



# La santé des demandeurs d'asile et des réfugiés hébergés en CADA et CPH **EN 2008**



**ETUDE REALISEE A PARTIR  
DES FICHES DE VISITE MEDICALES**

**Direction de la Santé Publique**  
**Dr Marc WLUCZKA** Directeur de la Santé Publique, Médecin-chef  
**Dr Thierry KERN** Adjoint du Médecin-Chef  
**Avec la collaboration de Mme Assia M'JAMRI-BERTHOU**



## **I - INTRODUCTION et METHODOLOGIE :**

Comme pour les années précédentes, l'enquête s'est déroulée avec un léger décalage, du 15 février 2008 au 15 février 2009 de manière à prendre en compte l'inévitable délai entre la décision de l'OFPPA et la visite médicale proprement dite.

Le public visé est celui des demandeurs d'asile pris en charge par le Dispositif National d'Accueil (DNA) dont l'OFII gère la composante sanitaire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, et la partie hébergement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Ce dispositif se compose des CADA (Centre d'Accueil d'hébergement pour Demandeurs d'Asile), des CPH (Centre d'Hébergement Provisoire) et de structures provisoires ou transitoires rattachées à ce dispositif (exemple : AUDA). On doit relever que depuis 2003 de nombreuses structures transitoires sont devenues des CADA. Le dispositif comportait 217 structures en 2004, il en comportait 245 au 1<sup>er</sup> janvier 2006 et 271 au 31 décembre 2008 (totalisant 20410 places).

Le nombre de demandeurs d'asile progresse de 16,7% par rapport à 2007<sup>1</sup>. En 2008 les entrées ont cru de 7,7 % à capacité constante :

**12402 entrées**

Le mode de gestion des structures est presque toujours associatif. Parmi les structures de type «foyer» l'ADOMA et l'AFTAM sont les deux opérateurs prédominants. France Terre d'Asile, opérateur historique, est très présent dans les structures éclatées et en région Ile-de-France. Le groupement associatif « Forum Réfugiés » occupe une position comparable en termes de légitimité dans la région Rhône-Alpes.

Les personnes concernées par cette enquête sont essentiellement celles qui ont été admises dans un établissement dépendant du DNA en 2008, nommées « entrants », ainsi que celles qui ont quitté ces mêmes établissements *en ayant obtenu le statut de réfugié*, nommées « sortants » (c'est-à-dire pris en charge au titre de la Convention de Genève et non pas de l'ordonnance de 1945<sup>2</sup>).

Les fiches qui servent de base à l'enquête existent depuis 2003. Elles sont remplies par les médecins traitants pour les *demandeurs d'asile à leur entrée* dans les CADA<sup>3</sup> (fiche dite « bleue », des entrants). De même, les médecins traitants renseignent une seconde fiche dès lors que les

---

<sup>1</sup> Etat du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés en 2008-OFII- Avril 2009.

<sup>2</sup> Les personnes *régularisées* ou ayant bénéficié d'une APS pour soins ne sont pas incluses dans les « sortants »

<sup>3</sup> autant que possible dans les huit jours au maximum !

demandeurs d'asile obtiennent *le statut de réfugiés* (fiches dites « jaunes », des sortants).

Les demandeurs d'asile, et ceux obtenant le statut de réfugiés aussi bien que leurs familles sont concernés par l'enquête. La première visite médicale permet de faire accéder le demandeur d'asile et sa famille au parcours de soins en choisissant un médecin traitant et elle constitue le premier bilan de santé. La consultation de sortie permet, elle, de faire une synthèse médicale et d'évaluer l'impact individuel des mesures sanitaires mises en place sur la base de la visite d'entrée. L'étude constitue ainsi le reflet de la situation démographique et sanitaire à ces deux temps, le temps de leur admission comme demandeur d'asile jusqu'à celui de réfugié. Certains dossiers (entrant/sortant) peuvent concerner la même personne.

Pour les deux fiches, les items à renseigner sont identiques et les médecins déclarants sont les mêmes<sup>4</sup>, de manière à assurer une comparabilité optimale entre les deux séries de données.

La durée de séjour dans un CADA est très variable, et il peut arriver que la prise de décision, même rapide, par l'OFPRA ou la CNDA n'influe pas directement sur le *turn over* dans les centres d'accueil. En effet les problèmes administratifs, de travail et surtout de logement social en aval peuvent retarder la sortie des nouveaux réfugiés statutaires des CADA, pourtant souhaitée tant par les gestionnaires que par les intéressés.<sup>5</sup>

L'accroissement observé depuis 2006 du nombre des rejets par L'OFRA a eu pour conséquence moins attendue de rendre plus difficile... la sortie de CADA : les recours sont plus fréquents, alors même que ces établissements sont conceptuellement des lieux de transition. Par ailleurs, les réfugiés statutaires ne sauraient être invités à prolonger leur séjour en CADA et moins encore y être obligés.

Du coup, dès réception de leur titre, certains quitteraient très rapidement le CADA sans passer de visite médicale de sortie et sans passer par la plate-forme OFII de proximité où signé le contrat d'accueil et d'intégration (CAI). Une partie de ce problème pourrait cependant être amélioré par des contacts plus étroits et surtout plus institutionnalisés entre Direction OFII, Préfectures et CADA.

Dans cet objectif, le rapatriement de la visite médicale des réfugiés statutaires en direction des plateformes régionales OFII est en cours d'évaluation dans plusieurs régions.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> en règle générale

<sup>5</sup> et bien entendu les pouvoirs publics

<sup>6</sup> PACA, Languedoc Roussillon, Auvergne, Limousin, Poitou-Charentes, Nord-Pas-de-Calais, Haute et Basse Normandie.

## **II -EVOLUTION SUR 4 ANNEES :**

Comparaison du taux de fiches de visites médicales par année en fonction du nombre des « entrants » et des « sortants » communiqué par la DAI de l'OFII :

<b>ANNEE</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Entrants	10161	11810	11509	12402
Sortants	9142	10302	10724	11817
	<b>Fiches médicales</b>	<b>Fiches médicales</b>	<b>Fiches médicales</b>	<b>Fiches médicales</b>
Entrants	5796 (57 %)	6626 (56,1 %)	5476 (47,5 %)	8849 (71.35%)
Sortants	4719 (52,6 %)	2669 (25,9 %)	3196 (29,8 %)	4143 (82,9%)

L'analyse porte en 2008 sur la quasi totalité des personnes transitant en Cada.

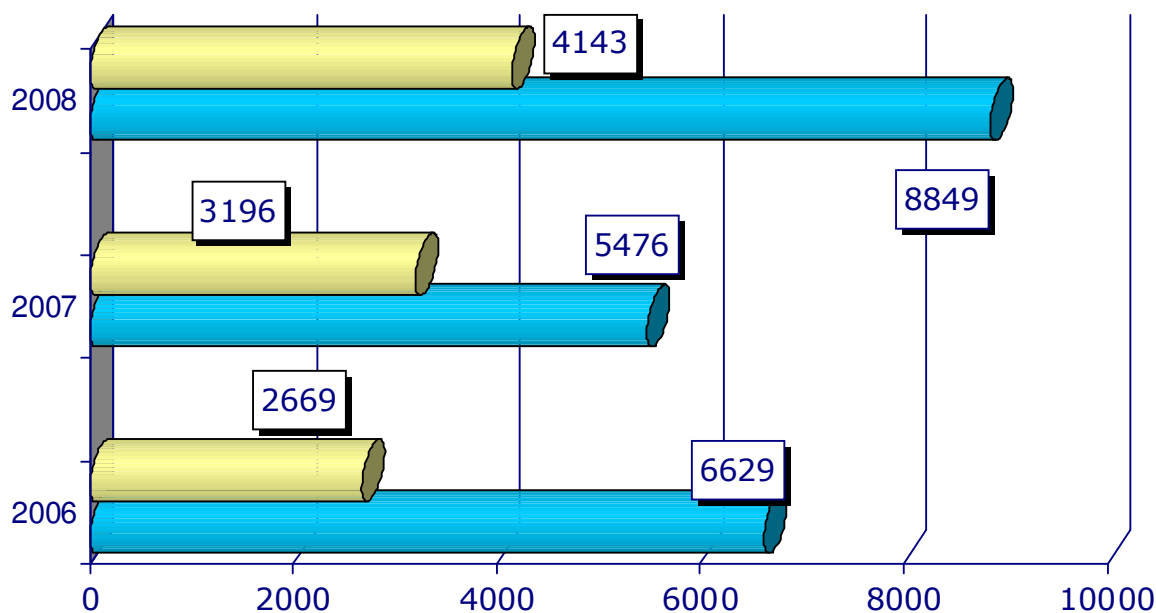
## **III - Objectifs de l'enquête:**

- Analyser et comparer l'état de santé des demandeurs d'asile à leur entrée en CADA et au moment de l'obtention de leur statut de réfugié.
- Evaluer le bénéfice pour leur santé de la prise en charge en CADA.
- Mettre en évidence les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontés les demandeurs d'asile en tant que population exposée à des risques spécifiques et envisager des solutions globales ou particulières adaptées à leurs situations
- Mettre en évidence les points forts et les points faibles du dispositif sanitaire français tel qu'il est par rapport aux problèmes de santé des demandeurs d'asile.

## **IV - RESULTATS DEMOGRAPHIQUES : STRUCTURATION DE LA POPULATION ETUDIEE.**

### **IV – 1 Répartition globale :**

Le secrétariat de la Commission Nationale d'Admission (CNA) a recensé 12402 entrées effectives représentant les demandeurs d'asile et 11817 sorties, dont 4999 réfugiés, et 2600 personnes en cours d'examen de statut.



**ENTRANTS en CADA** : L'analyse en 2008 porte sur **8849 fiches** de demandeurs d'asile entrant en CADA, (fiches dites bleues) , versus 5472 en 2007, soit une hausse de 61,7 % du nombre de visites médicales d'entrées renseignées.

Pour l'ensemble des CADA, les fiches médicales d'entrées recensées pour cette étude constituent 71,3% du total des personnes demandeuses d'asile accueillies en CADA (et pour lesquelles les résultats ont été renvoyés à la DSP).

Cette augmentation du nombre de dossiers recensés (+61,7%) est nettement supérieure à celle entraînée par la seule augmentation du nombre d'entrées observée sur l'année (+7%). Elle pourrait être due à un meilleur accès aux consultations en raison d'une sensibilisation plus grande des partenaires associatifs auprès des médecins traitants et hospitaliers, mais aussi au travail effectué par les référents sociaux pour que l'accès à la couverture maladie soit fait dans un délai correct. Cette ouverture des droits sociaux pose toutefois encore problème au niveau de certaines caisses locales.

**SORTANTS des CADA<sup>7</sup>** : L'étude porte sur **4143** fiches, dites jaunes, d'examen médical des réfugiés (sur les 4999 ayant obtenu ce statut), versus 3196 en 2007. La hausse observée est de 29,6%, et reflète là aussi un meilleur taux de passage de la visite médicale<sup>8</sup>.

Ces dossiers représentent 82,9 % du total des sortants reçus en consultation médicale, et dont les résultats ont été transmis à la DSP. Ce

<sup>7</sup> Par « sortants de Cada » on entend ici exclusivement les personnes sortant de CADA avec le statut de réfugié ou avec la protection subsidiaire. Les régularisés à un titre ou à un autre et, a fortiori, les personnes déboutées, ne sont pas incluses dans ce champ

<sup>8</sup> sous une forte pression du service mais aussi une meilleure communication sur les objectifs des fiches réalisées par la DSP et ses médecins coordinateurs de zone.

taux est donc très proche du nombre effectif des réfugiés et plus représentatif. Il est le témoin, comme pour la hausse observée chez les entrants, d'un meilleur taux de passage en visite médicale à ces moments clés du parcours des réfugiés. Il doit en résulter pour ces personnes une meilleure santé : toute action de prévention et de suivi passant inexorablement par ces examens, à terme l'amélioration des prises en charge abaissera le nombre de pathologies curables.

#### **IV – 2 - Répartition par zone**

5 Zones ont été définies en 2002 pour la France métropolitaine (seule concernée à ce jour par le dispositif).

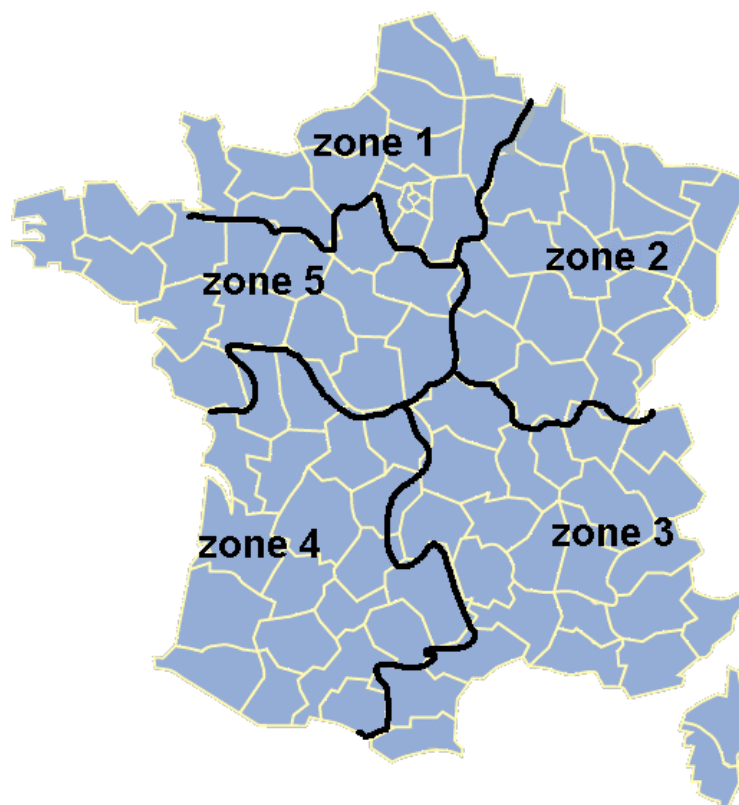
**Zone 1** : Cette zone comprend les régions Ile de France, Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Basse-Normandie, Picardie. Total 6098 places (**29,8% du total des places**) .

**Zone 2** : Cette zone comprend les régions les régions Alsace, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Franche-Comté, Lorraine Total : 4239 places (**20,7% du total**).

**Zone 3** : Cette zone comprend les régions Auvergne, Languedoc-Roussillon, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône-Alpes. Total : 4691 places (**24% du total**).

**Zone 4** : Cette zone comprend les régions Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes. Total : 2145 places (**10,5% du total**).

**Zone 5** : Cette zone comprend les régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire. Total : 3237 places (**15% du total**).



## **Admissions totales :**

Zone 1 : 3807 personnes-  
Zone 2 : 2323  
Zone 3 : 3341  
Zone 4 : 948  
Zone 5 : 1813.

La pyramide des nationalités au sein des CADA varie d'une zone à l'autre, et cela influe sur les types et la fréquence des pathologies qui y sont relevées.

Ainsi, la zone 1 regroupe plus de la moitié des personnes originaires d'Asie et aussi d'Afrique admis en CADA. La zone 3 accueille majoritairement des demandeurs d'asile venant des pays d'Europe de l'Est (28,3%).

Il est difficile de détailler plus car dans l'étude rentrent en jeu d'autres paramètres : structure familiale, célibataires ou mineurs par exemple.

## **Les demandeurs d'asile:**

En données générales d'admissions, et par nombre de dossiers de visite médicale reçus, la zone 1 prédomine sur les autres de par sa capacité d'accueil la plus forte du territoire. La zone 3 suit logiquement en raison aussi de ses capacités d'accueil, mais ici le nombre de dossiers d'entrants est plus faible que celui attendu, le « turn-over » en CADA étant moindre.

En plus de ces différences de capacité d'accueil, les taux de retours de dossiers à la DSP varient d'une zone à l'autre surtout pour les zones 3, 4 et 5:<sup>9</sup>

**Zone 1** : 30,7% du total des admissions et 30,7% du total des dossiers médicaux,

**Zone 2** : 18,7% du total des admissions et 18,7% des dossiers médicaux,

**Zone 3** : 26,9 % du total des admissions et 22,6% des dossiers médicaux,

**Zone 4** : 7,6% du total des admissions et 11,1% des dossiers médicaux,

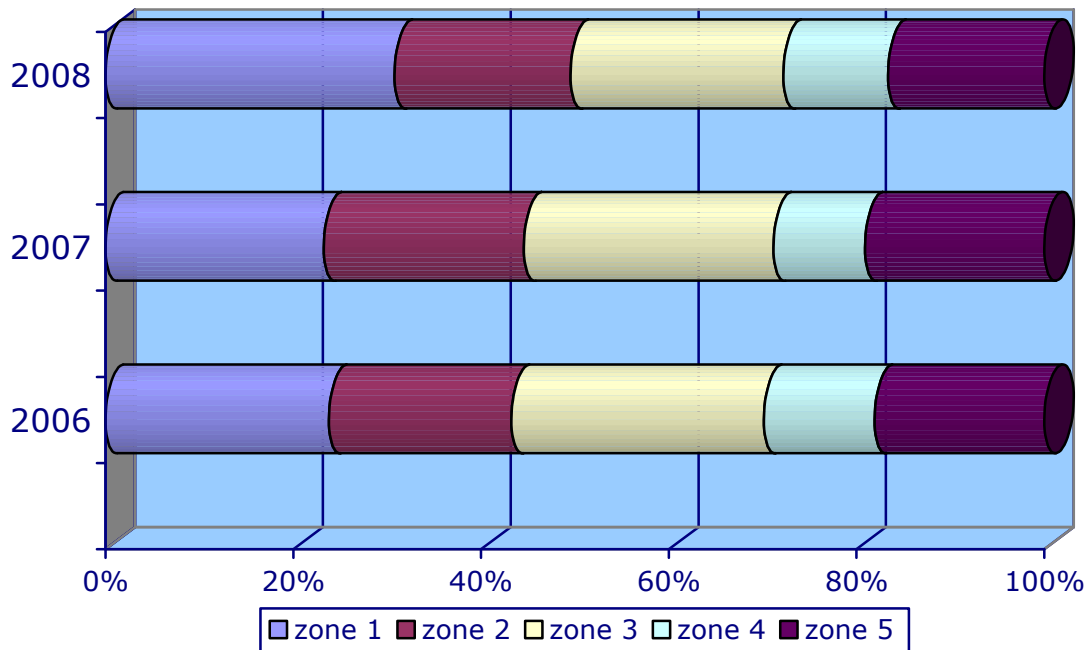
**Zone 5** : 14,6% du total des admissions et 16,6% des dossiers médicaux,

---

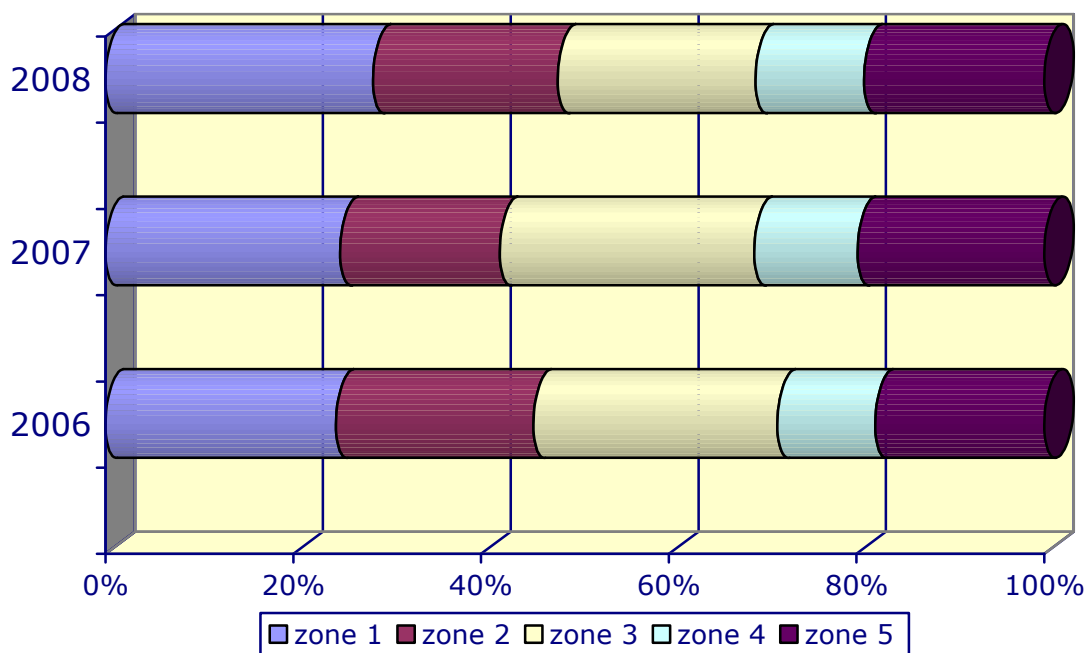
<sup>9</sup> Il n'y a pas d'explication plausible à ces variations observées, surtout pour celles de la zone 4, si ce n'est qu'il s'agit d'une zone restée assez longtemps sans médecin coordonateur titulaire...

## **REPARTITION DES DOSSIERS MEDICAUX PAR ZONE :**

**POUR LES DEMANDEURS D'ASILE (ENTRANTS)** En terme de retour d'information, rapporté aux volumes de dossiers par zone, ce sont les zones 1 et 4 qui marquent un net progrès avec respectivement 114% et 85% de plus pour cette année. L'augmentation concerne cependant toutes les zones : pour la zone 2, elle est de 42,2%, pour la zone 3 de 37,9% et pour la zone 5 de 40,9%.



**POUR LES REFUGIES (SORTANTS)** la zone 1 est également prédominante avec près du tiers des réfugiés en terme d'effectifs comme en nombre de dossiers médicaux reçus.



Ce n'est pas dans cette zone que la progression du nombre de dossiers retournés à la DSP est la plus forte (47,8%), mais dans la zone 2 (+50%). En zone 3 l'augmentation est seulement de 0,8%, en zone 4 elle est de 36% et en zone 5 de 25%.

### **IV 3 - SEX-RATIO :**

Le sex-ratio des deux populations (demandeurs d'asile et réfugiés) reçues en visite médicale est équilibré.

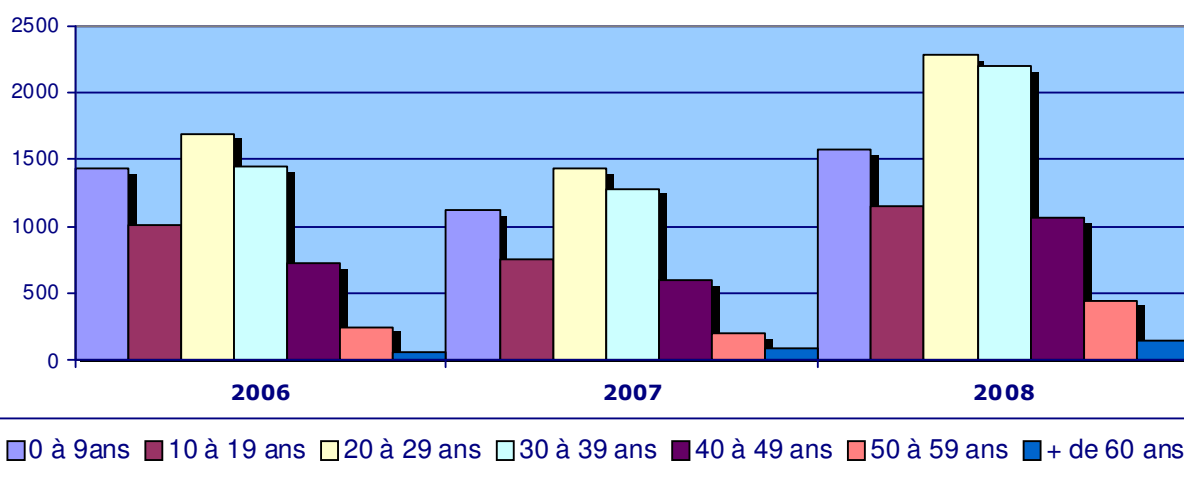
	<b>Demandeurs d'asile (N: 8849)</b>	<b>Réfugiés (N: 4143)</b>
<b>Hommes</b>	4696	2090
<b>Femmes</b>	4153	2053
<b>SEX-RATIO</b>	<b>1,1</b>	<b>1</b>

### **IV 4 - REPARTITION PAR CLASSE D'AGE ET SEXE :**

#### **Demandeurs d'asile :**

Les deux classes d'âge prédominantes d'une année à l'autre restent celles des 20-29 ans et 30-39 ans. Ce sont également celles qui ne varient que peu en pourcentage (respectivement 25,8% et 24,8%).

En revanche, les classes des 0-9 et 10-19 tendent à diminuer régulièrement depuis 2006 : celle des 0-9 ans baisse de 3,9 points et celle des 10-19 ans de 2,1 points : elles se situent respectivement à 17,7% et à 13% de l'ensemble des tranches d'âge cette année.

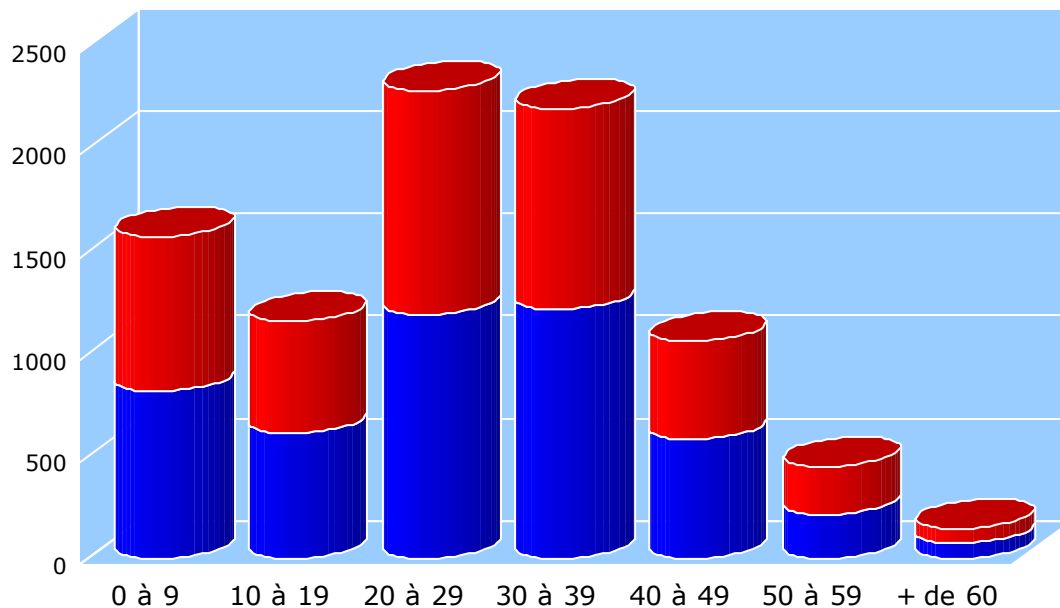


Le nombre de dossiers des « entrants » augmente et les caractéristiques de la répartition par tranche d'âge s'affirment.

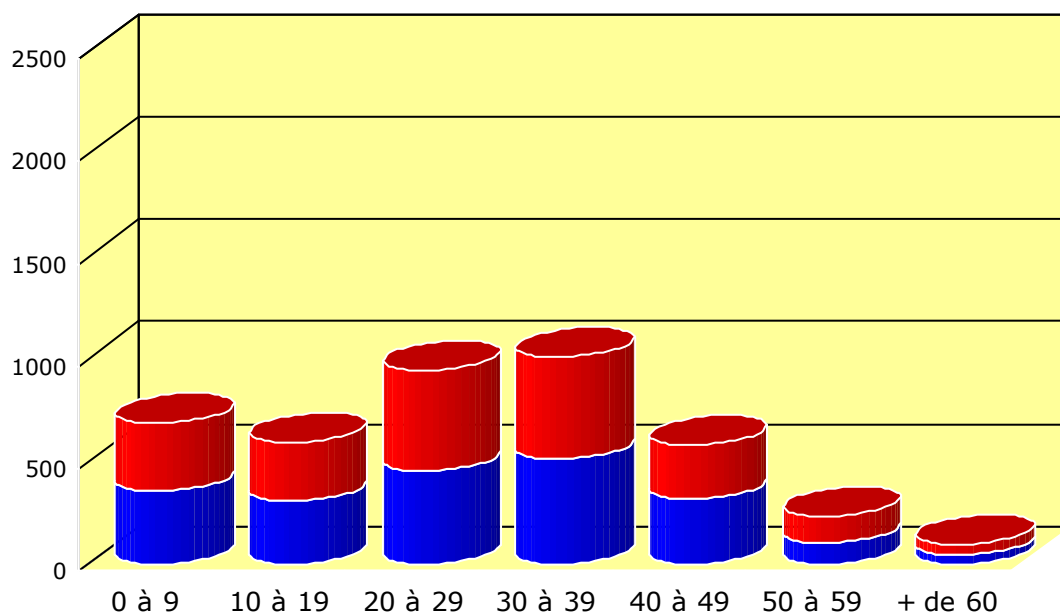
**POUR 2008 :**

**POUR LES DEMANDEURS D'ASILE,** en pourcentage les 20-29 ans représentent 25,8% des entrants, tous âges confondus, les 30-39 ans 24,8% , puis les 0-9 ans 17,7% et les 10-19 ans 13%.

**Il n'y a pas de prépondérance d'un sexe sur l'autre quelque soit la classe d'âge.**



**POUR LES REFUGIES** là aussi les tranches d'âge qui marquent une baisse sur ces deux dernières années sont les 0-9 ans (- 5,9%) et les 10-



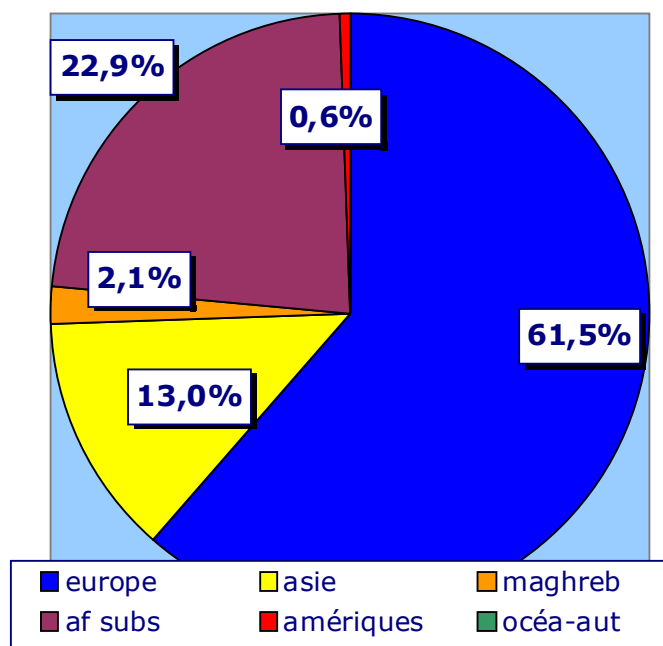
19 ans (-2,6%). Cette baisse est en lien avec la baisse observée dans ces tranches d'âge à l'entrée.

**Pour les deux populations**, les tranches de 0-9 et 10-19 ans représentent encore un tiers du total. Par contre, la variation des tranches d'âge de 20 jusqu'à 39 ans n'est pas significative pour avoir un impact sur la santé.

#### **IV – 6 - CONTINENTS D'ORIGINE:**

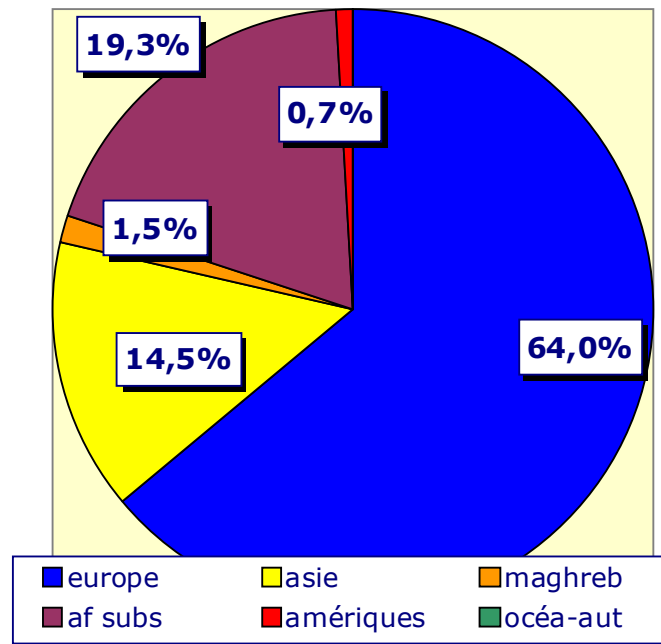
**Pour les demandeurs d'asile**, le nombre de personnes originaires d'Asie (13%) ne cesse de croître au fil des années et atteint près du double de l'an passé (7,8%). Une des raisons est l'accueil des ressortissants irakiens appartenant à des minorités en situation de grande vulnérabilité<sup>10</sup>.

- La part de l'Europe (61%) est encore cette année largement majoritaire : elle est constituée essentiellement de personnes issues de 4 pays : Russie (Tchéchènes principalement), Arménie, Serbie et Kosovo, dont 95% sont des familles avec enfants.
- Pour le Maghreb (2%), ce sont principalement des personnes venant d'Algérie.
- Du continent africain (23%), viennent principalement des personnes du Congo Brazzaville, puis de Guinée Conakry et enfin d'Angola. Sa part diminue de près de 3% en un an, (sur un nombre global de demandeurs d'asile en augmentation). La Colombie est le principal pays d'Amérique (1%) représenté chez les demandeurs d'asile.



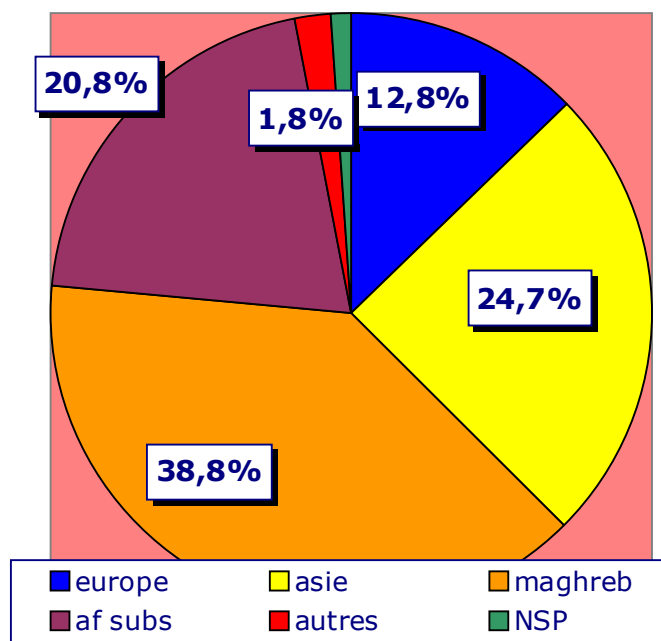
<sup>10</sup> Etat du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés en 2008-OFII-Avril 2009

**Concernant les réfugiés** la répartition par continent d'origine diffère assez peu de celle des entrants, sauf en ce qui concerne les personnes d'Afrique Subsaharienne (- 4 points par rapport aux demandeurs d'asile africains).



**Comparaison avec l'origine géographique des primo-migrants(2008) :**

L'enquête « semaines-données » de 2008 qui concerne l'analyse des visites médicales des primo-migrants permet, toute relativité préservée,

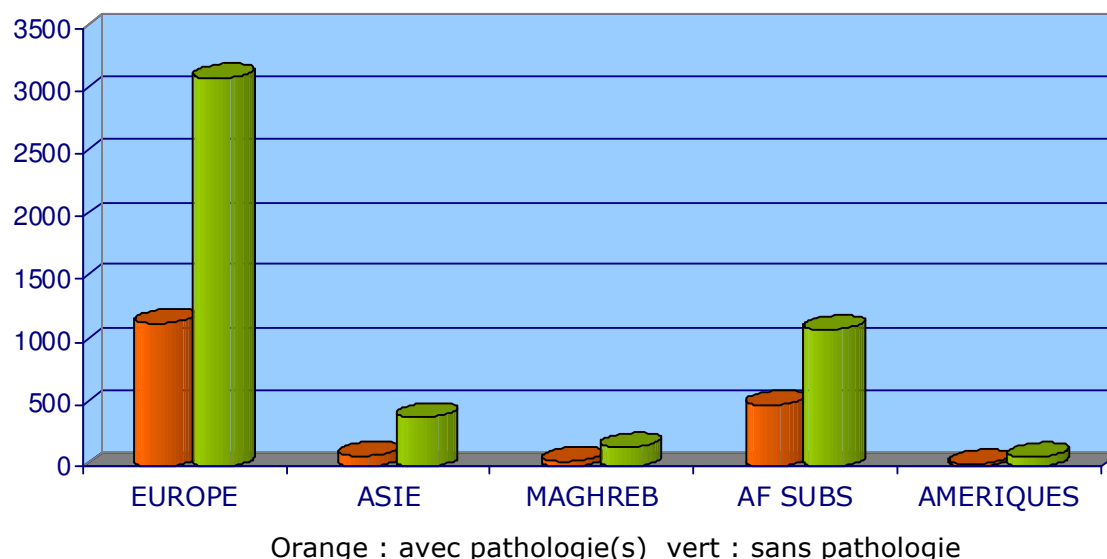


de mettre en avant **des différences hautement significatives**<sup>11</sup> dans les zones de migrations et donc de fixer des objectifs spécifiques (voir le Rapport de la santé des primo-migrants 2008).

## **V - ANALYSE DES MORBIDITES DANS LES CADA et CPH :**

### **V – 1 LES DEMANDEURS D’ASILE :**

Ce tableau reprend le nombre de dossiers médicaux notifiant l’existence d’une ou plusieurs pathologies, toutes maladies confondues (voir plus loin « les données pathologies » pour les particularités). Il rend compte d’une appréciation générale sur l’état de santé, permet la comparaison avec les années précédentes et évalue les mesures prioritaires à prendre.



### **Dossiers avec au moins une pathologie en 2008 : Comparaison avec les données de 2007 :**

	Europe		Asie		Maghreb		Afr.Subs		Amériques	
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
AVEC PATHO N et %	1148 <b>27%</b>	585 <b>17%</b>	88 <b>18%</b>	63 <b>15 %</b>	45 <b>22,4%</b>	20 <b>18%</b>	493 <b>31%</b>	328 <b>23,4%</b>	22 <b>2%</b>	7 <b>11%</b>
SANS PATHO (N)	3107	2873	396	360	156	92	1097	1073	77	48

<sup>11</sup> Sauf pour l’Afrique subsaharienne en apparence (de l’ordre de 20 % dans tous les cas). Mais il ne s’agit pas du tout des mêmes pays. Les primo-migrants sont issus en très grande majorité du Maghreb (39%). L’Asie cette année est en augmentation, comme l’an passé.

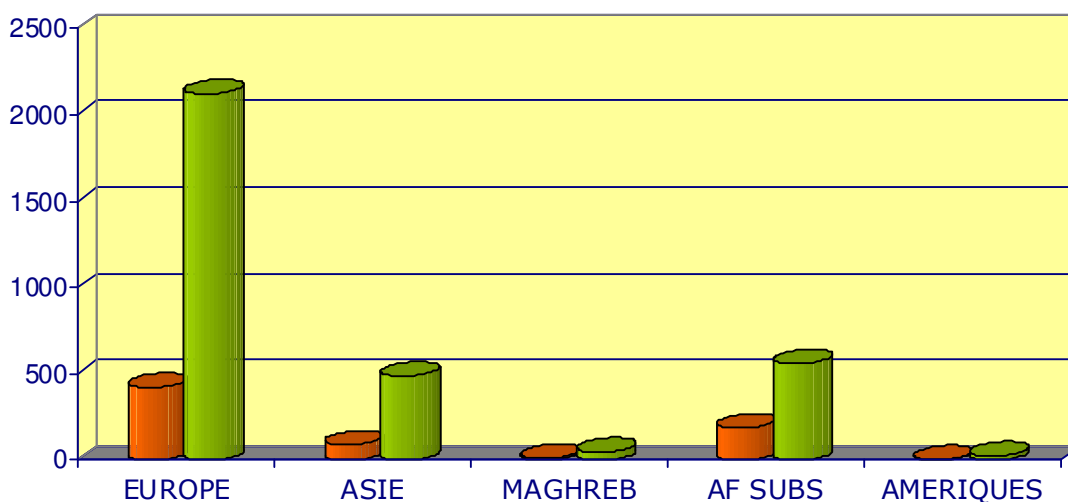
Comme les années précédentes les personnes d'Afrique Subsaharienne sont celles ayant le plus de pathologies (antécédents ou actuelles), suivies par les demandeurs d'asile en provenance d'Europe.

La comparaison entre 2007 et 2008 montre des **différences marquées** : contrairement à 2007 où une baisse du nombre de dossiers médicaux avec pathologie(s) était notée (-10,6% tous continents confondus), les pourcentages sont cette année tous en augmentation (+3,3% en moyenne), mis à part pour la zone Amériques mais sa faiblesse numérique rend les résultats peu significatifs.

La répartition n'est pas uniforme puisque la progression du nombre de dossiers des demandeurs d'asile porte essentiellement sur l'Europe, alors que ceux du continent Africain baisse. Cependant pour ceux-ci le nombre de dossiers avec pathologie(s) rapporté au nombre total de dossiers concernant les personnes en provenance de ce continent augmente de près de 8% : sans doute la qualité des retours de dossiers s'est améliorée sur certains points, mais on ne peut exclure l'hypothèse d'une baisse significative de l'état de santé des demandeurs d'asile africains <sup>12</sup>

Autre constat entre les périodes 2006-2007 et 2007-2008, l'amplitude des variations du nombre de dossiers à l'intérieur de chaque zone géographique, est comparable. <sup>13</sup>

## **V – 2 - LES REFUGIES:**



La plus forte prévalence de pathologies notées en sortie de CADA concerne, sans surprise, les personnes d'origine africaine, mais avec une

<sup>12</sup> analysé plus loin au chapitre « dossiers par zone géographique »

<sup>13</sup> ceci pourrait indiquer une certaine constance de la qualité du renseignement des fiches entrées/sorties

amélioration de leur état de santé : une diminution de 6% de dossiers avec au moins une pathologie est observée à leur sortie.

**Globalement tous les cas avec pathologie(s) et quelque soit le continent d'origine, sont en baisse.** La plus forte baisse à la sortie des Cada concerne les personnes en provenance d'Europe (-10,4%) et la plus faible l'Asie (- 2,8 %).

**Dossiers avec au moins une pathologie en 2008. Comparaison avec les données de 2007 :**

	Europe		Asie		Maghreb		Afr.Subs		Amériques	
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
<b>AVEC PATHO (N et %)</b>	422 <b>16,6%</b>	234 <b>11,9%</b>	89 <b>15,4%</b>	34 <b>10%</b>	11 <b>19%</b>	9 <b>10,6%</b>	187 <b>25%</b>	95 <b>12,7%</b>	3 11%	3 7,9%
<b>SANS PATHO (N)</b>	2123	1736	488	303	47	76	560	652	25	35

Comparé à l'année 2007 le nombre de dossiers présentant au moins une pathologie à la sortie des cadas **augmente de 6,7%**. Ce chiffre doit être néanmoins relativisé en fonction de l'augmentation de 29,6% des visites de sorties en 2008 (et avec plus de 8 réfugiés sur 10 qui passent cette visite).

**VI - PRINCIPALES PATHOLOGIES OBSERVEES**

Certaines personnes peuvent être porteuses de plusieurs pathologies. Ce qui suit porte donc sur le nombre de pathologies (classées par catégories) et non sur un nombre de personnes.

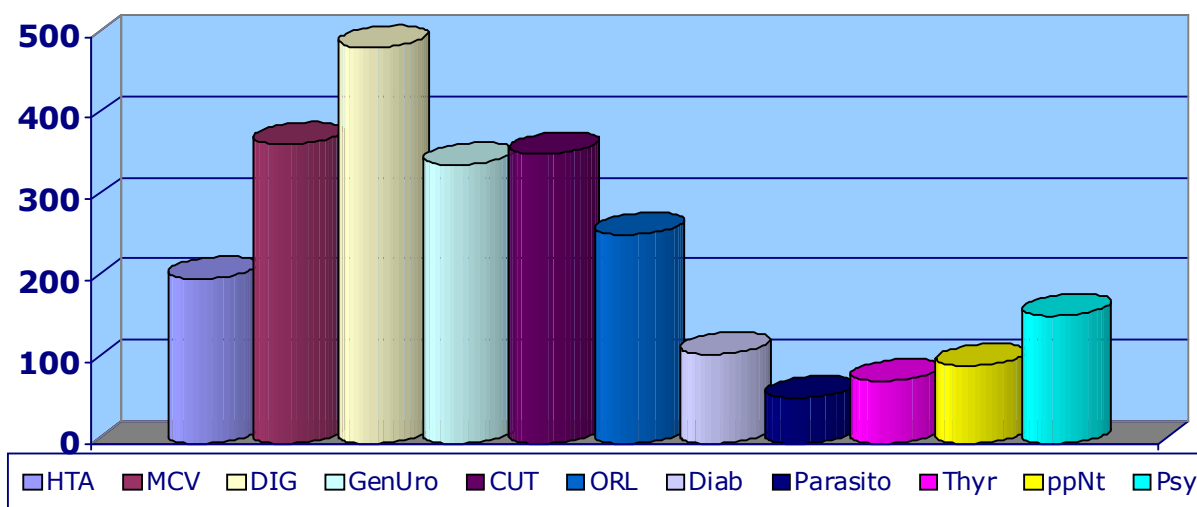
Les pathologies les plus fréquemment relevées sont les moins spécifiques (MCV, appareil digestif, ORL, dermatoses... etc.) et sont parfois chroniques.

Le dépistage dès l'entrée va permettre une prise en charge ciblée qui aboutit logiquement à une diminution de la prévalence des maladies non chroniques à la visite de sortie.

**VI – 1- Pathologies notées à l'entrée chez les demandeurs d'asile :**

Comparé à 2007, l'ensemble du nombre de cas dans chaque catégorie de pathologies augmente, ce qui est en lien avec l'accroissement du nombre de dossiers 2008. Par contre, on note que leur valeur en pourcentage est stable dans la population examinée d'une année à l'autre.

## Répartition des pathologies des demandeurs d'asile à l'entrée en Cada :



Par exemple, le taux d'HTA dépisté était de 2,4% (134 cas) en 2007 et est de 2,3% en 2008 (203 cas), celui du diabète de 1% (55 cas) en 2007 et de 1,2% (110 cas) cette année.

Ceci concerne quasiment toutes les pathologies, mis à part pour les 3 suivantes où nettement plus de cas par dossiers sont dépistés en 2008 :

- Maladies thyroïdiennes, dont la fréquence est supérieure de 57% à celle attendue : 77 dysthyroïdies relevées sur les 49 attendues (en volume de dossiers médicaux)

- Pathologies pulmonaires avec 96 cas sur les 50 attendus : + 92%.

**- Et, fait notable car ces dépistages sont plus complexes, une augmentation de 33% des cas de troubles psychiques/psychiatriques avec 157 cas sur les 118 attendus.**

En pratique et sur ce dernier point, 2008 à été une année où à débuté un travail sur les troubles psychiatriques, principalement en rapport avec les difficultés de prises en charge des personnes accueillies en CADA.

Il faut voir surtout dans ces résultats une approche mieux systématisée de l'état de santé des demandeurs d'asile, notamment grâce aux efforts effectués par les CADA. C'est notamment parce qu'un travail sur cette question est entrepris, que l'on peut mieux appréhender les apparitions isolées ou récurrentes de maladies psychiques au sein de cette population migrante.

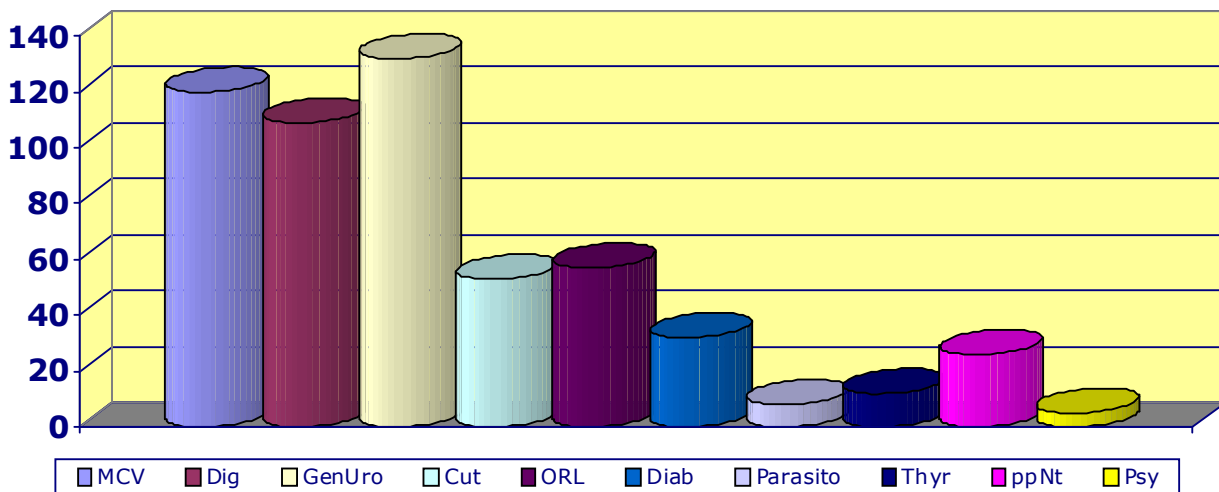
A ce propos on doit malheureusement ajouter que « mieux dépisté », ne signifie généralement pas que la prise en charge soit l'objet d'un suivi plus aisé. L'analyse des pratiques dans ce domaine se poursuit donc.

### **De façon détaillée pour les entrants :**

Les personnes originaires d'Afrique souffrent plus de maladies cardio-vasculaires (4,7% d'entre eux), de pathologies digestives (7,9%), pulmonaires (1,5%), de maladies cutanées (5,6%) et de parasitoses (1,9%) que les demandeurs d'asile d'autres continents.

Par contre ils présentent moins de dysthyroïdies, d'HTA et de diabète que les personnes originaires d'Asie.

### **VI – 2 - Répartition des pathologies des réfugiés relevées à la sortie des CADA**



En fin de prise en charge en CADA, la baisse du nombre de dossiers avec pathologie(s) comparé à celui à l'entrée, est globale et porte également sur l'ensemble des catégories de maladies curables.

Le nombre de pathologies chroniques, mieux dépistées sur la durée et qui donc augmente, contre-balance les résultats bruts (sauf en ce qui concerne les pathologies psychiques/psychiatriques). Tout ceci est lié à l'inscription dans la durée de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des réfugiés, comme à la protection sociale mise en place et aux orientations médicales.

Cette baisse est particulièrement marquée concernant la pathologie psychique / psychiatrique, puisqu'elle passe de 157 dossiers à l'entrée à 5

à la sortie (pour une durée médiane de séjour de 580 jours). La raison n'en est pas étayée.<sup>14</sup>

### **De façon détaillée pour les sortants:**

Les différences observées entre la consultation d'entrée et celle de la sortie portent sur :

- une diminution du nombre de maladies curables comme les atteintes uro-génitales(-3,2%), dermatologiques (-6,2%), ORL (-2,1%), parasitologiques (-1%) et des dysthyroïdies (-1,5%).

- mais une augmentation des maladies chroniques dépistées et prises en charge : maladies cardio-vasculaires (+2%), Hyper Tension Artérielle (+4,5%) et diabète (+1,5%).

### **VI – 3 - GROSSESSES :**

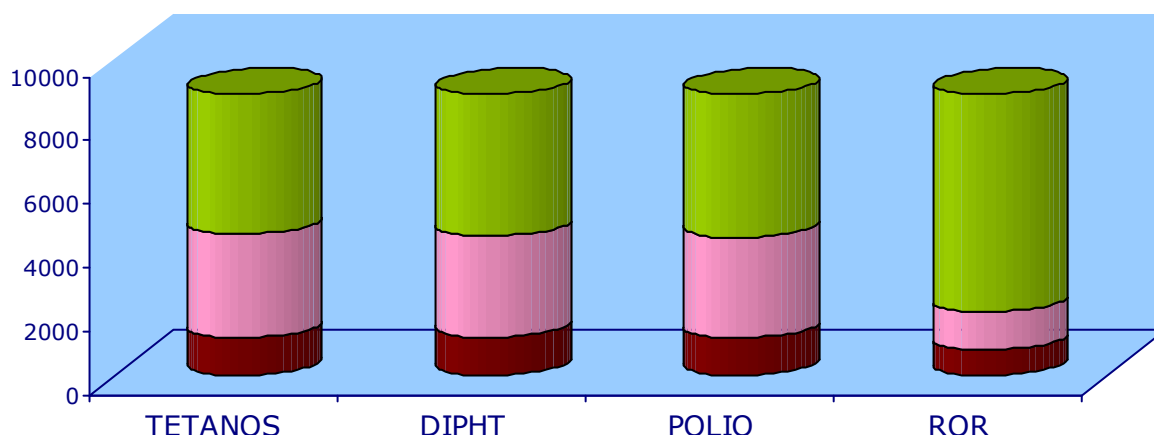
Lors de l'entrée en CADA, sur les 2850 femmes de 15 à 50 ans en âge de procréer **9,5%** (270) sont enceintes dont :

- 29,2% au premier trimestre, 35,5% au deuxième, et 27,4% au troisième (et 7,7% dont le terme n'est pas précisé).
- 28,5% sont africaines, 7% asiatiques et 62,2% européenne.

Lors de la sortie de CADA, sur 2053 femmes en âge de procréer **4,6%** (95) sont enceintes. Parmi ces grossesses 32,6% sont au premier trimestre, 43,1% au deuxième, 20% au troisième et 4,2% non précisé.

### **VI – 4 - LES VACCINATIONS**

#### **VI – 4 – 1 - Statut vaccinal des demandeurs d'asile :**

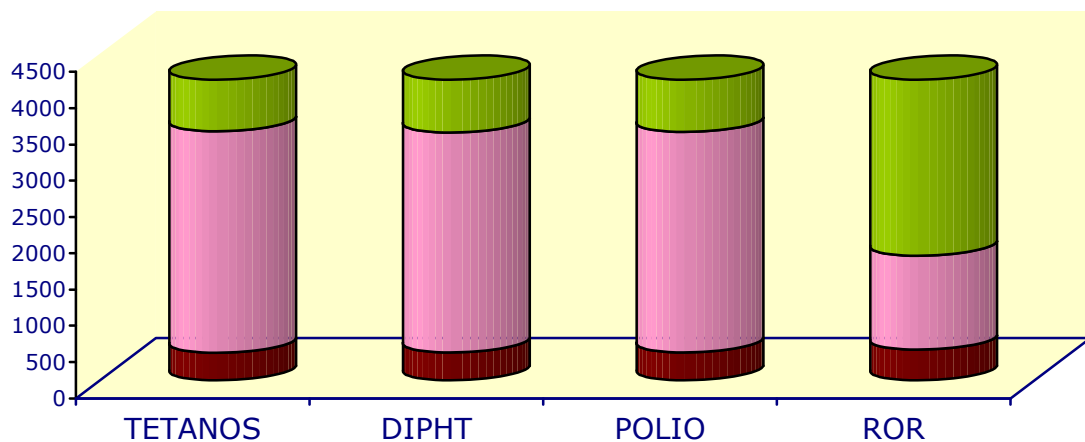


<sup>14</sup> Pour mémoire, l'analyse des dossiers 2007 soulignait le déficit de diagnostic des troubles psychiques à l'entrée des Cadas, ce qui a conduit la DSP à ouvrir un travail sur cette question dès 2008

La mise à jour des vaccins est bien mieux réalisée chez les enfants en raison de l'obligation scolaire et le point est donc systématique chez eux. Néanmoins la situation à l'entrée des cadras est plutôt mauvaise, adultes et enfants confondus, comme l'indique le tableau :

Cette donnée est cependant très insuffisamment renseignée par certains médecins dans les dossiers des demandeurs d'asile (avec une moyenne d'à peine un cas sur deux) et ne permet pas de reporter l'évolution entre l'entrée et la sortie, mais reflète bien un désintéressement pour cette question de santé préventive.

#### **VI -4 - 2 - Statut vaccinal des réfugiés :**



Les résultats de cette année montre une chute prononcée du taux de couverture vaccinale, quelque soit le vaccin. Classiquement, et pour les années antérieures, la différence entre le statut vaccinal à l'entrée et celui de la sortie se réduisait de telle sorte que les taux atteignent plus de 80% de couverture à la sortie. De même, les « NSP » sont habituellement majoritaires, ce qui n'est pas le cas ici (hormis pour le ROR) où les « non à jour » prédominent nettement. Nous avons donc des données mieux renseignées avec un sérieux déficit de couverture vaccinale.

#### **VII - BCG, Tubertest et radiographie de thorax.**

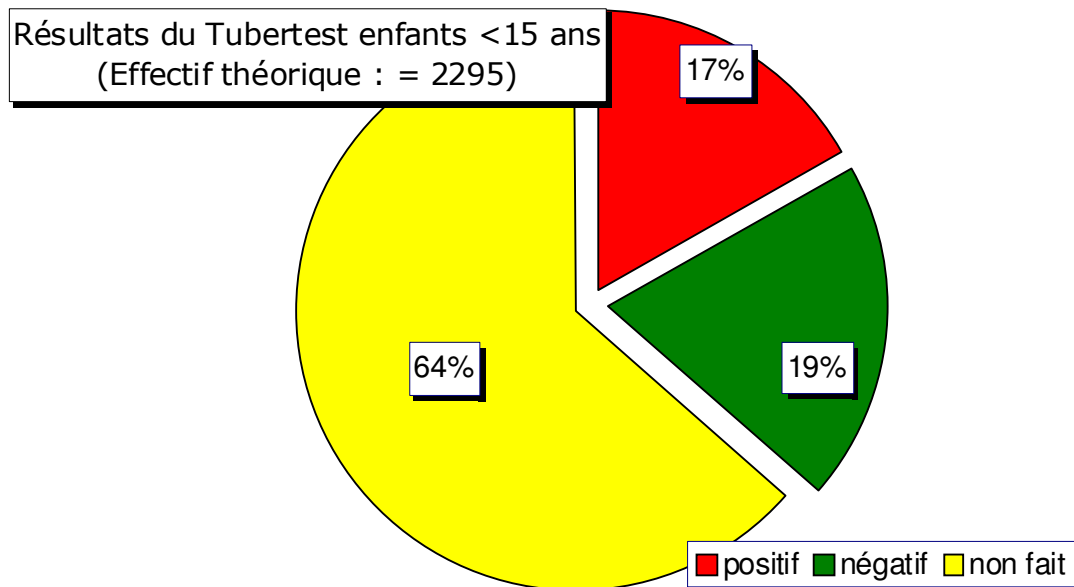
##### **VII - 1 - TUBERTEST <sup>15</sup>**

Les recommandations concernant le dépistage des infections et de la maladie tuberculeuse chez les migrants portent sur le cliché pulmonaire systématique à l'entrée (puis régulièrement), et sur le Tubertest chez les enfants de moins de 15 ans et leur vaccination BCG selon leur statut antérieur et le résultat du test.

<sup>15</sup> = IDR, skin test, « Mantoux »

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans est de 2295 parmi les demandeurs d'asile : **seulement 845 enfants ont bénéficié d'un Tubertest, soit à peine un peu plus du tiers de ceux qui devraient être dépistés.**

Voici les résultats des enfants en familles de demandeurs d'asile <sup>16</sup>:



Compte tenu des chiffres de prévalence et des taux d'incidence de la tuberculose maladie au sein des populations migrantes, mais aussi des recommandations<sup>17</sup>, qui ont été reprises dans le Plan National de 2007, ce manque de dépistage au sein des CADA pose un vrai problème. La plupart des enfants étant suivis chez le médecin de ville et/ou les PMI, c'est donc auprès d'eux qu'un travail doit être entrepris, mais aussi auprès des référents santé présents dans les CADA.

### **Taux de couverture par le BCG (rapporté au nombre de dossiers bien renseignés) :**

Les données sur la couverture vaccinale par BCG souffrent du **nombre très important de dossiers non renseignés**. Sans tenir compte de ces dossiers (qui inclut des cas où le BCG est fait et d'autres non), le taux est évalué à 31,6% chez les demandeurs d'asile, tous âges confondus, et à 49,4% chez les moins de 15 ans.

Il n'y a pas de notion de « rattrapage » vaccinal systématique les concernant.

<sup>16</sup> Les cas positifs incluent les Infections Tuberculeuse Latente.

<sup>17</sup> DGS. Groupe de travail tuberculose et migrants : « Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France » 07/06/2005

## **Radiographie thoracique de dépistage :**

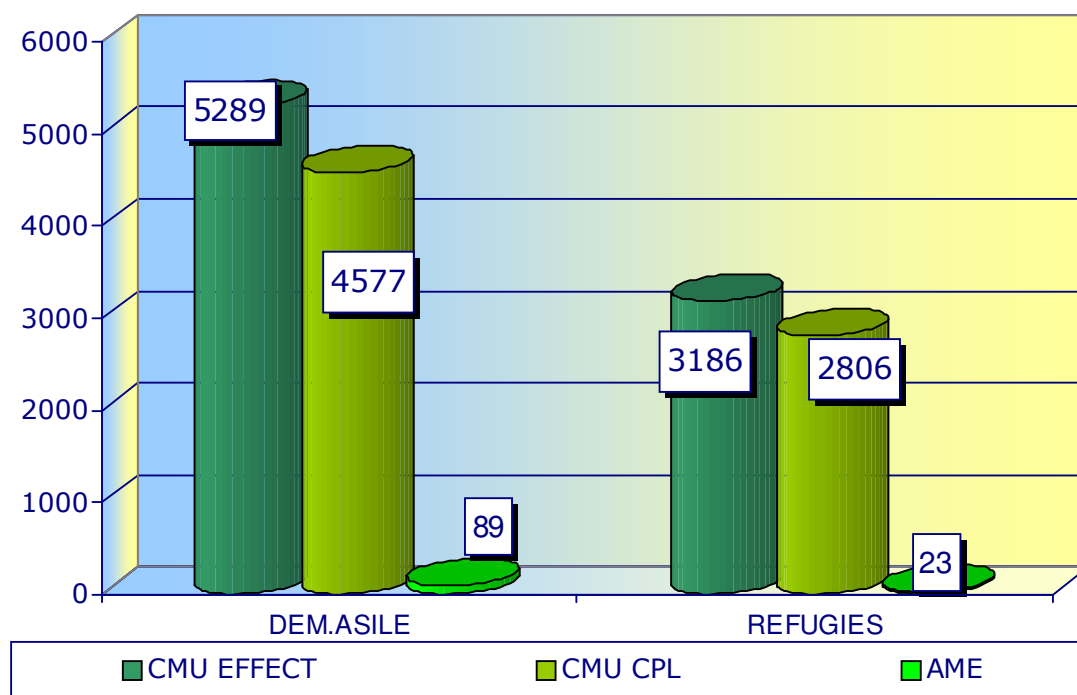
Elle doit être systématique à l'entrée du CADA, hormis chez les enfants de moins de dix ans vacciné par le BCG et ne présentant pas de signes cliniques respiratoires. Le rattrapage entre l'entrée et la sortie est correctement effectué si on tient compte des enfants de moins de 10 ans qui représentent 16% des réfugiés.

<b>Radio Thorax</b>	<b>Faite</b>	<b>Non renseigné</b>
Dem. asile	6462 (73%)	2387
Réfugiés	3483 (84%)	660

## **VIII - LA PROTECTION SOCIALE :**

Parmi les objectifs du DNA figure la promotion de l'accès aux soins des demandeurs d'asile.

Or, des difficultés d'accès à une couverture maladie dans certains départements<sup>18</sup>, souvent liés à des particularismes et des pratiques locales des CPAM, compliquent encore parfois la situation médicale des demandeurs d'asile.



De

<sup>18</sup> L'accès à la CMU et aux soins des demandeurs d'asile hébergés dans le DNA. Enquête flash auprès d'un échantillon national de CADA. Dr. C. FORTIN et Dr. M. WLUCZKA, DSP OFII. Mai 2009

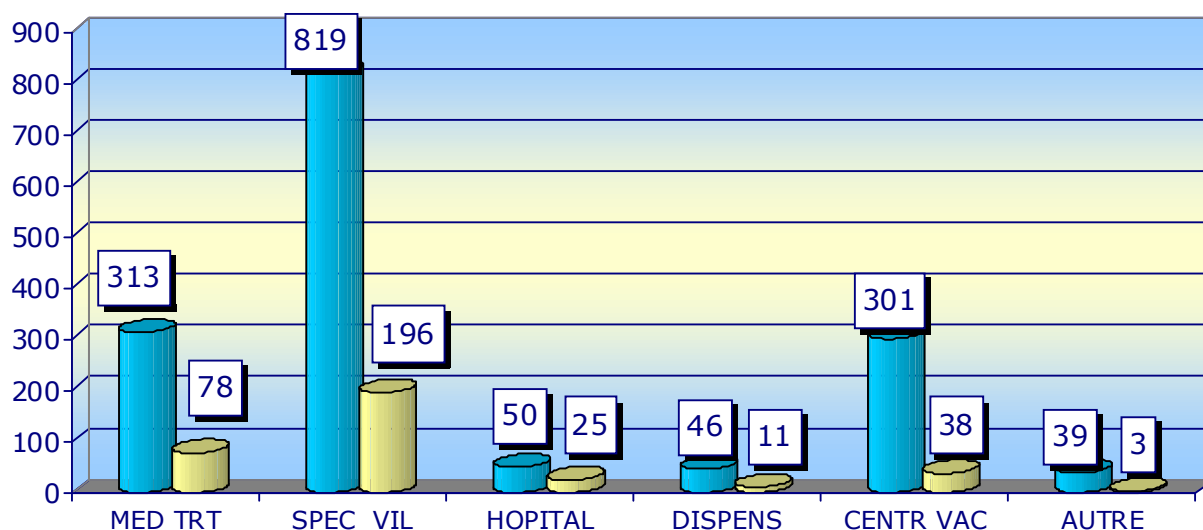
très nombreux demandeurs d'asile n'arrivent pas directement dans les CADA, et disposent donc déjà d'une couverture sociale.

A leur admission 59,8% ont une CMU (**5% de moins qu'en 2007**) et 51,7% une CMU-C (**7% de moins qu'en 2007**). La proportion des dossiers non renseignés est d'environ d'un tiers.

Cette protection sociale s'améliore avec la prise en charge en CADA : les accompagnements sociaux permettent souvent de franchir plus facilement certaines étapes. Les taux à la sortie sont de 76,9% de CMU dont 67,7% de CMU-C, **plus faible de 2 points dans les deux cas qu'en 2007 avec une exhaustivité meilleure.**

## **IX- ORIENTATIONS**

La visite d'entrée et la visite de sortie se traduisent dans les deux cas par une proposition d'orientation en matière de prise en charge sanitaire. Cette éventualité a été fortement renforcée en 2005 par l'application aux demandeurs d'asile des dispositions légales sur le choix du médecin traitant.<sup>19</sup>



Les demandeurs d'asile qui viennent d'être admis en CADA sont reçus par le médecin traitant qu'ils choisissent ou par un médecin des centres de santé, ou tout autre moyen de bénéficier d'une visite médicale avec cliché thoracique. Les enfants sont dirigés sur les PMI, notamment pour la mise à jour des vaccins. Plutôt pour les spécialistes (819 personnes soit 9,2% des demandeurs d'asile) quand il s'agit des pathologies chroniques

<sup>19</sup> Il est utile de rappeler ce que nous écrivions (déjà) à propos des chiffres de l'année **2004** et qui reste toujours pertinent et actuel : « les orientations n'ont pas les mêmes conséquences : à l'entrée, l'orientation se fera forcément sous la supervision du médecin traitant. A la sortie, le demandeur d'asile, devenu réfugié, est libre de s'installer où bon lui semblera, et il devra se chercher un médecin traitant au cas où il quitterait le lieu où il était hébergé. Dans ce cas, l'orientation va coïncider avec une rupture inévitable dans la continuité d'une prise en charge.

*Ce phénomène – inévitable – peut expliquer en partie la réticence de certains demandeurs d'asile à s'éloigner, même pour être admis dans un CADA, de la région dans laquelle ils se trouvaient depuis leur arrivée en France, quand bien même leurs conditions d'hébergement étaient précaire et même indignes. »*

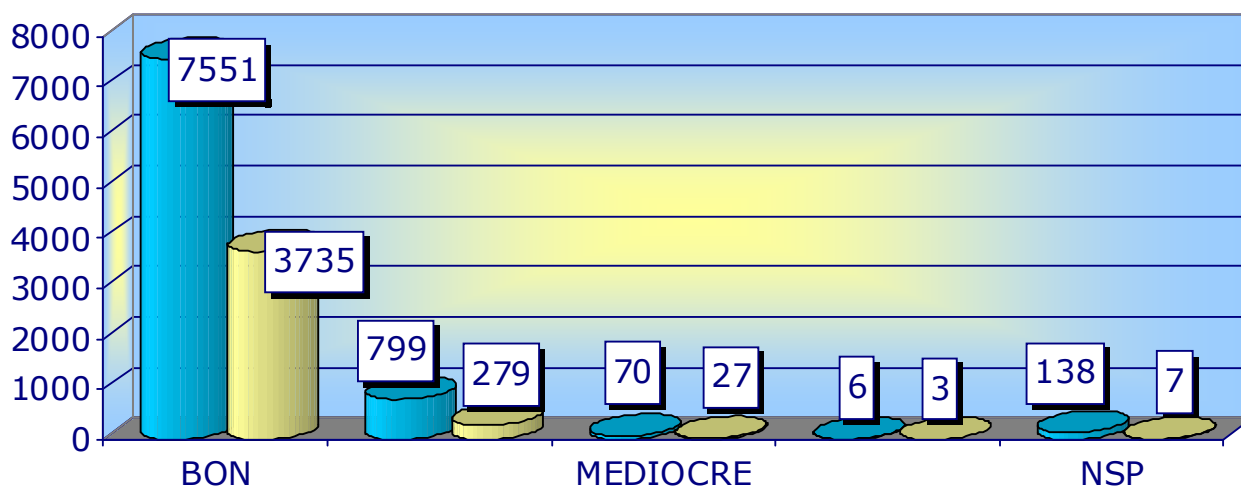
décrites plus haut. Très rapidement ces orientations diminuent puisqu'à la sortie le taux chute de moitié (4,7%). Même remarque concernant les visites chez le médecin traitant dont les orientations à la sortie chutent également de moitié.

Malgré un faible nombre de dossiers renseignés, ces résultats sont de bons indicateurs d'un certain degré d'amélioration sanitaire.

Le problème signalé plus haut concernant le taux de couverture vaccinale ne trouve pas de réponse ici, puisque les orientations de sortie sur les Centres de vaccinations ne totalisent pas même 1%...

## **X - APPRECIATIONS SUBJECTIVES DE L'ETAT DE SANTE**

Aussi subjectives que puissent être tant la question que la réponse, et peut être précisément à cause de cette subjectivité, il est intéressant de connaître l'appréciation générale des médecins traitants sur cette



population que la plupart connaît en principe bien.

L'état de santé des personnes entrantes est considéré comme bon pour 85,3 % d'entre eux, moyen pour 9% et médiocre ou insuffisant pour moins de 1 %. Ces pourcentages sont respectivement de 90%, 6,7% et 0,7% lors de la visite de sortie. Cet item est même un des rares à être si bien renseigné...95,3% de dossiers renseignés à l'entrée et 97,6% à la sortie.

## CONCLUSION :

En 2008 il existe 271 structures d'hébergements dans le DNA, tous situés en métropole. Par elles transitent les personnes demandeuses d'asile dans l'attente de leur statut.

12992 dossiers médicaux sont inclus dans cette étude, dont les items sont relevés chaque année par les médecins lors des consultations à l'entrée en cada et à la sortie. Ces 12992 dossiers se répartissent en 68% concernant les demandeurs d'asile et 32% les réfugiés.

L'exhaustivité de l'étude a continué à augmenter de façon régulière pour les demandeurs d'asile depuis 2003, mais elle a enregistré une forte augmentation chez les réfugiés en 2008. Cette amélioration notable tient au taux élevé de recueil des dossiers en 2008 : plus de 71% de retour d'informations pour les demandeurs d'asile et **plus de 82% pour les réfugiés, taux jamais atteint auparavant.**

L'analyse des données démographiques (évolution des entrées par zones, par continents d'origine, par classe d'âge...) montre que les zones géographiques d'origine des personnes hébergées en CADA restent les mêmes d'une année sur l'autre *par ordre d'importance* <sup>20</sup>. Il se confirme cependant une tendance à l'augmentation de la part de l'Asie, et à la diminution de celle de l'Afrique.

Les tranches d'âges sont peu modifiées, les 20-29 et 30-30 ans représentent toujours un peu plus de la moitié des effectifs. Tout juste il y a-t-il une baisse des 0-9 et 10-19 ans relevée sur les fiches médicales à l'entrée et à la sortie.

Concernant ces mineurs, les données permettent de pointer l'insuffisance des vaccinations réalisées en CADA, l'insuffisance d'orientation sur les centres de vaccinations, mais aussi trop de fiches non renseignées sur ce sujet...

De même la réalisation des dépistages des Infections Tuberculeuses Latentes est **très loin** des résultats escomptés dans le contexte de vie en collectivité que représente un CADA. D'autant que cette population présente un taux de prévalence de la tuberculose maladie très élevée : la faute à une moindre connaissance et/ou application des recommandations ? A des pratiques très variées selon les médecins ? A des réticences ? L'étude ne permet pas de trancher.

---

<sup>20</sup> Europe, Afrique Subsaharienne, Asie, Maghreb puis Amériques

Ce problème relevé dans le présent rapport, comme celui de la couverture BCG chez les enfants, devra être une des actions cibles mise en œuvre dans le contexte de la lutte contre la tuberculose.

L'analyse des pathologies fait également ressortir la question des **prises en charge psychiatriques, dont le taux augmente fortement cette année** et avec un résultat à la sortie apparemment positif. Les problèmes qu'elles soulèvent ont déjà été évoqués dans le précédent rapport et lors de réunions. Ils ont fait l'objet en 2008 d'un travail des cada soutenu par la DSP, qui se poursuit actuellement. La pathologie psychiatrique reste complexe, a fortiori dans un contexte d'émigration pour asile et de multiculturalisme. **Cette situation est une des préoccupations prioritaires de la DSP.**

Dans cette étude d'autres points spécifiques sur les pathologies sont soulignés ; ils permettent de faire le constat que les prises en charge de la santé en CADA ont un impact réel sur la diminution des maladies.

Il faut cependant pouvoir compter sur une couverture médicale pour se faire soigner : les résultats de 2008 semblent confirmer que cet accès est dans un certain nombre de cas difficile - même avec le soutien et l'accompagnement du personnel qualifié des CADA - puisque encore près de 20% n'ont pas de sécurité sociale à leur sortie, voire même certaines personnes (une minorité certes) n'ont à la sortie des CADA qu'une AME, alors que leur statut ouvre à des droits à la CMU.

La réponse à ces difficultés est également une des priorités d'un travail sans nul doute de longue haleine !

**Paris, le 24 juillet 2009**