.3 Etapes médico juridiques et droit au séjour

Un patient migrant atteint d'une virose chronique, traité ou non, et ressortissant d'un pays en développement, remplit à priori les critères médicaux de « régularisation » pour maladie. Il pourra bénéficier d'un titre de séjour pour étranger malade. Bien que la régularisation ne soit pas le premier besoin face à la maladie, elle est nécessaire pour établir un parcours de santé dans la sérénité. D'après certaines associations militantes, les conditions de délivrance de ce titre dit « étranger malade » se sont durcies ces dernières années, le conditionnant non pas à l'accès au traitement dans le pays d'origine mais à sa totale absence [16]. Les différentes étapes pour acquérir ce titre de séjour sont résumées dans **l'annexe 10**. Les modalités de la demande de carte de séjour pour raison médicale étant complexes, le soutien d'une association et/ou d'un travailleur social est indispensable avant que l'étranger n'entame la démarche.

Aussi, un migrant atteint d'une infection virale chronique peut se trouver en demande d'asile.

L'annexe 11 retrace la procédure de demande d'asile.

En cas de refus des demandes, il y a possibilité pour le demandeur de faire un recours ; dans ce cas, il renonce au secret médical. Les juges discutent alors de sa prise en charge et des possibilités lors du recours.

Les titres de séjour étrangers malades sont accordés systématiquement aux malades VIH ainsi que VHC (juste pour le temps du traitement ; pour la surveillance après traitement un avis défavorable est donné) en fonction des pays. En ce qui concerne l'hépatite B, si elle est inactive, l'avis est défavorable [30].

2.3.4 L'accompagnement social

Un suivi social personnalisé au long cours est nécessaire, voire indispensable pour les migrants en situation précaire. Un bilan médico-social (protection maladie, titre de séjour, logement, ressources) doit être effectué régulièrement pour adapter la prise en charge du patient à sa

situation, repérer les moments de fragilisation et faire appel si besoin à des services spécialisés, soignants et travailleurs sociaux devant notamment intervenir chaque fois que nécessaire pour un problème de protection maladie, de logement ou de régularisation administrative [16].

Pour accéder à des droits, services ou prestations, il y a un besoin d'adresse. Quelle que soit leur situation administrative, les personnes sans domicile stable peuvent solliciter cette domiciliation de droit commun auprès d'un CCAS/CIAS. L'accès aux dispositifs de protection sociale pour les ressortissants étrangers dépend de conditions spécifiques variant selon la nationalité (Union européenne ou pays tiers), la prestation considérée, l'ancienneté de la présence en France et la nature de leur séjour. L'information délivrée par les travailleurs sociaux ou les soignants, au besoin à l'aide d'un interprète, est déterminante. Le patient doit comprendre l'intérêt des démarches et leur logique. Il doit être prévenu des diverses exigences de la Sécurité Sociale (attestations d'identité, de résidence, de domiciliation/hébergement, de ressources).

Vu ce parcours résumé dans l'**annexe 12**, nous nous intéressons aux professionnels qui y sont impliqués afin de savoir comment ils arrivent à accompagner les usagers de la PASS, en relevant les différentes difficultés/obstacles auxquels ils font face.

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE QUALITATIVE

1 Méthodologie

1.1 Type et Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur 2 mois, d'avril à mai 2018 à la PASS médico-sociale Rimbaud de l'Hôpital de la Timone. Nous avons choisi d'entreprendre une étude qualitative qui permettrait l'ouverture à des réponses « inattendues » et de cerner la question dans sa complexité, ce que n'aurait pas permis un questionnaire fermé

1.2 Population d'étude et méthode de sélection

1.2.1 Critères d'inclusion

L'étude a concerné les professionnels travaillant à la PASS Rimbaud et dans des structures médicales et/ou médico-sociales de l'APHM et de ville impliquées dans le parcours de santé des patients précaires atteints d'infections virales chroniques, de la prévention à la prise en charge médicale, sociale, et juridique.

Nous les avons, dans un premier temps, avec l'accompagnement de la directrice du mémoire, listés puis contactés, afin de faire une présentation du projet de mémoire et une demande de RDV. Dans un second temps, à la suite des réponses reçues aux différents mails, des RDV ont été fixés pour les entretiens. Nous avons également assisté aux réunions de service qui nous ont permis de recueillir des informations.

1.2.2 Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus, les professionnels/structures n'ayant pas répondu après un deuxième contact par mail.

1.3 Méthode de recueil des données

Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré et adapté selon les personnes rencontrées. Il aborde 3 thématiques explorées par 9 questions dont 7 ouvertes et 2 questions fermées [**Annexe 13**].

Au total, 13 entretiens ont été réalisés. La grille d'entretien a été légèrement modifiée après un premier entretien test qui a permis de noter que les questions n'étaient pas précises et étaient difficilement comprises.

1.4 Analyse des données

Huit (08) entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'enregistreur vocal OLYMPUS après accord des personnes interrogées. Pour 5 entretiens qui n'ont pu être enregistrés pour des raisons techniques, nous avons effectué une prise de notes.

Après une retranscription ultérieure des différents entretiens, il a été réalisé une analyse qualitative du contenu, afin d'en dégager les différents thèmes abordés, ainsi que les principales idées (concordantes ou non) qui les illustraient.

1.5 Aspects éthiques

Nous nous sommes tenue, d'informer chaque personne de la confidentialité des informations qui nous seraient confiées lors des entretiens afin d'éviter toute conséquence de notre démarche. Au cours de la retranscription, les entretiens ont été rendus anonymes en respectant tout de même une logique pour que le récit garde son sens et que cela soit sans conséquence pour l'interprétation.

2 Résultats

Sur 20 professionnels contactés, 13 ont répondu, dont 2 après une deuxième relance. Les participants à l'étude interviennent dans des structures médicales ou médico-sociales de l'APHM et de ville. Les professions représentées sont : médecins généralistes (hospitalier et de ville), médecins infectiologues, hépato-gastro-entérologues, médecin de l'Office Français d'Immigration et de l'Intégration, assistants sociaux, infirmières, anthropologues, biologistes. Les différentes structures représentées sont associatives, hospitalières, institutionnelles, centres de dépistage.

Les entretiens ont été menés face à face dans les bureaux des différents professionnels. Ils ont duré entre 13 minutes et 1 heure 46 minutes.

2.1 Analyse globale : perception de la précarité

De l'analyse globale des entretiens avec les professionnels sur la précarité, nous notons la difficulté d'y donner une définition précise.

« La précarité ? La précarité on peut faire une thèse là-dessus ; c'est un mot qui englobe plusieurs choses... Moi je fais le parallèle avec Bourdieu là-dessus ; il parle de capitaux culturel, économique, social... »

« ...la précarité ce n'est pas grande chose hein ! C'est, ne pas réussir à boucler ses fins de mois ; il suffit qu'un four claque, que tu sois obligé d'en acheter un autre, ça te claque tout le budget et du coup de mois à mois tu cumule. C'est pour cela que la précarité est multiple... ».

Pour ce qui est de la précarité chez les migrants, nous notons ces points de vue : *« Le migrant, c'est tout ; c'est le clochard en face, c'est toi, c'est le salarié, c'est l'étudiant, ... Il y a toujours cette tendance à essentialiser, ça je crois que c'est vraiment un défaut. Essentialiser les migrants pour en faire quelqu'un qui est nécessairement une victime, nécessairement immorale, nécessairement nécessiteux, c'est une erreur. Tous ceux qui n'aiment pas les étrangers, ils vont essentialiser en disant, c'est un parasite, c'est un tricheur, ...L'essentialisation c'est vraiment ramener quelqu'un à une de ses caractéristiques, ce n'est pas bon ».*

« ... Ils ne rentrent peut-être pas dans les cases qui sont dessinées, mais par contre, ça vient pas dire qui ils sont, ça ne raconte pas leur histoire, ... Ils y'a des moments où ils racontent leurs histoires, ça permet de valoriser la personne, de l'entendre dans son intégrité et dans sa dignité, et pas seulement dans des cases d'administration qui ont été créées pour rassurer des gens. ».

« ... Ce que beaucoup de gens ignorent, c'est que ce n'est pas seulement l'élite africaine la plus pauvre qui est en capacité de migrer. C'est souvent une jeunesse éclairée, ambitieuse, courageuse, intelligente... »

Des entretiens menés, il ressort que les professionnels n'utilisent pas de score de précarité ; en revanche, des critères de précarité sont utilisés pour catégoriser le niveau de précarité. IL s'agit du logement, des critères économique, social, de la stabilité sur le territoire français, de l'alimentation, de la couverture sociale, des capacités linguistiques.

2.2 Réseau de partenariat mis en œuvre

De nombreuses collaborations sont établies entre les professionnels et les structures d'accompagnement des migrants précaires notamment ceux atteints d'hépatites B et C chroniques et de VIH, dans leur parcours de santé : *« ... dans ma fonction, j'ai aussi la mission d'orienter vers d'autres personnes parce qu'on travaille en réseau, en partenariat... »* ; *« ...en tant qu'assistante sociale, on a une mission de connaissance globale, mais on ne maîtrise pas tout, mais on sait qui est pointu sur telle ou telle question, on se connaît et on arrive à communiquer entre nous... »* ; *« Lorsque que nous dépistons une personne, nous l'orientons vers les centres de dépistage pour confirmation, ou vers les médecins spécialistes... »* ;

« ...parce qu'on est intégré dans un vaste réseau, on arrive à accompagner les gens... par un courrier, un coup de fils ou un accompagnement physique. Ça permet d'aider. » ; « Souvent nous avons recours à des structures telles que Espace accueil étranger, ou le COMEDE... » ; « ... dès la confirmation diagnostique, la P.A.S.S prend le relais, ou l'hôpital Européen, ... »

L'**annexe 14** fait ressortir les différents partenaires institutionnels et associatifs qui sont impliqués et qui ont été cités lors de nos entretiens.

La communication entre les différentes structures se fait par appels, mails, courriers, explications aux patients, ou par accompagnement physique.

2.3 Les obstacles au parcours de santé : expérience des professionnels

Les entretiens menés avec les professionnels ont permis de mettre en lumière les difficultés qu'ils rencontrent dans leur tâche quotidienne de prise en charge et d'accompagnement des migrants précaires atteints de viroses chroniques. Ces difficultés se situent à différents niveaux. Le tableau de résultats se trouve en **Annexe 15**.

a. **Domiciliation et traitement administratif de plus en plus difficile**

Les professionnels font cas de leurs difficultés en ce qui concerne la domiciliation de leurs patients. *« On a de plus en plus de mal pour la domiciliation ; quand les gens sont sans abri, la fondation Abbé Pierre ne fait plus de domiciliation, ils ont explosé rapidement leurs capacités vu le nombre de sans-abris qu'il y a à Marseille ; dans les Maisons Départementales de Santé on a de plus en plus des temps d'attente de 2 mois, voire plus pour obtenir un RDV, si on arrive à obtenir un RDV. Tout ça ralenti le processus de régularisation. Même si les gens ont des droits, vu qu'ils n'ont pas d'abris, ils n'ont pas une adresse précise, l'AME est difficile à instruire ».*

« La plupart a besoin de domiciliation. Même s'ils sont hébergés, ceux qui les hébergent ont peur de donner leur pièce d'identité ; c'est plus simple d'aller se faire héberger dans un Centre

Communal d'Action Sociale (CCAS) que chez une connaissance, un ami. Or, pour les demandeurs d'asile, la loi dit qu'ils ne peuvent pas faire de domiciliation dans les CCAS... »

b. Lourdeur / complexité du système administratif, juridique et politique

Les avis des professionnels convergent vers une lourdeur administrative des démarches, ce qui ne facilite pas leurs tâches.

« Nous sommes dans un système administratif très compliqué où on demande une multitude de pièces pour l'ouverture des droits ; pour des personnes qui sont en situation de précarité (pause), dites en situation de précarité c'est compliqué parce que finalement ce n'est peut-être pas dans leur code, tout ce qui est administratif, ils ne connaissent pas » ; « Ce qui peut être difficile c'est arriver à fournir les documents demandés. Parce que souvent dans leur parcours, il arrive que les passeurs leur demandent de jeter leurs papiers à la mer... Ces passeurs ont plus intérêt à ce qu'ils soient des personnes totalement anonymes, ... ».

Une autre barrière administrative soulevée par les professionnels, est la difficulté d'aider les personnes sous VISA : *« ...elles sont supposées avoir une assurance voyage. » ; « Le visa touristique exclue toute possibilité d'ouverture de droit, du coup c'est très embêtant ».*

De l'avis de certains professionnels, rien n'est proposé aux migrants précaires : *« ... je ne parle pas de tout ce qu'ils ont vécu, de pourquoi ils ont quitté un pays pour arriver dans un autre, mais c'est complètement hypocrite d'ouvrir des portes à des gens, les faire miroiter et finalement ne rien leur proposer. C'est une politique de l'hypocrisie . . . Effectivement on se fait voir, on accueille des populations en difficulté oui, on fait quoi ? Mais rien. Il vaut mieux avoir la force de son impossibilité d'accueillir. Après c'est frustrant, ça gamberge un petit peu. On ne fait pas travailleur social pour rien, si on le fait c'est quand même dans une aide, un partage, de l'humain » ; « ...ce discours politique qui nous est servi à longueur de journée comme quoi ils viennent en France parce qu'ils sont malades pour profiter de ce 'système 4 étoiles' de la santé, n'est pas du tout vrai ... les données montrent que ces gens se contaminent en arrivant en France... ».*

c. Non-maitrise/méconnaissance du système administratif et juridique

Il ressort une non-maitrise ou une méconnaissance du système administratif et juridique par les professionnels eux-mêmes : *« Moi quand je suis arrivé dans ce service il m'a fallu du temps pour comprendre des choses, les démarches, c'est quand même mon job quoi, et je ne suis pas*

sûre de toujours tout capter non plus. Ce n'est pas évident » ; « Beaucoup de gens ne savent pas que quand on est en situation irrégulière, la préfecture ne peut pas vous interdire de venir retirer un papier de régularisation mais il faut qu'on leur rappelle la loi, constamment, d'où l'importance de la médiation. On arrive à rappeler aux autorités de la préfecture et de l'OFII, le droit des gens... Quand les personnes sont en situation irrégulière, on leur écrit un courrier, et leur dit si vous avez 200 euros vous revenez, si vous ne les avez pas tant pis pour vous, ce qui n'est pas normal » ; « La loi elle est adaptée selon l'interlocuteur que tu as ; elle peut être lue, interprétée, on peut te dire oui comme on peut te dire non pour la même demande... Et actuellement c'est ce que l'on vit avec la sécu ; d'autant plus qu'on assiste aux conventions il y a du nouveau qui ressort alors que quand tu as assisté à la dernière convention ce n'est pas ce qui avait été noté... ; il y a des évolutions qui ne sont pas forcément compréhensibles » ; « Tu m'aurais interrogée en janvier, j'étais au bord du suicide, avec l'explosion des OQTF(Obligation de Quitter le Territoire Français), tellement je ne comprenais rien ; je le dis aujourd'hui avec un petit sourire mais... Je ne savais pas comment prendre la chose, comment accompagner les gens le mieux possible, je n'avais pas de relais. Maintenant j'ai mon réseau, je commence à comprendre comment ça se passe » ; « ...ils ont des notions sur la régularité du séjour, des notions de droits, des notions légales qui sont mélangés... » ; « La dernière fois je discutais avec une de la sécurité sociale ; elle n'a jamais été formée, elle prend la place d'une responsable qui est allée à la retraite. Elle ne sait pas traiter nos dossiers, elle ne sait rien de ce qu'on met dans les dossiers, au mieux, elle compte juste le nombre de pages des passeports et c'est tout. ».

d. Crise du logement

La crise du logement social a été largement abordée au cours des entretiens. Les professionnels ont du mal à satisfaire la demande. « ...elles dorment dans la rue, ont des hébergements indignes... » ; « Il nous arrive très régulièrement qu'on appelle le centre FORBIN, pour dire que telle personne est malade, on ne peut pas la laisser à la rue, ils disent qu'ils ne peuvent rien malheureusement... ». « Il y a une crise de logement, l'hébergement d'urgence est saturé, plus de place, il est difficile d'accéder aux personnes du 115 ; à Marseille c'est 30 jours pour les premières fois et renouvellement 9 jours, après ils sont ballotés entre la rue et les centres d'hébergement... » ; « Tant qu'on laissera les gens à la rue, ils auront des risques de se faire contaminer, et c'est un cercle vicieux ; nous on reçoit ici de nombreuses personnes, pour des problèmes de santé divers ; même quand ils n'en ont pas, ils en inventent juste pour pouvoir rester quelques heures à l'abri... par cas de force majeure, on est devenu un accueil du jour.

Parce que on ne peut pas, une fois dépister les gens et qu'ils arrivent, on les met dehors. Nous on ne les met pas dehors. En raison de l'humanisme. Ça ne sert à rien qu'on les accompagne voir un médecin à 12H et à 14h ils reviennent nous voir parce qu'ils ont froid et on les met dehors... »

Et même quand ils arrivent à avoir des logements, ceux-ci sont jugés indignes : « Dans les squat, il y a un mélange de communauté et ils ne s'aiment pas. C'est des violences, des tortures psychologiques, des bagarres, celui qui n'est pas un guerrier, c'est difficile pour lui. C'est la prison quoi, la prison américaine comme tu le vois dans les films » ; « ... On propose la madrague ou Forbin, oui ! Ils se font casser la gueule au mieux, parce qu'au pire on sait. »

e. Une collaboration non sans faille

La collaboration existe certes, mais elle n'est pas jugée sans faille, compte tenu de ce qui ressort des entretiens. Les failles ont été situées entre professionnels d'une même structure et entre professionnels de structures différentes. *« La communication entre médecins et assistants sociaux est un peu absente, parce qu'on ne sait pas toujours là où ils en sont avec les droits ... » ; « Les médecins, quand ils diagnostiquent un VIH ils nous le réfèrent sans pour autant que l'assistante sociale n'en soit informée pour me faire le relais, ils le savent, on en a discuté. C'est quelque chose qui me fait perdre du temps. Quand j'arrive à trouver dans son dossier des documents qui peuvent m'aider à faire le lien, ça va, mais si on pouvait avoir une collaboration beaucoup plus claire, une fluidité d'information avec un petit mot du médecin pour le médecin et du travailleur social pour le travailleur social, on gagnerait un temps énorme. Ce n'est pas fait ».*

« Moi je vois des patients, ils me disent ça fait 15 jours que je suis en France, ils sont arrivés au service X où ils ont eu un RDV assez rapidement, ils arrivent, les pauvres, déjà ils débarquent dans un pays qu'ils ne connaissent pas, on leur annonce une maladie qu'ils ne connaissent pas, moi en tant que spécialiste je les vois et je leur dis, mais de toute façon je ne peux rien faire avant 3 mois ! Déjà il y a ce délai et il n'y a pas l'administratif qui a été fait avant quoi...c'est plus anxiogène pour eux de voir un 2^e médecin qui leur dit je ne peux pas vous traiter avant que vous n'ayez les papiers ... ». Sur ce point, la suggestion qui a été faite est « attendre qu'il y ait une sécurité sociale et donc faire une prise en charge sociale avant de fixer le RDV hépato sauf situation d'urgence. Pour un traitement qui peut être différé 3 mois, 4 mois, 6 mois ou 1 an, il vaut mieux qu'il soit adressé à un hépato au moment de leur donner leur traitement pour

le VHC ou le VHB (si c'est nécessaire) ».

Toujours concernant la collaboration, la communication est parfois jugée inadéquate et même inexistante avec certains collaborateurs.

« ...Ils ne nous transmettent plus les fiches notifiant les motifs de refus, on ne sait pas si la personne a l'AME ou pas, on est obligé de réclamer et ça, ça prend 1 mois...on est dans un truc opaque où c'est de la transmission orale, du coup on n'a pas de support, de documentation... » ; « ... ils nous envoient des refus non motivés comme quoi l'intéressé ne remplit pas les critères... on a jamais accès aux personnes qui traitent les dossiers ni physiquement ni par appel ni par mail » ; « On n'a pas de retour sur nos dossiers, on est obligé de réclamer... ils sont dans la toute-puissance ... » ; « ... On est sur du soin, on est sur une urgence donc on a besoin de réponse, on n'a pas besoin de 4 mois d'attente, après 4 mois ils sont dehors il y a longtemps... » ; « ...avec la sécurité sociale, nous avons des problèmes de proximité... »

Il a été évoqué un partenariat inexistant qui devrait être mis en place : *« Même le service X devrait nous orienter des personnes hein, pour leur accompagnement... ce n'est pas fait. Vu qu'on fait un travail complémentaire, j'essaie de rencontrer ce service, pour voir comment on peut coordonner nos activités. Les gens vont à ce service quand ils sont malades, mais quand ils ne le sont pas, où est ce que vous allez les trouver ? Sur le terrain, et nous, nous faisons un travail de terrain... ».*

Les professionnels souhaiteraient qu'il y ait une meilleure coordination entre les professionnels d'un même service mais aussi entre professionnels des différentes structures et associations ; qu'il y ait une amélioration de l'accès aux droits et une accélération des procédures à la sécurité sociale afin que les patients soient traités plus facilement et plus rapidement

f. Manque de personnels

Le manque de personnel, notamment d'assistants sociaux, de médiateurs en santé a été évoqué. Ce manque en personnel entraverait les activités de prévention, de dépistage et d'accompagnement.

« ... avoir plus de temps pour travailler sur la véritable relation d'aide et ça, ça nécessite de doubler les effectifs et là malheureusement je n'ai pas la possibilité de...c'est une décision institutionnelle » ; « ... pas plus tard que l'an dernier on a fait remonter une demande d'un

animateur en prévention, d'un accueillant social, pour faire des maraudes, dépister, mais aussi accompagner aux soins, ... on ne peut pas faire l'un sans l'autre... nous sommes en première ligne. Il y a plein de dispositifs de santé, mais des dispositifs de terrain comme nous, il y en a très peu. Ça serait bien qu'on ait plus de moyens de prévention, d'accompagnement, d'aide et de prise en charge.... Il y a une sous couverture du territoire, un manque de personnel. Si on avait assez de personnel, on aurait fait beaucoup de chose, il y a plein de chose à faire ».

g. Une prise en charge médicale difficile

Les avis sont divers concernant la prise en charge médicale. Certains professionnels disent éprouver des difficultés dans la prise en charge médicale de ces patients, selon d'autres, les difficultés sont au niveau social et non pas médical.

« La précarité fait que la prise en charge est difficile, il y a une mobilité, du fait de leur condition, donc le suivi est difficile... » ; « ... Ils se déplacent beaucoup à la recherche de leur salut donc on les perd de vue ... » ; « De par la précarité au niveau du domicile, c'est compliqué de leur donner des médicaments qui coûtent extrêmement chers si on sait qu'ils dorment dans la rue. Après sur le principe il n'y a pas de contre-indication à les traiter de la même façon, ... » ; « Nous avons à faire à des populations précaires qui ne veulent pas se confier, pas de confiance à priori avec eux parce que vus les troubles qu'ils ont traversés, c'est difficile. En général, ils disent, pas qu'ils ne disent pas la vérité, mais... il y a beaucoup de non-dit dans les consultations donc l'interrogatoire est difficile, ... ».

Ces difficultés se manifestent également par un retard/report des soins selon la maladie en cause. *« Pour l'hépatite C, on ne peut pas initier de traitement avant l'AME ou CMUC, pour l'hépatite B, c'est pareil ; on ne peut pas aller plus vite que la machine, ce qui fait qu'il y a des retard de prise en charge » ; « Tu as les médecins qui veulent soigner tout le monde, les gestionnaires qui ne veulent soigner que ceux qui payent, ... ».*

Pour ce qui concerne le VIH, *« ... en aucun moment on a un retard d'accès aux soins, avec la P.A.S.S, on a la possibilité d'avoir des fiches de liaison, donc en aucun moment on n'a ni une rupture de soins, ni retard dans la délivrance des traitements ; à moins que le patient ne se mette lui-même en retard ... » ; « ... Médicalement, nous n'avons pas de difficultés, c'est en éducation thérapeutique et en social qu'il y en a ... » ; « Médicalement nous n'avons pas de problème majeur, il n'y a pas de problème d'accès aux soins, les examens sont gratuits... » .*

Mais aussi par un renoncement aux soins : *« Quand on a plein de problèmes, qu'on ne peut pas se loger ni se nourrir, la santé n'est pas la priorité... nous on les incite, d'où l'intérêt de l'accompagnement, de la médiation... parce que les gens sont en errance et on les perd de vue. Nous on les rappelle pour leur faire savoir que par rapport à leur pathologie, c'est important qu'ils se rapprochent du soin. ».*

En ce qui concerne l'éducation thérapeutique : *« ... là où il y a un problème, je n'ai pas le temps de répondre aux questions des patients sur leur maladie et autre... malheureusement plus de poste d'éducation thérapeutique dans le service de la P.A.S.S, donc ils vont dans un centre en ville » ; « ... il serait bien de créer un poste dédié à l'éducation thérapeutique dans le service. Quand il y avait le poste, c'était trop bien pour les patients ».*

Il arriverait qu'il y ait des expulsions du territoire pendant le suivi médical : *« L'OFII fait des ordonnances de reconduite à la frontière pour les patients souffrant de pathologies dont le traitement est disponible dans le pays d'origine. Cela a été le cas pour 2 algériens, 1 brésilien, 1 russe, une lituanienne reconduites parce que dans leur pays il y a le traitement VIH. Après avec les avocats, la subtilité sur laquelle on joue, c'est la proximité du traitement ; toute la subtilité des avocats c'est de faire faire des certificats médicaux attestant que oui le traitement existe, mais le traitement par lequel ils sont soignés en France, n'est pas disponible. Parce que nous sommes ici en France sur une nouvelle génération de traitement qui n'est pas encore d'actualité dans les pays nommés. Donc c'est un peu compliqué ».*

h. Un problème de formation des médecins généralistes sur ces pathologies ?

Certains médecins généralistes ne savent pas comment s'y prendre avec les patients concernant ces pathologies, notamment les hépatites : *« L'annonce diagnostique est difficile car on dit au patient : vous avez une hépatite, c'est une maladie qui peut être grave, vous devez voir un spécialiste Il voit le spécialiste qui lui dit qu'il faut simplement une surveillance, qui ne lui donne pas de traitement et qui lui fixe un RDV de 4 à 6 mois... Après je suis perdue, je ne sais plus quoi dire aux patients, c'est grave ? Ce n'est pas grave ? C'est plus un problème de formation pour moi je crois ; je n'ai pas les compétences sur cette pathologie-là ... » ; « après je ne peux pas te dire grande chose, parce que je ne suis pas très pointu sur cette question ... ».*

i. Barrières linguistiques

La langue a été notée, par certains professionnels, comme une difficulté dans la relation

d'accompagnement de ces patients. « ... quand vous êtes en consultation et qu'il y'a un monsieur ou une dame complètement largué(e) qui arrive, qui vous regarde, qui ne comprend pas un mot de français et qui n'a pas de traducteur, alors que vous en avez vu 4 devant et il y en a 6 derrière, c'est de l'énervement du médecin, et puis probablement du patient qui a le sentiment qu'il n'est pas compris, qu'on ne s'occupe pas de lui alors que ce n'est pas le cas. Il y'en a plein qui viennent nous voir et qui ne savent pas pourquoi ils sont là, alors que vous leur avez sûrement expliqué, mais je mets ça sur le compte de la barrière linguistique. On donne à chaque fois les codes ISM (Interprétariat Service Migrants), on n'a plus les codes, ça ne marche pas, et ça c'est carrément insupportable. Je ne sais pas quel est le problème. Enfin moi j'ai autre chose à faire dans ma vie que de m'occuper de ces problèmes. C'est à l'hôpital de régler ce problème quoi, de mettre en place un système qui soit fluide. Avec ISM c'est vrai que ce n'est pas agréable et c'est moins fluide que s'il y avait un dialogue à 3. Le dialogue avec le téléphone, bon c'est mieux que rien mais ce serait bien de pouvoir fournir des interprètes mais il y'a tellement de gens avec des langues différentes que c'est compliqué... ».

Pour d'autres, elle ne saurait être considérée comme une barrière. « ... très honnêtement aujourd'hui avec google traducteur, la vie est belle » ; « J'ai déjà eu des jeunes qui m'ont posé la question de savoir si nous avons des traducteurs je dis non... En Afrique il y a 52 nations je crois, et combien de langues ? Combien de sous-groupes régionaux ? Ici l'an dernier nous avons eu 38 nationalités. Si dans une matinée tu as un pachtoun, un sénégalais, un russe, un bissau-guinéen, tu vas faire comment ? Tu vas recruter tous les linguistes de France ? Pour moi c'est un faux problème. Il y a beaucoup d'associations qui se focalisent là-dessus pour capter des financements ; mais ce problème là on ne peut pas le résoudre très fondamentalement.... Dernièrement il y a des collègues qui m'ont dit qu'ils ont un projet sur la traduction. Je dis mais c'est bidon ; pour moi c'est une incompétence, une méconnaissance de la réalité de la situation. Cet argent il vaut mieux le mettre dans les structures d'hébergement ou dans le social ... » ; « Dans tous les hôpitaux il y a théoriquement un budget pour ISM, dans la pratique il n'y a en a pas donc on fait avec ce qu'on a ».

Les professionnels font la recommandation « ... d'élargir l'accès à l'interprétariat à plus de structures que ce soit hospitalière ou associative. ».

j. Difficultés financières

Les moyens manquent à certaines structures pour mener à bien leurs missions : « Dans le

domaine du VIH, nous on est l'association la plus démunie de la région. On a au moins la moitié des malades du SIDA, au bas mot, et depuis le début de l'épidémie. C'est pour ça que l'on travaille aussi à la marge. Il y a énormément de moyens mais ces moyens sont répartis de telle sorte que ce n'est pas forcément les publics qui en ont le plus besoins qui en bénéficient. Nous, bêtement, si on avait les moyens on allait ouvrir un établissement d'accueil qui permet de capter les publics, de mettre la main sur eux, ils n'iront donc pas de gauche à droite... ».

« Le VIH ne fait plus partie des priorités de l'ARS, ni même l'éducation thérapeutique, cela nous amène à nous poser la question sur la pérennité même de notre association ; l'offre de prise en charge s'est tellement réduite que nous, nous avons récupérer seulement 15 patients de l'Hôpital Nord sur 200 patients en rupture de traitement depuis deux ans ; les autres, ils sont perdus de vue, on ne sait pas là où ils sont... »

La situation irait en se dégradant : « ... moi ce que je constate c'est que les hôpitaux publics sont dans une situation financière difficile. Donc même en P.A.S.S, c'est de plus en plus restreint... Il y a de plus en plus d'exams que tu ne peux pas faire faire parce que ça coûte de plus en plus cher ; donc la réponse institutionnelle qui était la P.A.S.S, aura tendance de plus en plus à se restreindre avec la situation financière des hôpitaux ».

Une proposition des structures serait « D'accentuer et développer les moyens des associations de terrain identifiées et ayant des compétences dans la prise en charge de ces publics. »

3 Récit d'un parcours de vie

Avec le fil de la réflexion sur cette problématique, Il nous a paru nécessaire d'élargir la question sur le patient. Car, au-delà du parcours de santé, le migrant en situation de précarité atteint d'une virose chronique s'inscrit dans un parcours de vie, c'est-à-dire, l'ensemble des événements qui affectent sa vie, son bien-être physique, mental et social. Il est le seul capable d'apprécier tous les facteurs cités plus haut et de les intégrer en une seule réponse sur sa satisfaction. Pour cela, nous avons choisi de faire cas du parcours de vie d'une patiente que nous avons suivie et accompagnée tout au long de ce parcours.

Madame BADO¹, a quitté la Côte d'Ivoire pour accompagner son mari en exil. Elle y a laissé son enfant de 8 ans avec une de ses voisines, amenant avec elle, son benjamin de 24 mois. Dans

¹ Anonymisé

leur itinéraire, ils sont passés par la Lybie où ils ont subi les pires atrocités et se sont perdus de vue. Madame BADO a été contrainte à la prostitution afin d'avoir sa pitance quotidienne. Dans la traversée de la mer pour rejoindre l'Italie, son Bébé lui a échappé des bras, il est tombé à la mer et est décédé par noyade sous le regard impuissant de sa mère.

Son périple l'a fait arriver à Marseille où elle a passé des nuits dans la rue. « ... *Dieu a mis de bonnes personnes sur mon chemin ; j'ai rencontré un jour une gentille dame, qui m'a confiée à une de ses connaissances. J'avais des maux de dos parce que je suis tombée en Lybie lors d'une course poursuite et les gens ont marché sur moi. C'est donc elle qui m'a parlé de la P.A.S.S. Elle m'a indiqué un jour un endroit où je devais la rencontrer pour qu'on aille ensemble à la P.A.S.S. Après m'être égarée plusieurs fois, un Monsieur auprès de qui je me suis renseignée, a bien voulu me conduire à ce lieu de RDV, après plusieurs appels car je ne me souvenais même plus du nom...* ».

Elle a ainsi pu avoir une consultation à la P.A.S.S : « ... *j'ai signalé mes maux de dos, et après les examens, on m'a dit que je souffre de la tension et de cette maladie 'hépatite'* ».

Elle a bénéficié d'une consultation chez l'hépatogastro-entérologue et les investigations ont conclu à une Hépatite B chronique inactive ; ce qui n'a pas nécessité la mise sous traitement, mais elle bénéficie de rendez-vous de suivi régulier chaque 6 mois.

Elle a eu la chance de retrouver son mari à Marseille, ils s'appellent et se voient de temps à autre ; « ... *quand on s'appelle, je lui parle toujours de notre enfant qu'on a perdu. Je n'arrive pas à m'enlever ça de l'esprit ; la mort est notre fin à tous mais il y a certaines morts qu'on ne peut oublier ; quand je pense aux gestes de l'enfant, à son sourire, à son corps flotter à la surface de la mer, je ne peux m'empêcher de pleurer ... Je pense aussi à mon enfant que j'ai laissé au pays ; je ne sais pas comment elle vit là-bas, si elle est heureuse, si elle mange bien ...* ». Pour ce traumatisme psychologique, Madame BADO a été adressée dans un centre médico-psychologique ; elle dit que ces séances sont une aide pour elle.

A la P.A.S.S, elle a bénéficié, par une assistante sociale, d'un accompagnement pour sa demande d'asile et pour une ouverture des droits à la sécurité sociale « ... *Dieu merci, j'ai pu avoir l'attestation de demandeur d'asile et une CMUC...* ». Avec l'obtention de ces droits, elle intègre donc le système de droit commun et a été de ce fait orientée vers un médecin généraliste de ville et vers le Réseau Santé Marseille Sud pour poursuivre les séances éducation thérapeutique ; cependant, elle n'arrive pas à comprendre qu'on lui dise qu'elle a une hépatite, mais qui n'est pas active « ... *je préfère mieux entendre que la maladie est guérie au lieu d'entendre que j'ai*

un virus dans le corps, mais qui n'est pas actif. Je ne sais pas, comment comprendre, comment prendre cela ». Elle n'a donc pas encore compris/accepté sa maladie ; il sera encore plus difficile pour elle de supporter l'annonce de la séropositivité au VIH de son mari qu'elle voit de temps à temps...

Elle dit être contente de la prise en charge qu'elle a eue jusque-là « ...oui, j'ai rencontré, par la grâce de Dieu, de gentilles personnes, j'espère que cela va continuer. Mais le problème actuel demeure le logement ; c'est un problème qui me préoccupe beaucoup, avec le 115, on me donne 7 jours, 9 jours et je réfléchis continuellement à où dormir à la fin de ces jours ; je suis actuellement dans un centre où c'est difficile, on ne peut pas dormir, avec les arabes, ils parlent toute la nuit tant que eux ils ne dorment pas, personne ne peut dormir. Les matins on nous réveille à 7H et nous devons quitter les lieux à 8H pour ne pouvoir y retourner que vers 16h. Pendant ce temps, j'ère en ville, je ne sais pas où aller. Quand j'ai des RDV, j'y vais, sinon, je reste dans la rue en attendant l'heure pour retourner au centre ». Elle s'est faite agressée par une locataire du centre « J'étais assise, communiquant au tel quand elle s'est ruée sur moi et m'a mordue sur le bras.... J'ai dû me rendre chez le médecin pour faire un pansement et savoir si je dois faire un vaccin contre le tétanos...pourquoi ils mettent les « folles » et les gens normaux ensemble ? Tout ceci me décourage ». A la question de savoir si elle voudrait retourner au pays, Madame BADO répond par un « HUM, vraiment ... » et ce fut un silence ...

Une demande d'Appartement de Coordination Thérapeutique est en cours pour Madame BADO et la possibilité d'y joindre son mari pour qu'ils soient ensemble est envisagée.

Pendant que l'équipe médico-sociale tente d'améliorer la situation, Madame BADO reçoit de la préfecture, un courrier lui mentionnant que sa demande d'asile ne peut être traitée en France, et doit repartir en Italie, dans le cadre de la procédure Dublin. Madame BADO est ainsi orientée vers un avocat, pour un recours à la décision de la préfecture. Madame BADO et son avocat ont gagné le procès et son séjour est en cours de régularisation.

4 Discussion et perspectives

4.1 Les limites de l'étude

La problématique de cette étude était « Comment peut-on améliorer le parcours de santé des migrants précaires atteints d'infections virales chroniques ? » ; les objectifs étant d'identifier

les difficultés rencontrées par les professionnels dans la prise en charge et l'accompagnement des migrants en situation de précarité atteints d'infections virales chroniques que sont le VIH, les hépatites virales B et C chroniques, de mettre en exergue le réseau de partenariat mis en œuvre. Une enquête qualitative a été menée auprès de ces professionnels. Des limites doivent être relevées à notre étude.

En effet, nous avons recherché la plus grande diversité possible des profils dans le cadre de cette enquête. Cependant, par contrainte de non réponse, nous n'avons pas pu interroger certains profils qui auraient pu nous donner des informations pertinentes sur certaines questions. Il s'agit des structures d'hébergement des migrants précaires et des associations juridiques accompagnant ces migrants dans leurs recours, de l'administration hospitalière et aussi des institutions telles que l'ARS.

Aussi, les entretiens n'ont pas été tous enregistrés, ce qui constitue un biais dans le recueil de données et fait perdre de la richesse à l'entrevu par la perte de certains propos.

Cependant, ces limites n'ont pas entaché la qualité des résultats obtenus, qui suscitent pour notre part, des commentaires.

4.2 Discussion des résultats

Il ressort de cette enquête que les principales difficultés que traversent les professionnels relèvent de la complexité et de la lourdeur du système administratif et juridique qui se trouve être régi par des décisions politiques. Le droit des étrangers à la protection sociale est directement corrélé au statut au regard du séjour. Les conditions légales d'accès aux droits des étrangers se sont durcies depuis 30 ans, condition d'un effet ciseaux entre les restrictions légales d'accès au titre et le renforcement des exigences de titre de séjour pour l'accès aux droits sociaux. Dans l'observation du COMEDE (Comité Médical Des Exilés) et des associations de l'ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades sont en diminution depuis 2011, les refus étant principalement liés à la contestation du risque d'exclusion des soins nécessaires dans le pays d'origine. Les pratiques administratives se sont également durcies au point de créer un écart très important entre le droit en vigueur et les pratiques observées, dans un contexte de réduction des moyens consacrés à l'accueil et à l'accompagnement du public [16].

Notre enquête souligne également une non-maîtrise voire même une méconnaissance de certains professionnels, de la loi régissant l'accès aux droits. Des données de la littérature corroborent ce résultat : l'enquête menée par Sallé J [31] montrent que la carence de sensibilisation des professionnels dès la formation initiale est nette, notamment chez les internes en médecine générale qui ont des connaissances théoriques sur le système de protection sociale assez mauvaises voire erronées qui, selon l'auteur, « risque[nt] de laisser perdurer des pratiques sources d'obstacles majeurs à l'accès aux soins ». Selon la même source, cette méconnaissance des droits et des dispositifs existants s'étend plus largement aux agents de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), assistantes sociales, agents d'accueil hospitaliers, ...

La méconnaissance du système de droit par les professionnels est en partie liée à la complexité de celui-ci. Selon la littérature, cette méconnaissance est à l'origine de pratiques irrégulières sur le terrain, pratiques irrégulières qui ressortent dans les entretiens que nous avons menés. En effet, bien que la réglementation dispense de la présentation d'un passeport pour l'obtention d'un titre de séjour étranger malade, la plupart des préfectures exige ce document pour enregistrer la demande ou délivrer le titre de séjour ; elles refusent l'enregistrement des demandes d'admission au séjour des personnes démunies d'un justificatif d'adresse personnelle ou d'une attestation d'hébergement chez un tiers. Selon la coordinatrice d'une association que nous avons interrogée, les préfectures ne délivrent pas les documents de régularisation tant que les intéressés ne s'acquittent des frais. Ce qui, selon le COMEDE, est contraire à la réglementation. Elles ne peuvent conditionner la remise du titre de séjour au paiement des taxes dues, et doivent délivrer le titre de séjour et émettre un titre exécutoire à l'encontre de son bénéficiaire. Toujours selon le COMEDE, il est interdit, contrairement aux pratiques fréquentes des caisses de protection sociale, d'exiger un justificatif de domicile (adresse personnelle ou attestation d'hébergement chez un tiers) des personnes déclarant « leur domicile ». Ainsi, « le droit à une domiciliation administrative ou postale doit être distingué du « principe déclaratif de l'adresse » ; ainsi, *« toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé et y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée »*. Le Code prévoit donc que la personne prise en charge par le 115 ne peut pas être remise à la rue, ce qui est contredit par la pratique [16].

Ces pratiques abusives émanant de la méconnaissance du système, empêchent la régularisation ou le renouvellement du droit au séjour des personnes, entraînent des erreurs de droits et des

erreurs de procédure, avec des soins différés « dans l'attente de l'ouverture des droits » et ainsi, des risques d'aggravation de l'état de santé.

Le recours à l'outil juridique est donc souvent nécessaire pour faire appliquer la réglementation, comme en témoigne le volume important du contentieux administratif relatif à l'immigration [16]. Ces voies de recours sont longues et chronophages, ce qui accentue encore plus le retard l'accès aux droits et aux soins. Paradoxalement, malgré cette situation, certains médecins estiment qu'il n'y a pas de difficultés dans la prise en charge médicale de ces patients. Nous nous posons la question de savoir si ces médecins prennent en compte la notion de prise en « charge globale » des patients, ou se cantonnent-ils à la seule consultation médicale sans se soucier des autres déterminants de la santé ?

Il y a donc la nécessité de formation (initiale mais aussi continue) et d'information des professionnels pour faire comprendre l'organisation administrative, les lois régissant le système de santé et la procédure administrative précontentieuse.

Les décisions politiques/administratives entraînent également une non continuité de certaines actions menées sur le terrain, ou des difficultés pour certaines structures de mener à bien leurs missions ; cela, par l'insuffisance ou la rupture des financements. De ce fait, le projet de prévention des hépatites/VIH chez les personnes les plus démunies consultant à la PASS avec pour objectif de leur rendre accessible ainsi qu'à leurs proches, des informations sur la prévention des hépatites et d'améliorer leur parcours de santé, a été interrompu entraînant le départ de la coordinatrice de ce parcours. Ce projet répondait pourtant à un besoin réel sur le terrain et était bien apprécié par les professionnels (en témoignent les propos que nous avons recueillis) et les patients.

Des associations de terrain, qui sont au cœur de cette problématique d'infections virales chroniques chez les migrants précaires souffrent également de cette insuffisance de financement et du manque de personnel. Associations qui en plus de répondre à des besoins d'information/sensibilisation auprès de ce public, l'intègre dans une vision globale de la santé. Véritable portail, elles permettent à ses bénéficiaires de pouvoir se retrouver entre « congénères », de discuter « en famille », de partager leurs expériences et d'échapper ainsi à l'isolement. De telles actions et associations devraient être pérennisées et soutenues financièrement et en personnels, à la hauteur de leur impact sur le terrain. Si, sur ces difficultés d'ordre institutionnel il apparaît difficile d'agir, les professionnels, à leurs niveaux, peuvent améliorer certains aspects.

Les entretiens font noter que la collaboration entre ces structures est parfois inexistante, sinon à améliorer. Chacune des nombreuses structures d'accompagnement des migrants précaires a sa spécificité, son champ d'action. Aussi, du constat que nous avons fait lors de notre stage, plusieurs de ces structures mènent les mêmes activités sur le terrain en direction du même public qu'est les migrants précaires. Il serait intéressant, de fédérer les efforts, une fédération qui offrirait d'une part, une plus grande puissance d'action et une efficacité sur le terrain, dans un contexte politique jugé hostile par les professionnels impliqués dans cette problématique ; d'autre part, de faire un plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives pour la révision de certains textes et l'application des textes qui ne le sont pas, afin de permettre aux acteurs de mener à bien leurs activités sur le terrain. Cette fédération placerait également la personne, ici, le migrant précaire atteint d'infection virale chronique, au centre de l'action engagée. L'objectif commun des acteurs étant une gestion des problèmes de façon globale, coordonnée et continue (soins, logement, accès aux droits) pour permettre de sortir des situations difficiles.

Les obstacles linguistiques se trouvent à toutes les étapes du parcours de santé, surtout lorsque l'on a à faire à des patients ne s'exprimant ni en français, ni en anglais. La présence d'un interprète professionnel est particulièrement recommandée, mais difficile à obtenir dans de nombreux dispositifs. Si la P.A.S.S dispose d'un budget pour l'accès à l'interprétariat professionnel, ceci n'est pas le cas pour de nombreuses autres structures même hospitalières. Les structures de soins médico-sociaux et associatives devraient bénéficier de ce financement, car la langue ne saurait et ne devrait être une barrière à un accès à des soins de qualité. En attendant ce fait, la « débrouillardise » est la règle : recours à google traducteur, à un tiers présent ou par téléphone. Ce tiers ne présente cependant pas les qualités requises d'un professionnel (technicité, neutralité et confidentialité) et opérer le passage d'une langue à l'autre, d'un univers professionnel, culturel et social à un autre, s'accompagne d'un fort investissement subjectif. Cette débrouillardise est certainement le quotidien des professionnels, qui dans notre enquête, n'ont pas souligné la langue comme une barrière en soit.

Des professionnels médecins généralistes ont souligné un problème de compétences en ce qui concerne ces pathologies, notamment les hépatites. Ce qui rend difficile souvent l'annonce diagnostique. Fait que conforte l'enquête menée par Sylvie K. [32] auprès des professionnels où il ressort que « l'hépatite B est une pathologie très complexe. Le niveau des connaissances des professionnels médico-sociaux concernant les hépatites est inégal. Cela peut compliquer les messages préventifs d'une part mais aussi la prise en charge curative »

Une piste d'amélioration pourrait être d'organiser des rencontres interdisciplinaires autour de cette pathologie avec hépato gastroentérologue, virologue, généraliste, praticien hospitalier, infirmière, assistante sociale... ; rencontres qui pourraient être des rencontres de formations continues, de partage d'expériences, mais aussi d'élaboration de lignes de conduites.

De certaines discussions informelles avec des professionnels, il ressort qu'il faille créer une structure, pas pour doubler la P.A.S.S, mais pour servir de relais après la P.A.S.S. Cela voudrait-il dire de promouvoir une filière, une « spécialité médicale de précarité » ? On peut dans ce cas, considérer qu'il existe un monde social de la précarité dont font partie les PASS, où l'on retrouve les structures adaptées et expérimentées pour la prise en charge des personnes exclues. L'objectif de ces structures est bien entendu de n'être qu'un lieu de recours exceptionnel, de rattrapage dans le parcours des patients et de passage vers le droit commun, seule recette pour être l'antidote à la filière spécifique pour les pauvres où l'orientation des patients se ferait systématiquement sur des critères sociaux et non sur des critères médicaux, ne permettant ainsi un accès qu'à une offre de soins amputée. Cette médecine, en utilisant les termes du Professeur Nicolas TANTI-HARDOUIN, « à deux vitesses » n'étant pas compatible avec l'exigence d'une société juste et équitable, est relayée par certains quotidiens nationaux qui entretiennent le fantasme du « migrant sanitaire » (ou « touriste médical »), profiteur et menteur, qui parviendrait à venir se faire soigner gratuitement en France, faisant « exploser » le budget de l'AME. [33].

Être migrant, et malade de surcroît, devoir quitter chez soi en traversant tous les dangers possibles tout en étant conscient de ces dangers, n'est pas toujours un choix. N'importe qui peut se retrouver dans cette situation d'immigration et/ou de maladie. C'est certainement aux pays en développement de régler leurs propres problèmes ; mais si la géopolitique favorisait le développement de ces pays, la migration n'existerait pas dans les proportions actuelles.

Pour en venir au parcours de vie dont nous avons fait le récit, il peut être, d'un point de vue, jugé comme moins malheureux. Nombreux sont ceux qui n'arrivent pas à intégrer ce parcours de santé, qui restent loin des centres de santé avec toutes les conséquences possibles, par peur de se faire arrêter.

CONCLUSION

Après avoir vécu un parcours migratoire complexe, les migrants en situation de précarité atteints d'infections virales chroniques, dont pour la plus part le diagnostic se fait à l'arrivée en France alors qu'ils n'ont pas fini leur installation en France, intègrent un parcours de santé assez complexe. En référence à Didier FASSIN, « La maladie constitue bien une épreuve particulière dans une expérience d'immigration tout comme le fait d'être immigré modifie profondément l'expérience de la maladie ».

Il faudrait une réponse institutionnelle « plus souple », au moins pour ceux étant déjà sur le territoire français et atteints de ces maladies infectieuses transmissibles, en rendant moins difficile leurs conditions de vie, afin de résoudre un problème de santé « publique » majeur. La santé des migrants étant un reflet de la santé des français. Si les droits de l'homme, les principes d'humanisme tout court ne sont pas promus, on ne viendrait jamais à bout de ces maladies.

Ce travail est loin d'avoir traité la question en entier. Il reste donc de la matière à explorer plus en détail. Une enquête plus approfondie auprès des patients serait intéressante dans un prochain travail.

ANNEXES

Annexe 1 : classification selon l'OMS

Stade clinique 1

- Patient asymptomatique.
- Adénopathies persistantes généralisées.
- Degré d'activité 1 : patient asymptomatique, activité normale

Stade clinique 2

- Perte de poids inférieure à 10% du poids corporel.
- Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermatite séborrhéique, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire).
- Zona, au cours des cinq dernières années.
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures (sinusite bactérienne). Et/ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3

- Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel.
- Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 1 mois.
- Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois.
- Candidose buccale (muguet).
- Leucoplasie chevelue buccale.
- Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente.
- Infections bactériennes sévères (pneumopathie, pyomyosite, par exemple). Et/ou degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Stade clinique 4

- Syndrome cachexisant du VIH, selon la définition des CDC.
- Pneumopathie à *Pneumocystis carinii*.
- Toxoplasmose cérébrale.
- Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée pendant plus de 1 mois
- Cryptococcose extra pulmonaire.
- Cytomégalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les

ganglions lymphatiques.

- Herpès cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quel qu'en soit la durée.

- Leuco encéphalopathie multifocale progressive.

- Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose).

- Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons.

- Mycobactériose atypique, généralisée.

- Septicémie à salmonelles non typiques.

- Tuberculose extra pulmonaire.

- Lymphome.

- Maladie de kaposi (SK)

- Encéphalopathie à VIH, selon la définition de CDC. Et/ou degré d'activité 4 :

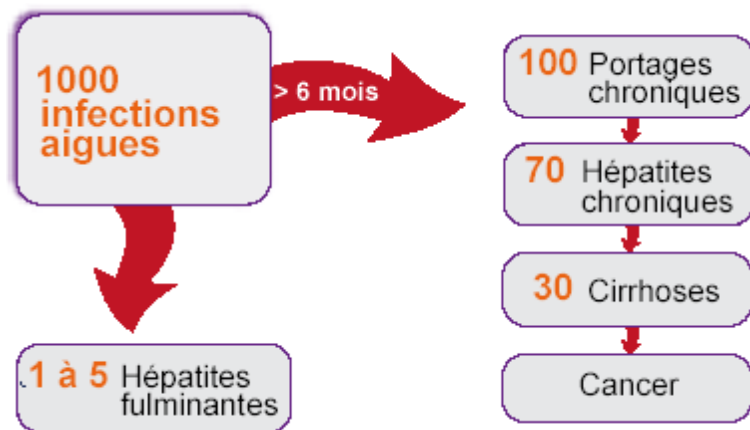
patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

(Remarque : les diagnostics sont acceptables qu'ils soient de certitude ou présomptifs).

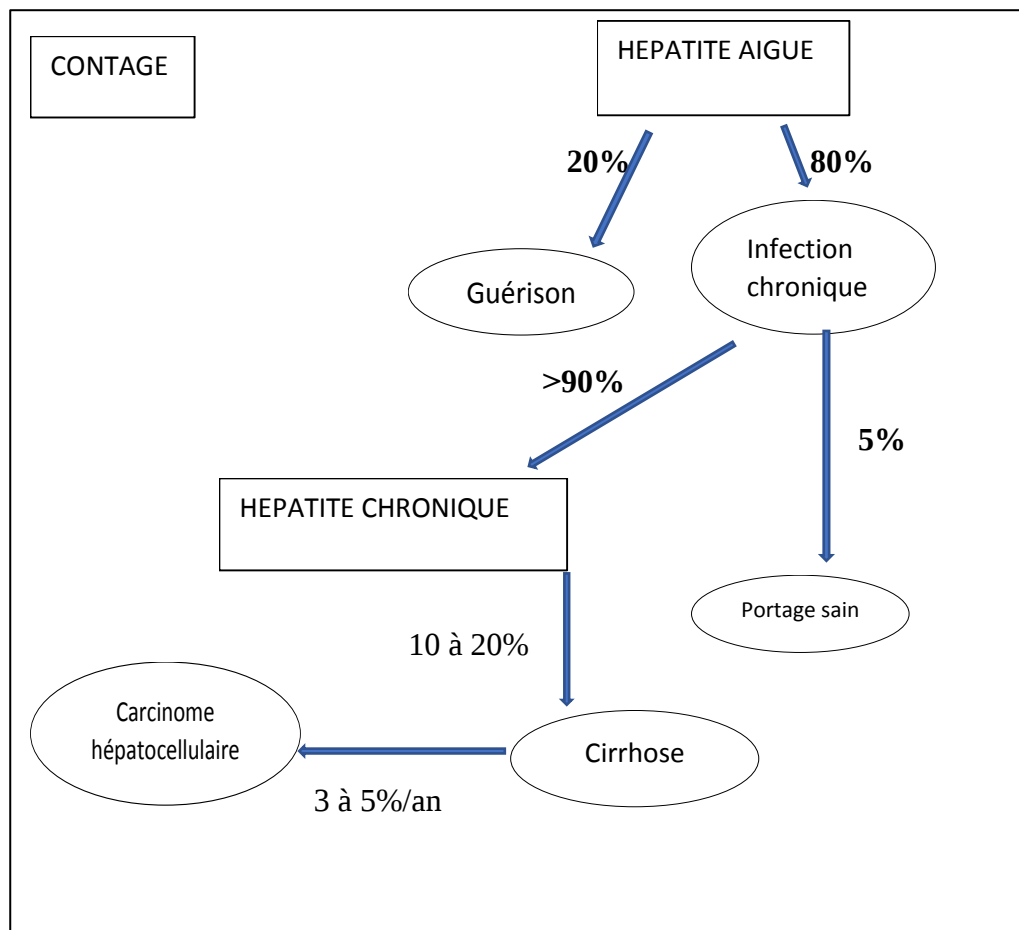
Annexe 2 : Interprétation des marqueurs virologiques du VHB

AgHbs	Ac anti HBc	Ac anti Hbs	Interprétation
-	-	+	Sujet vacciné
-	+	+	Sujet guéri
+	+	-	-Infection évolutive dont le caractère chronique est déterminé par la clinique, la présence d'IgM anti-HBc (en faveur d'une infection aigue) et l'évolution à 6 mois ; -si infection aigue, le dosage de l'AgHbe et la charge virale participent à guider la prise en charge
-	+	-	Infection guérie ou infection chronique inactive, Risque de réactivation en cas d'immunodépression

Annexe 3 : histoire naturelle de l'hépatite B



Annexe 4 : histoire naturelle de l'hépatite C



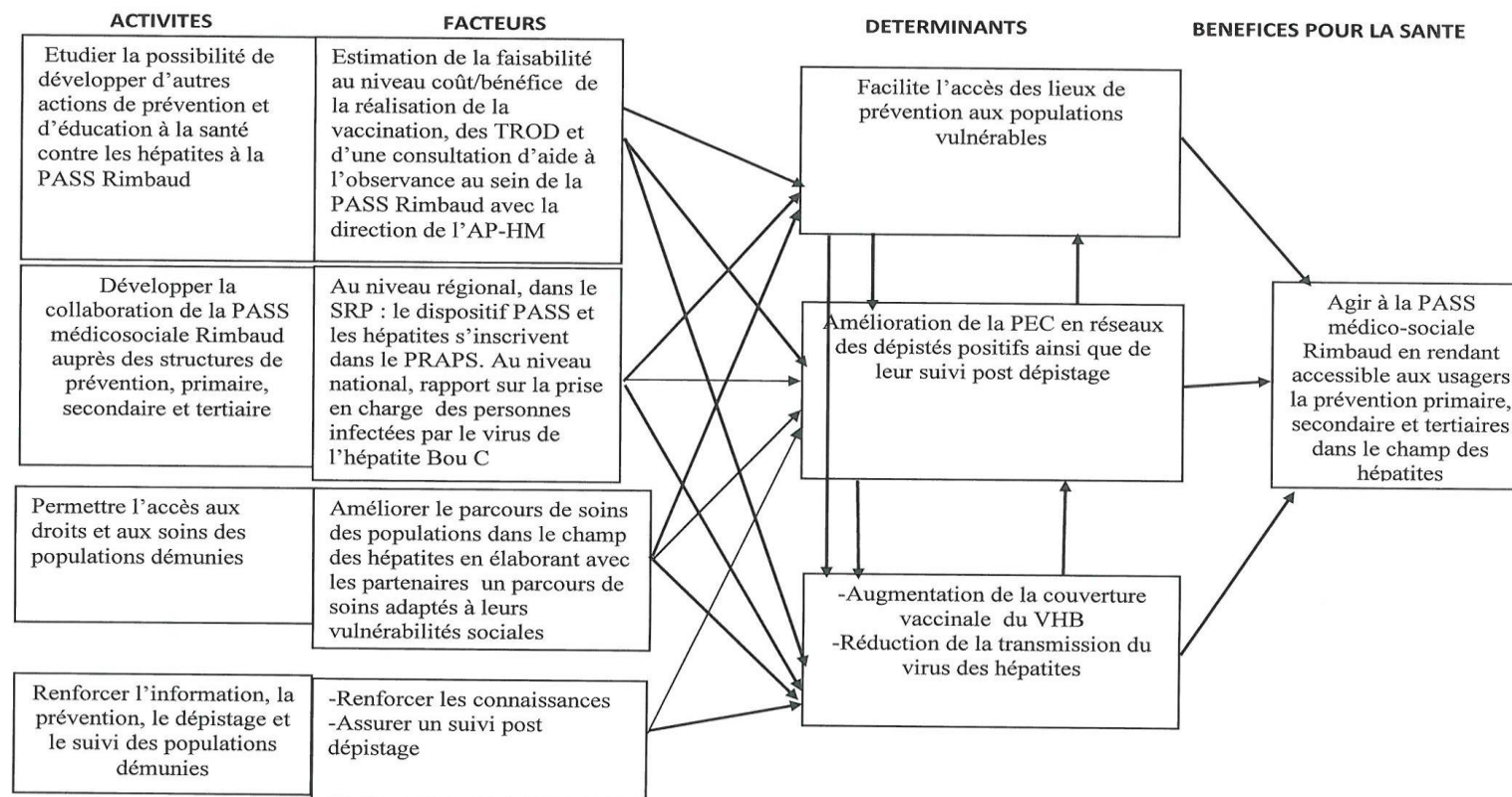
Annexe 5 : similitudes et différences entre hépatite B, C et VIH

	VIH /SIDA	HEPATITE B CHRONIQUE	HEPATITE CHRONIQUE
Histoire naturelle	-Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) -Maladie asymptomatique dans les premières années, chute progressive des lymphocytes CD4 -En l'absence de traitement, évolution vers le SIDA en une dizaine d'année	-Infection par le virus de l'hépatite B (VHB) -5 à 10% développent une infection B chronique -environ 30% porteurs inactifs de l'Aghbs -environ 70% hépatite B chronique active : évolution lente vers la fibrose avec risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire	-Infection par le virus de l'hépatite C (VHB) -15 à 30% guérissent spontanément -70à 85% développent une infection chronique
Mode de transmission	-Materno-fœtale -Sexuelle -Sanguine	-Materno-fœtale+++ -Sexuelle+++ -Sanguine+++ -Contamination horizontale dans la petite enfance	-Materno-fœtale+ -Sexuelle+ -Sanguine+++ -Contamination horizontale dans la petite enfance
Traitement	Depuis 1996 : trithérapies antirétrovirales Nouvelles recommandations (2013) : traitement universel)	Conditions d'éligibilité au traitement : hépatite B chronique active avec fibrose significative. 2 possibilités -Injection d'interféron (effets secondaires importants) -Traitement antiviral au long cours	Antiviraux à action directe
Vaccin	Résultats décevants des candidats vaccins	Oui	Non

Annexe 6 : Conditions d'acquisition de l'assurance maladie

Conditions requises	Ancienneté de présence en France (d'au moins trois mois)	Régularité du séjour	Niveau de ressources (contrôlé chaque année)
Types de protection			
Maladie			
Assurance maladie			
Sur critères de résidence	Non	Oui	Non
CMU-C	Oui	Oui	Oui
AME	Oui	Non	Oui
DSUV (AMU)	Oui	Non	Non

OUTIL DE CATEGORISATION POUR PLANIFICATION DU PROJET PREVENTION HEPATITES CHEZ LES PERSONNES SE PRESENTANT A LA PASS RIMBAUD



Annexe 8 : suivi d'un patient VHB ou VHC chronique

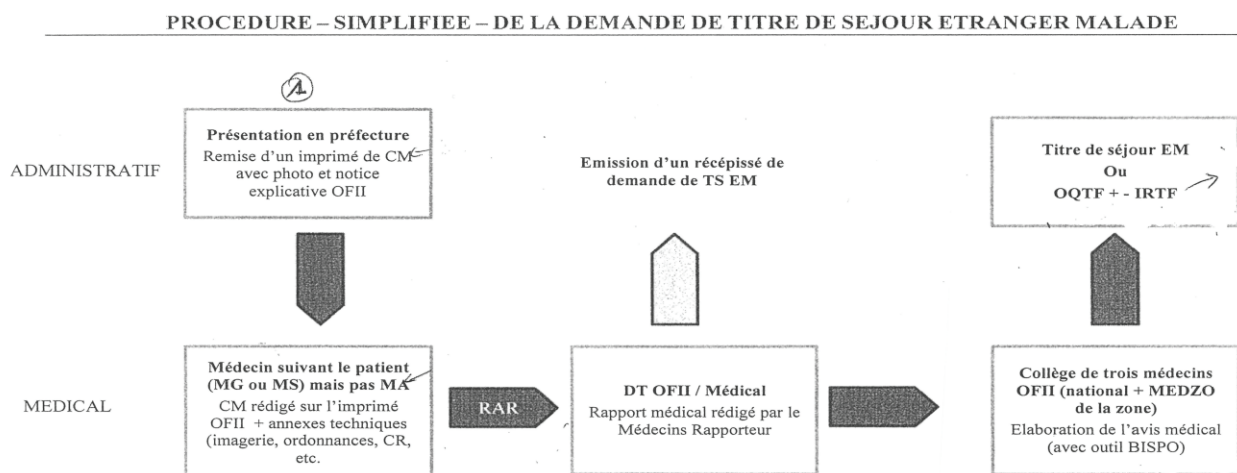
Tous les 6 mois	DETECTION DE LA CIRRHOSE OU DU CHC - Echographie abdominale - Fibroscan
Tous les 12 mois	EVOLUTION DE LA MALADIE - Observance à chaque visite, si traitement - ASAT, ALAT, ADN VHB et AgHBe, ARN VHC - Critères cliniques (Examen, IMC) - Recherche de comorbidités
Traitement initial et tous les 12 mois	CONTROLE DE LA TOXICITE CHEZ LES PERSONNES SOUS TRAITEMENT Fonction rénale et facteurs de risque de dysfonctionnement rénal (traitement VHB)

Annexe 9 : suivi d'un traitement ARV

Examens	Fréquence	Objectif
Clinique	J15, M1, +/-M2, M3 puis au minimum tous les 3 à 6 mois	Tolérance du traitement Observance Détection manifestations cliniques VIH, syndrome de reconstitution immunitaire
Charge virale	M1, M3, M6, puis selon évolution	Charge virale inférieure au seuil de détection au 6 ^e mois
Lymphocytes T CD4	M3, M6 puis selon évolution	Restauration immunitaire >500 CD4/mm3
NFS, Plaquettes	A chaque bilan	Toxicité hématologique
Transaminases	A chaque bilan	Toxicité hépatique
Créatinine + Clairance	A chaque bilan	Toxicité rénale
Autres paramètres biologiques de tolérance : lipase, CPK, Phosphones, Lactates...	Selon la clinique	Toxicité
Lipides, glycémie à jeun	Au moins une fois par an	Impact métabolique des ARV
Sérologie syphilis	1 fois par an ou selon le contexte clinico-épidémiologique	Nécessité traitement spécifique

Sérologies hépatites A, B, C	1 fois par an si antérieurement négative chez les sujets dont l'exposition au risque persiste	Contamination récente
Frottis cervico-vaginal	Cytologie annuelle +/- coloscopie si anomalie et contrôle tous les 6 mois selon les cas Après 3 cytologies annuelles consécutives normales et si CD4>500 sous ARV avec charge virale indétectable, cytologie tous les 3 ans	Infection HPV ? Dépistage cancer du col
Anuscopie + cytologie anale	1 fois par an chez les homosexuels et bisexuels masculins	Infection HPV ? Dépistage cancer anal

Annexe 10 : procédure de demande du titre de séjour étranger-malade²



² CM= certificat médical

OFII= office français de l'immigration et de l'intégration

TS EM= titre de séjour étranger malade

OQTF= obligation de quitter le territoire français

IRTF= interdiction de revenir sur le territoire français

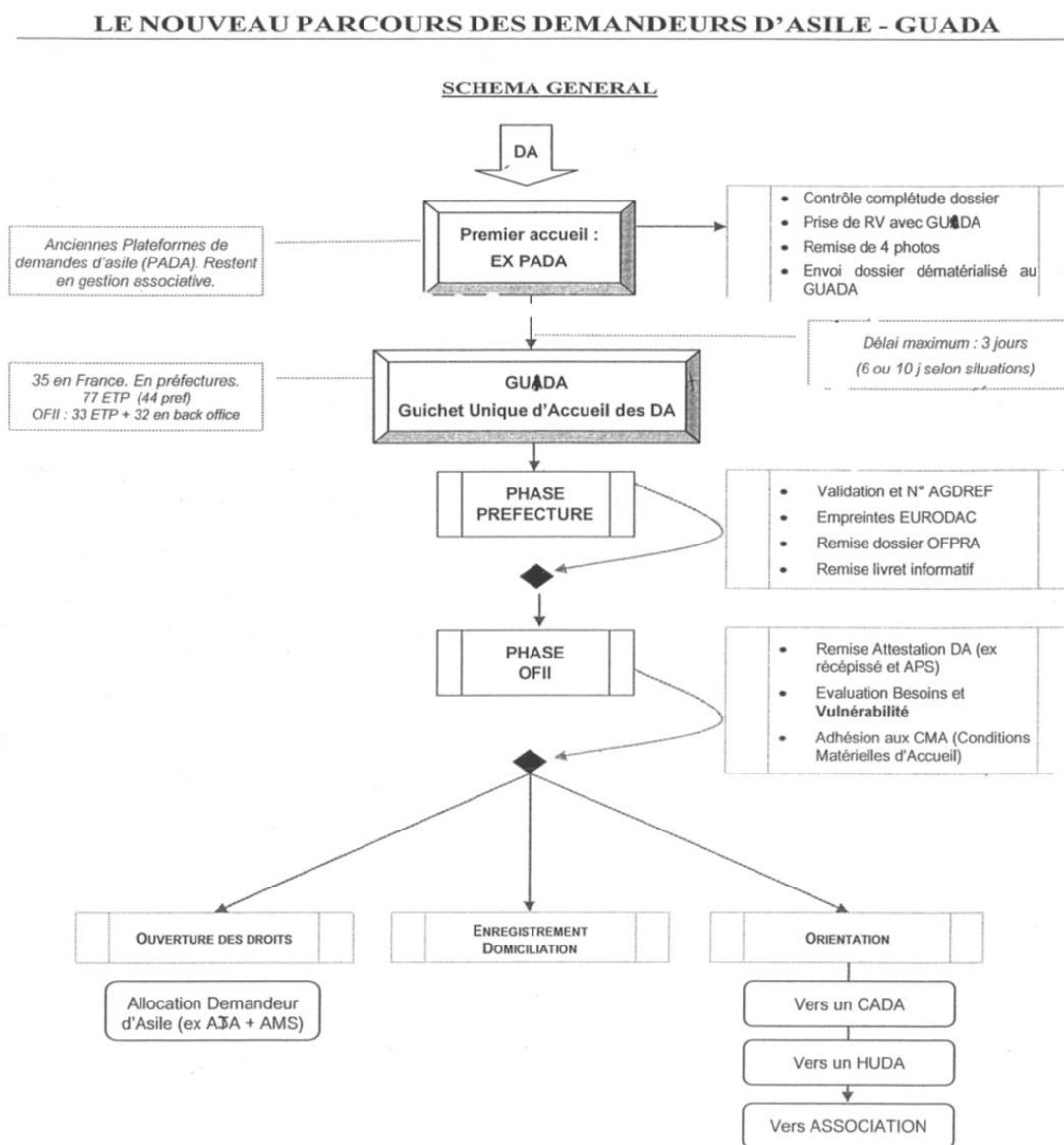
MS= médecin spécialiste

MG= médecin généraliste

MA= médecin agréé

CR= compte rendu

Annexe 11 : Schéma procédure de demande d'asile³



³A= demandeur d'asile

GUADA= guichet unique des demandeurs d'asile

APS= autorisation provisoire de séjour

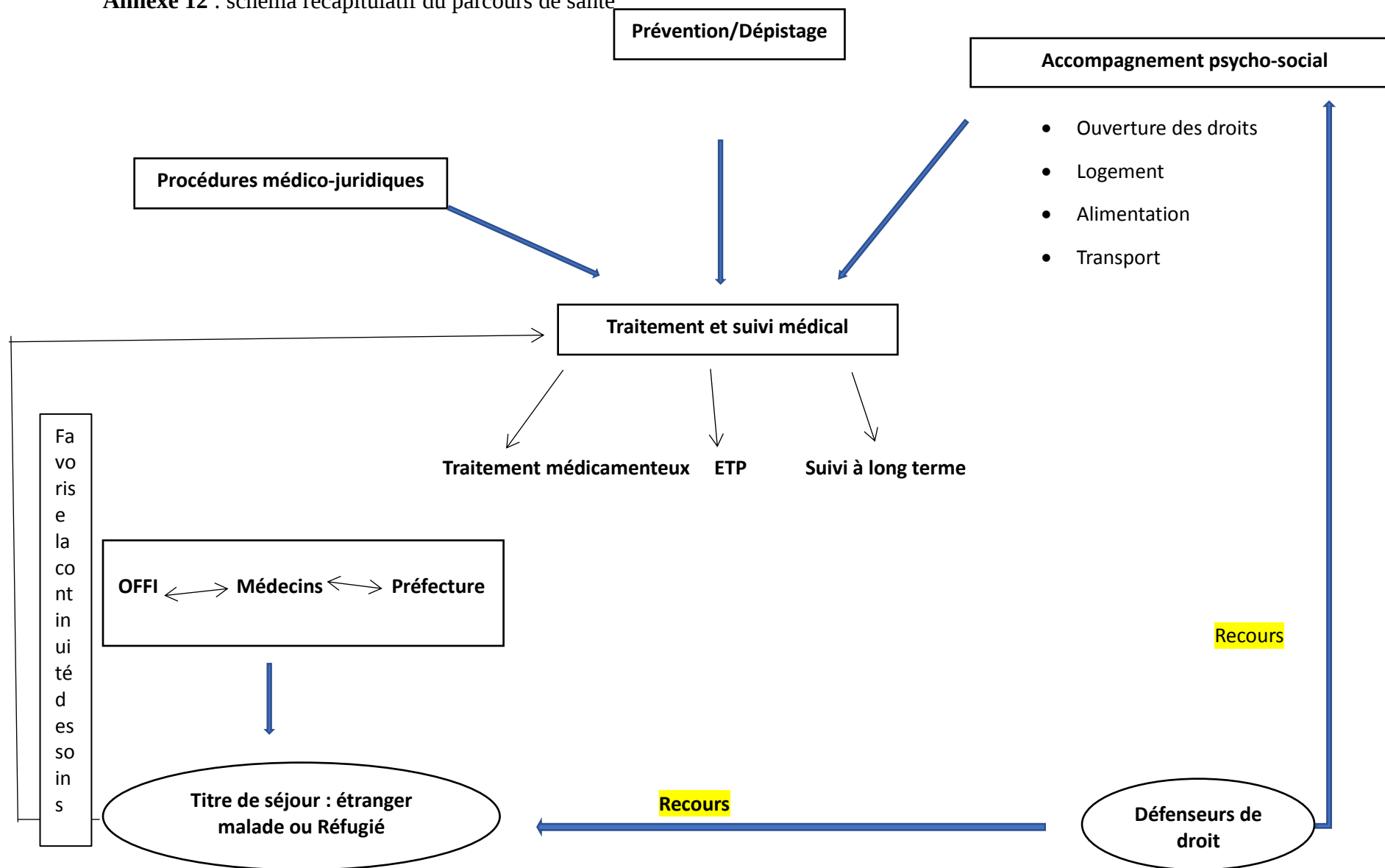
PADA= plateforme des demandeurs d'asile

CADA= centre d'accueil des demandeurs d'asile

HUDA= hébergement d'urgence des demandeurs d'asile

OFPRA= office français de protection des réfugiés et demandeurs d'asile

Annexe 12 : schéma récapitulatif du parcours de santé

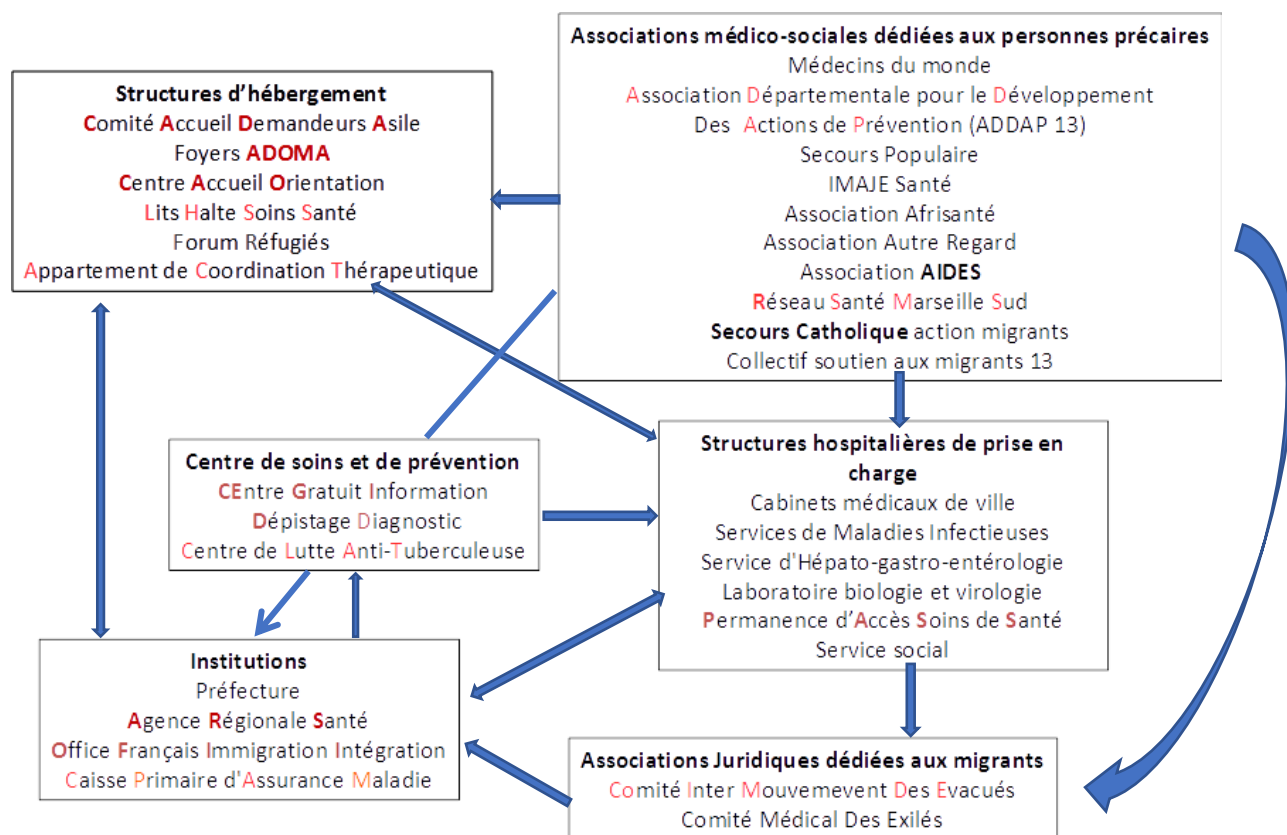


Annexe 13 : guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

- Qu'est-ce que le mot précarité vous évoque-t-il ?
- Est-ce que dans votre exercice vous utilisez une question qui permet d'évaluer, de mesurer la précarité ?
 - Est-ce que vous utilisez un score de précarité ?
- Dans les structures dans lesquelles vous travaillez est-ce que vous recevez des migrants précaires atteints d'infections virales chroniques (VIH, VHB, VHC) ?
 - Comment ces patients vous arrivent-ils ?
 - Qui vous adresse ces patients ? Est-ce qu'elles viennent d'eux-mêmes ?
- Collaborez-vous avec d'autres professionnels/structures dans l'accompagnement de ces patients ?
 - Vers qui les adressez-vous ? Quels sont vos partenaires ?
 - Comment se passe cette collaboration ? Qu'est-ce qui selon vous fonctionne bien dans cette collaboration ? qu'est ce qui est à améliorer ?
 - Comment coordonnez-vous vos activités ?
- Est-ce que vous rencontrez des difficultés dans l'accompagnement de ces patients ?
 - Des difficultés de quelles natures ?
 - Qu'est ce qui selon vous pourrait-être amélioré ?

Annexe 14 : Réseau de partenariat



Annexe 15 : tableau de résultats

Perception de la précarité

« La précarité ? La précarité on peut faire une thèse là-dessus ; c'est un mot qui englobe plusieurs choses ; il englobe, ... Moi je fais le parallèle avec Bourdieu là-dessus ; il parle de capitaux culturel, économique, social... »

« la précarité ce n'est pas grande chose hein ! C'est, ne pas réussir à boucler ses fins du mois ; il suffit qu'un four claque, que tu sois obligé d'en acheter un autre, ça te claque tout le budget et du coup de mois à mois tu cumule. C'est pour cela que la précarité est multiple... ».

« Le migrant précaire, c'est tout ; c'est le clochard en face, c'est toi, c'est le salarié, c'est l'étudiant, ... Il y a toujours cette tendance à essentialiser, ça je crois que c'est vraiment un défaut. Essentialiser les migrants pour en faire quelqu'un qui est nécessairement une victime, nécessairement immorale, nécessairement nécessiteux, c'est une erreur. Toux ceux qui n'aiment pas les étrangers, ils vont essentialiser en disant, c'est un parasite, c'est un tricheur, ...L'essentialisation c'est vraiment ramener quelqu'un à une de ses caractéristiques, ce n'est pas bon ».

« ..., Ils ne rentrent peut-être pas dans les cases qui sont dessinées, mais par contre, ça vient pas dire qui ils sont, ça ne raconte pas leur histoire, ... Ils y'a des moments où ils racontent leurs histoires, ça permet de valoriser la personne, de l'entendre dans son intégrité et dans sa dignité, et pas seulement dans des case d'administration qui ont été créées pour rassurer des gens. ».

« ... Ce que beaucoup de gens ignorent, c'est que ce n'est pas seulement l'élite africaine la plus pauvre qui est en capacité de migrer. C'est souvent une jeunesse éclairée, ambitieuse, courageuse, intelligente... »

Domiciliation et traitement administratif de plus en plus difficile

« On a de plus en plus de mal pour la domiciliation ; quand les gens sont sans abri, la fondation Abbé Pierre ne fait plus de domiciliation, ils ont explosé rapidement leurs capacité vu le nombre de sans abri qu'il y a à Marseille ; dans les Maisons Départementale de Santé on a de plus en plus des temps

d'attente de 2 mois, voire plus pour obtenir un RDV, si on arrive à obtenir un RDV. Tout ça ralenti le processus de régularisation. Même si les gens ont des droits, vu qu'ils n'ont pas d'abri, ils n'ont pas une adresse précise, l'AME est difficile à instruire ».

« La plupart a besoin de domiciliation. Même s'ils sont hébergés, ceux qui les hébergent ont peur de donner leur pièce d'identité ; c'est plus simple d'aller se faire héberger dans un CCAS que chez une connaissance, un ami. Or, pour les demandeurs d'asile, la loi dit qu'ils ne peuvent pas faire de domiciliation dans les CCAS... »

Lourdeur / complexité du système administratif, juridique et politique

« Nous sommes dans un système administratif très compliqué où on demande une multitude de pièces pour l'ouverture des droits ; pour des personnes qui sont en situation de précarité, dites en situation de précarité c'est compliqué parce que finalement ce n'est peut-être pas dans leur code, tout ce qui est administratif, ils ne connaissent pas » ; « Ce qui peut être difficile c'est arriver à fournir les documents demandés. Parce que souvent dans leur parcours, il arrive que les passeurs leur demandent de jeter leurs papiers à la mer... Ces passeurs ont plus intérêt à ce qu'ils soient des personnes totalement anonymes, ... ».

« ...elles sont supposées avoir une assurance voyage. » ; « Le visa touristique exclue toute possibilité d'ouverture de droit, du coup c'est très embêtant ».

« ... ouvrir des frontières, je ne parle pas de tout ce qu'ils ont vécu, de pourquoi ils ont quitté un pays pour arriver dans un autre, c'est complètement hypocrite d'ouvrir des portes à des gens, les faire miroiter et finalement ne rien leur proposer. C'est une politique de l'hypocrisie . . . Effectivement on se fait voir, on accueille des populations en difficulté oui, on fait quoi ? Mais rien. Il vaut mieux avoir la force de son impossibilité d'accueillir. Après c'est frustrant, ça gamberge un petit peu. On ne fait pas travailleur social pour rien, si on le fait c'est quand même dans une aide, un partage, de l'humain » ;

« ...ce discours politique qui nous est servi à longueur de journée comme quoi ils viennent en France parce qu'ils sont malades pour profiter de ce système 4 étoiles de la santé, n'est pas du tout vrai ... les données montrent que ces gens se contaminent en arrivant en France... ».

Non-maitrise/méconnaissance du système administratif et juridique

« Moi quand je suis arrivé dans ce service il m'a fallu du temps pour comprendre des choses, les démarches, c'est quand même mon job quoi, et je ne suis pas sûre de toujours tout capter non plus. Ce n'est pas évident »

« Beaucoup de gens ne savent pas que quand on est en situation irrégulière, la préfecture ne peut pas vous interdire de venir retirer un papier de régularisation mais il faut qu'on leur rappelle la loi, constamment, d'où l'importance de la médiation. On arrive à ... rappeler aux autorités de la préfecture et de l'OFII, le droit des gens... Quand les personnes sont en situation irrégulière, on leur écrit un courrier, et leur dit si vous avez 200 euros vous revenez, si vous ne les avez pas tant pis pour vous, ce qui n'est pas normal » ;

« La loi elle est adaptée selon l'interlocuteur que tu as ; elle peut être lue, interprétée, on peut te dire oui comme on peut te dire non pour la même demande... Et actuellement c'est ce que l'on vit avec la sécu d'autant plus qu'on assiste aux conventions il y a du nouveau qui ressort alors que quand tu as assisté à la dernière convention ce n'est pas ce qui avait noté... ; il y a des évolutions qui ne sont pas forcément compréhensibles »

« Tu m'aurais interrogée en janvier, j'étais au bord du suicide, avec l'explosion des OQTF, tellement je ne comprenais rien ; je le dis aujourd'hui avec un petit sourire mais... Je ne savais pas comment prendre la chose, comment accompagner les gens le mieux possible, je n'avais pas de relais. Maintenant j'ai mon réseau, je commence à comprendre comment ça se passe »

« ...ils ont des notions sur la régularité du séjour, des notions de droits, des notions légales qui sont mélangés... »

« La dernière fois je discutais avec une de la sécurité sociale ; elle n'a jamais été formée, elle prend la place d'une responsable qui est allée à la retraite. Elle ne sait pas traiter nos dossiers, elle ne sait rien de ce qu'on a mis dans les dossiers, au mieux, elle compte juste le nombre de pages des passeports et c'est tout. ».

Crise du logement

« ...elles dorment dans la rue, ont des hébergements indignes... »

« Il nous arrive très régulièrement qu'on appelle le centre FORBIN, pour dire que telle personne est malade, on ne peut pas la laisser à la rue, ils disent qu'ils ne peuvent rien malheureusement... »

« Il y a une crise de logement, l'hébergement d'urgence est saturé, plus de place, il est difficile d'accéder aux personnes du 115 ; à Marseille c'est 30 jours pour les premières fois et renouvellement 9 jours, après ils sont ballotés entre la rue et les centres d'hébergement... »

« Tant qu'on laissera les gens à la rue, ils auront des risque de se faire contaminer, et c'est un cercle vicieux ; nous on reçoit ici de nombreuses personnes, pour des problèmes de santé diverse, même quand ils n'en ont pas, ils en inventent juste pour pouvoir rester quelques heures à l'abri... par cas de force majeure, on est devenu un accueil du jour. Parce que on ne peut pas, une fois dépister les gens et qu'ils arrivent, on les met dehors. Nous on ne les met pas dehors. En raison de l'humanisme. Ça ne sert à rien qu'on les accompagne voir un médecin à 12H et à 14h ils reviennent nous voir parce qu'ils ont froid et on les met dehors... »

« Dans les squat, il y a un mélange de communauté et ils ne s'aiment pas. C'est des violences, des tortures psychologiques, des bagarres, celui qui n'est pas un guerrier, c'est difficile pour lui. C'est la prison quoi, la prison américaine comme tu le vois dans les films »

« ... On propose la madrague ou Forbin, oui ! Ils se font casser la gueule au mieux, parce qu'au pire on sait. »

Une collaboration non sans faille

« La communication entre médecins et assistants sociaux est un peu absente, parce qu'on ne sait pas toujours là où ils en sont avec les droits ... »

« Les médecins, quand ils diagnostiquent un VIH ils nous le réfèrent sans pour autant que l'assistante sociale n'en soit informée pour me faire le relais, ils le savent, on en a discuté. C'est quelque chose qui me fait perdre du temps. Quand j'arrive à trouver dans son dossier des documents qui peuvent m'aider à faire le lien, ça va, mais si on pouvait avoir une collaboration beaucoup plus claire, une fluidité d'information avec un petit mot du médecin pour le médecin et du travailleur social vers le travailleur social, on gagnerait un temps énorme. Ce n'est pas fait. »

« Moi je vois des patients, ils me disent ça fait 15 jours que je suis France, ils sont arrivés au service X où ils ont eu un RDV assez rapidement, ils arrivent, les pauvres, déjà ils débarquent dans un pays qu'ils ne connaissent pas, on leurs annonce une maladie qu'ils ne connaissent pas, moi en tant que spécialiste je les vois et je leur dis, mais de toute façon je ne peux rien faire avant 3 mois ! Déjà il y a ce délai et il n'y a pas l'administratif qui a été fait avant quoi...c'est plus anxiogène pour eux de voir un 2^e médecin qui leur dit je ne peux pas vous traiter avant que vous n'ayez les papiers ... ».

Sur ce point, la suggestion qui a été faite est *« attendre qu'il y ait une sécu et donc faire une prise en charge sociale avant de fixer le RDV hépato sauf situation d'urgence. Pour un traitement qui peut être différé 3 mois, 4 mois, 6 mois ou 1 an, il vaut mieux qu'il soit adressé à un hépato au moment de leur donner leur traitement pour le VHC ou le VHB (si c'est nécessaire) ».*

« ...Ils ne nous transmettent plus les fiches notifiant les motifs de refus, on ne sait pas si la personne a l'AME ou pas, on est obligé de réclamer et ça, ça prend 1 mois...on est dans un truc opaque où c'est de la transmission orale, du coup on n'a pas de support, de documentation... »

« ... ils nous envoient des refus non motivés comme quoi l'intéressé ne remplit pas les critères... on a jamais accès aux personnes qui traitent les dossiers ni physiquement ni par appel ni par mail »

« On n'a pas de retour sur nos dossier, on est obligé de réclamer ils sont dans la toute-puissance ... »

« ... On est sur du soin, on est sur une urgence donc on a besoin de réponse, on n'a pas besoin de 4 mois d'attente, après 4 mois ils sont dehors il y a longtemps... ». « ...avec la sécurité sociale, nous avons des problèmes de proximité... » « Même le service X devrait nous orienter des personnes hein, pour leur accompagnement... ce n'est pas fait. Vu qu'on fait un travail complémentaire, j'essaies de rencontrer ce service, pour voir comment on peut coordonner nos activités. Les gens vont à ce service quand ils sont malades, mais quand ils ne le sont pas, où est ce vous allez les trouver ? Sur le terrain, et nous, nous faisons un travail de terrain... ».	
Manque de personnels	
« ... avoir plus de temps pour travailler sur la véritable relation d'aide et ça, ça nécessite de doubler les effectifs et là malheureusement je n'ai pas la possibilité de...c'est une décision institutionnelle » « ... pas plus tard que l'an dernier on a fait remonter une demande d'un animateur en prévention, d'un accueillant social, pour faire des maraudes, dépister, mais aussi accompagner aux soins, ... on ne peut pas faire l'un sans l'autre... nous somme en première ligne. Il y a plein de dispositifs de santé, mais des dispositifs de terrain comme nous, il n'y en a très peu. Ça serait bien qu'on ait plus de moyens de prévention, d'accompagnement, d'aide et de prise en charge.... Il a une sous couverture du territoire, un manque de personnel. Si on avait assez de personnel, on aurait fait beaucoup de chose, il y a plein de chose à faire ».	
Une prise en charge médicale difficile	
« ... Médicalement, nous n'avons pas de difficultés, c'est en ETP et en social qu'il y en a ... » « Médicalement nous n'avons pas de problème majeur, il n'y a pas de problème d'accès aux soins, les examens sont gratuits... ».	« La précarité fait que la PEC est difficile, il y a une mobilité, du fait de leur condition, donc le suivi est difficile » « ... Ils se déplacent beaucoup à la recherche de leur salut donc on les perd de vue »

« De par la précarité au niveau du domicile, c'est compliqué de leur donner des médicaments qui coutent extrêmement cher si on sait qu'ils dorment dans la rue. Après sur le principe il n'y a pas de contre-indication à les traiter de la même façon, ... »

« Nous avons à faire à des populations précaires qui ne veulent pas se confier, pas de confiance à priori avec eux, ils ne veulent pas se confier, parce que vu les troubles qu'ils ont traversés c'est difficile. En général, ils disent, pas qu'ils ne disent pas la vérité, mais... il y a beaucoup de non-dit dans les consultations donc l'interrogatoire est difficile, ... »

« Pour l'hépatite C, on ne peut pas initier de traitement avant l'AME ou CMUC, pour l'hépatite B, c'est pareil ; on ne peut pas aller plus vite que la machine, ce qui fait qu'il y a des retard de prise en charge »

« Tu as les médecins qui veulent soigner tout le monde, les gestionnaires qui ne veulent soigner que ceux qui payent, ... ».

« Quand on a plein de problèmes, qu'on ne peut pas se loger ni se nourrir, la santé n'est pas leur priorité, nous on les incite d'où l'intérêt de l'accompagnement, de la médiation... parce que les gens très mobiles, ils sont en errance et on les perd de vue. Nous on les rappelle pour leur faire savoir que par rapport à leur pathologie, c'est important qu'ils se rapprochent du soin. »

« ... là où il y a un problème, je n'ai pas le temps de répondre aux questions des patients sur leur maladie et autre... malheureusement plus de poste d'ETP dans le service de la P.A.S.S, donc ils vont dans un centre en ville ».

	« ... il serait bien de créer un poste dédié à l’ETP dans le service, quand il y avait le poste, c’était trop bien pour les patients ». « L’OFII fait des ordonnances de reconduite à la frontière pour les patients souffrant de pathologies dont le traitement est disponible dans le pays d’origine. Cela a été le cas pour 2 algériens, 1 brésilien, 1 russe, une lituanienne reconduites parce que dans leur pays il y a le traitement VIH. Après avec les avocats, la subtilité sur laquelle on joue, c’est la proximité du traitement ; toute la subtilité des avocats c’est de faire faire des certificats médicaux attestant que oui le traitement existe, mais le traitement par lequel ils sont soignés en France, n’est pas disponible. Parce que nous sommes ici en France sur une nouvelle génération de traitement qui n’est pas encore d’actualité dans les pays nommés. Donc c’est un peu compliqué ».	
Un problème de formation des médecins généralistes sur ces pathologies		
« L’annonce diagnostique est difficile car on dit au patient : vous avez une hépatite, c’est une maladie qui peut être grave, vous devez voir un spécialiste Il voit le spécialiste qui lui dit qu’il faut simplement une surveillance, qui ne lui donne pas de traitement et qui lui fixe un RDV de 4 à 6 mois... Après je suis perdue, je ne sais plus quoi dire aux patients, c’est grave ? Ce n’est pas grave ? C’est plus un problème de formation pour moi je crois ; je n’ai pas les compétences sur cette pathologie-là ... » « après je ne peux pas te dire grande chose, parce que je ne suis pas très pointue sur cette question ... ».		
Barrières linguistiques		
« ... quand vous êtes en consultation et qu’il y’a un monsieur ou une dame complètement largué(é) qui arrive, qui vous regarde, qui ne comprend pas un mot de français et qu’il n’a pas de traducteur, alors que vous en avez vu 4 devant et il y	« J’ai déjà eu des jeunes qui m’ont posé la question de savoir si nous avons des traducteurs je dis non... En Afrique il y a 52 nations je crois, et combien de langue, combien de sous-groupes régionaux. Ici l’an dernier nous avons eu 38	

<i>en a 6 derrière, c'est de l'énervement du médecin, et puis probablement du patient qui a le sentiment qu'il n'est pas compris, qu'on ne s'occupe pas de lui alors que ce n'est pas le cas. Il y'en a plein qui viennent nous voir et qui ne savent pas pourquoi ils sont là, alors que vous leur avez sûrement expliqué, mais je mets ça sur le compte de la barrière linguistique. On donne à chaque fois les codes ISM, on n'a plus les codes, ça ne marche pas, et ça c'est carrément insupportable. Je ne sais pas quel es le problème. Enfin moi j'ai autre chose à faire dans ma vie que de m'occuper de ces problèmes. C'est à l'hôpital de régler ce problème quoi, de mettre en place un système qui soit fluide. Avec ISM c'est vrai que ce n'est pas agréable et c'est moins fluide que s'il y avait un dialogue à 3. Le dialogue avec le téléphone, bon c'est mieux que rien mais ce serait bien de pouvoir fournir des interprètes mais il y'a tellement de gens avec des langues différentes que c'est compliqué »</i> <i>« Dans tous les hôpitaux il y a théoriquement un budget pour ISM, dans la pratique il n'y a en a pas donc on fait avec ce qu'on a ».</i> <i>« ... d'élargir l'accès à l'interprétariat à plus de structures que ce soit hospitalière ou associative. ».</i> <i>« Tu me vois entrain d'utiliser google traduction pendant ma consultation ? Non ! »</i>	<i>nationalités. Si dans une matinée tu as un pachtoun, un sénégalais, un russe, un bissau-guinéen, tu vas faire comment ? Tu vas recruter tous les linguistes de France ? Pour moi c'est un faux problème. Il y a beaucoup d'associations qui se focalisent là-dessus pour capter des financements ; mais ce problème là on ne peut pas le résoudre très fondamentalement.... Dernièrement il y a des collègues qui m'ont dit qu'ils ont un projet sur la traduction. Je dis mais c'est bidon pour moi c'est une incompétence, une méconnaissance de la réalité de la situation. Cet argent il vaut le mieux le mettre dans les structures d'hébergement ou dans le social. »</i> <i>« ... très honnêtement aujourd'hui avec google traducteur, la vie est belle »</i>
Difficultés financières	

« Dans le domaine du VIH, nous on est l'association la plus démunie de la région. On a au moins la moitié des malades du SIDA, au bas mot, et depuis le début de l'épidémie. C'est pour ça que l'on travaille aussi à la marge. Il y a énormément de moyens mais ces moyens sont répartis de telle sorte que ce n'est pas forcément les publics qui en ont le plus besoins qui en bénéficient. Nous bêtement si on avait les moyens on allait ouvrir un établissement d'accueil qui permet de capter les publics, de mettre la main sur eux, ils n'iront donc pas de gauche à droite... ».

Un membre actif et aussi clinicien dans une association note que : « Le VIH ne fait plus partie des priorités de l'ARS, ni même l'éducation thérapeutique, cela nous amène même à nous poser la question sur la pérennité même de notre association ; l'offre de prise en charge s'est tellement réduit que nous, nous avons récupérer seulement 15 patients de l'Hôpital Nord sur 200 patients en rupture de traitement depuis deux ans, les autres, ils sont perdus de vue, on ne sait pas là où ils sont... »

Selon ces mêmes structures, la situation ira en se dégradant : « ... moi ce que je constate c'est que les hôpitaux publics sont dans une situation financière difficile. Donc même en P.A.S.S, c'est de plus en plus restreint...Il y'a de plus en d'examens que tu ne peux pas faire faire parce que ça coûte de plus en plus cher ; donc la réponse insti qui était la P.A.S.S, aura tendance de plus en plus à se restreindre avec la situation financière des hôpitaux ».

Une proposition des structures serait « D'accentuer et développer les moyens des associations de terrain identifiées et ayant des compétences dans la prise en charge de ces publics. »

BIBLIOGRAPHIE

1. Kilmarx PH. Global epidemiology of HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. 2009 Jul ;4(4) :240–6. [[PubMed](#)], consulté le 29/04/2018
2. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis B virus infection : new estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*. 2012 ;30(12) :2212–9. [[PubMed](#)], consulté le 29/04/2018
3. Flichman DM, Blejer JL, Livellara BI, Re VE, Bartoli S, Bustos JA, Ansola CP, Hidalgo S, Cerda ME, Levin AE, Huenul A, Riboldi V, Treviño EM, Salamone HJ, Nuñez FA, Fernández RJ, Reybaud JF, Campos RH. Prevalence and trends of markers of hepatitis B virus, hepatitis C virus and human Immunodeficiency virus in Argentine blood donors. *BMC Infect Dis*. 2014 ;14 :218. [[Article PMC gratuit](#)][[PubMed](#)]
4. Mohd Hanafiah K, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis C virus infection : New estimates of agespecific antibody to hepatitis C virus seroprevalence. *Hepatology*. 2013 ;57(4) :1333–42. [[PubMed](#)]
5. **Quevauvilliers, Jacques, Perlemuter, Léon et Perlemuter, Gabriel.** *Dictionnaire médical de l'infirmière*. s.l. : MASSON, 2007. Vol. 7ème édition.
6. OMS. Dépistage, soins et traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : lignes directrices de l'OMS. 2014
7. Boesecke C, Grint D, Soriano V, Lundgren JD, d'Arminio Monforte A, Mitsura VM, *et al*. Hepatitis C seroconversions in HIV infection across Europe : which regions and patient groups are affected ? *Liver Int* 2015 ; 35 : 2384-91.
8. Carballo M, Maclean EC, Gudumac I, Van Damme P. Hepatitis C and migration : a public health challenge. *J Fam Med* 2016 ; 3 : 1065.https://icmhd.ch/wp-content/uploads/2016/07/Hepatitis-C-and-Migration_Journal-of-Family-Medicine_2016.pdf
9. Desgrees Du Lou a, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Eurosurveillance* 2015 ; 20 : pii=30065
10. Sahajian F, Voirin N, Vanhems P, Fabry J. Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C. *Revu Epidemiol Sante Publique* 2005 ; 53 : 25-42.

11. Ter Lydié N, Beltzer N, Fénies K, Halfen S, Lert F, Le Vu S. Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida : connaissances, attitudes, croyances et comportements. Saint-Denis : INPES, 2007.
12. Les PASS : des dispositifs indispensables dans un système de santé sous tension budgétaire. Pierru, Frédéric. 2011. Compte rendu de présentation, colloque PASS Aquitaine. p. 14/22.
13. E. Pilly. Maladies infectieuses et tropicales. 26^{-ème} éd. Vivactis Plus Paris ; 2018 : 976 p
14. Olivier Bouchaud. Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressource limitées. Guide de formation à l'usage des paramédicaux. Paris : Doin, 2011 ; 285p
15. Fédération, SOS Hépatites. Le foie et les hépatites. SOS Hépatites Fédération. [En ligne] 2013. [Citation : 17 avril 2014.]
16. **COMEDE**. Migrants /Etrangers en situation précaire, soins et accompagnement, guide pratique pour les professionnels. 2015. 537p
17. Comede. *La santé des exilés. Rapport Comede 2015*. Paris : Comede, 2016.
18. E. Pilly. Pathologies infectieuses chez les migrants. 26^{ème} édition. Vivactus Plus Paris ; 2018 : 720p.
19. **Veïsse, Arnaud**. Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil. *La santé de l'Homme*. INPES, Novembre-Décembre 2007, 392.
20. **Musso, Sandrine**. Dossier n°2-Regard sur ...La santé et l'immigration". *Bulletin Amades*, 64. [En ligne] 3 février 2009. <http://amades.revues.org/269>.
21. **Rapport Morlat 2017**. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : épidémiologie de l'infection à VIH en France. juillet 2017
22. Livre blanc. Accès aux soins des populations vulnérables pour l'hépatite C. Avril 2018. 84p
23. Dhumeaux D (sous la direction de). *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*. Rapport de recommandations 2014. Sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Paris : Éditions EDK/EDP Sciences, 2014. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf (cf. chapitre « Soins et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité »).

24. **Nicolas TANTI-HARDOUIN.** Inégalités Sociales de Santé [UE Evaluation médicale, M2P2]. 2017.
25. D. DEVICTOR. Le système de santé français [UE Organisation et financement des services de santé, M2P2] 2017.
26. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-B.asp> Consulté le 12/05/2018
27. Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV Infection : recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014) ; et Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
28. Dhumeaux D (sous la direction de). *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C*. Rapport de recommandations 2016. Sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Paris : Éditions EDK/EDP Sciences, 2016 : 548 p. http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2016.pdf
29. Burlet, Béatrice. L'éducation thérapeutique du patient. SOINS. Elsevier Masson, janvier/Février/ Mars 2012, 762.
30. Dr Phillipe TRUZE, Médecin coordinateur de l'Office Français d'Immigration et de l'Intégration, Entretien SANON Loetitia Avril 2018.
31. Sallé J. Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France] : Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie ; 2010. 129 p.
32. KIENDREBEOGO Sylvie. Le rôle de prévention en santé publique de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé médico-sociale de l'hôpital de la Conception (PASS Rimbaud) contre l'hépatite B chez les migrants d'Afrique subsaharienne. [Mémoire]. Marseille, juillet 2014.

33. Brixi O. Santé et migration. Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris, Flammarion Médecine-Sciences. 1999 ; :99-102