

La santé des primo-migrants en 2006



**Etude réalisée à partir des enquêtes
« semaine données »**

Docteur Marc WLUCZKA
Direction de la Santé Publique
Mme Elisabeth DEBSKA – Direction des systèmes d'information



Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM)
– 44 rue Bargue – 75732 PARIS Cedex 15

www.anaem.social.fr

LA SANTE DES PRIMO-MIGRANTS EN 2006

Au mois de mai et novembre 2006 les équipes médicales des délégations de l'ANAEM ont participé à un recueil exhaustif de données médicales recueillies à partir des fiches médicales révisées.

Ce recueil a permis de dresser une synthèse de l'état de santé des primo-migrants vus par ce service dans des conditions de représentativité satisfaisante.

La limite de représentativité de l'enquête repose sur les paramètres suivants :

- La motivation inégale des équipes médicales et des médecins chargés du recueil : plus les équipes sont nombreuses, plus les médecins travaillent à temps plus complet pour l'ANAEM et meilleure est la collecte des données, que ce soit sur le plan quantitatif ou qualitatif.
- Les nécessités d'ajuster les méthodes de recueil ont amené à réaliser l'enquête du premier semestre un mois plus tard que d'habitude, ce qui affecte la représentativité globale quantitativement et qualitativement.

I – La population étudiée

L'enquête est basée sur le dépouillement de **7938** fiches (par comparaison 8086 en 2005 et 8461 en 2004). Indépendamment de la question du recueil tardif au 1^{er} semestre, le nombre de fiches est également en baisse du fait d'une baisse d'activité.

HOMMES	FEMMES
4076	3862
51,3 %	48,7 %

Le sex-ratio de la population enquêtée est à dominante masculine dans des proportions comparables à celles observées lors des enquêtes précédentes.

Rapporté en terme de structure par classes d'âge ce léger déséquilibre repose en fait sur deux déséquilibres importants qui se compensent : plus de femmes moins de 30 ans que d'hommes, mais plus d'hommes après 30 ans. La population féminine, un peu moins nombreuse que la population masculine est surtout plus jeune.

	HOMMES	%	FEMMES	%
1 à 9	55	1,3 %	56	1,4 %
10 à 19	447	11 %	442	11,4 %
20 à 29	1693	41,5 %	1893	49 %
30 à 39	1235	30,3 %	946	24,5 %
40 à 49	454	11,1 %	338	8,8 %
50 à 59	147	3 %	123	3,2 %
+ de 60	45	1,1 %	64	1,6 %

L'origine géographique des cas étudiés ne montre pas d'évolution flagrante par rapport aux enquêtes précédentes : Le Maghreb reste la zone de provenance la plus importante suivi de l'Asie. Au Maghreb, le sex-ratio est très fortement déséquilibré en faveur des hommes; il est masculinisé légèrement en Afrique subsaharienne. Le sex ratio de l'Asie est à l'inverse nettement déséquilibré en faveur des femmes, et à un moindre degré aux Amériques. Il est un peu équilibré en Europe.

	HOMMES	%	FEMMES	%
EUROPE	441	10,9 %	486	12,6 %
ASIE	746	18,3 %	912	23,6 %
AF SUBSAHARA	764	18,7 %	749	19,4 %
MAGHREB	1692	41,5 %	1114	28,9 %
AMERIQUES	409	10 %	527	13,5 %
AUTRES	24	0,6 %	44	1,1 %

La SAISIE PAR DELEGATION montre que Les 3 délégations franciliennes ont fourni à elles seules 45,3 % des dossiers. Les dix plus petites délégations départementales représentent en tout 17,4 % de l'effectif. Si tant est que ce chiffre ait un sens, compte tenu des écarts, la moyenne de saisie par délégation serait de 345,1 dossiers par semaine.

PARIS - SUD	1302
PARIS - CENTRE	1248
PARIS - NORD	1046
LYON	603
MAROC	535
STRASBOURG	382
MARSEILLE	276
GRENOBLE	271
METZ + NANCY	264
NICE	230
BORDEAUX	221
LILLE	189
NANTES	189
ORLEANS	174
METZ + RENNES	172
POLOGNE	154
TUNISIE	153
TOULOUSE	144
TURQUIE	123
CAYENNE	116
MONTPELLIER	79
DIJON	74

En ce qui concerne les modes d'entrée, c'est à dire la motivation de l'immigration on trouve une nette prédominance des causes « familiales », suivies des causes liées au travail puis celles liées aux études, puis au statut de réfugié.

	FAMILLE	TRAVAIL	ETUDES	REF	AUTRES
VPF	2698				
Conj F	686				
Fam F	275				
Enft F	237				
visiteur	111				
saison + apt		621			
perm		347			
autres		850			
fam alg		203			
étudiants			1505		
Réfugiés statutaires				237	
Autres					71
TOTAL	4007	2021	1505	237	71

Cette répartition n'étant pas tout à fait en concordance avec celle observée en analyse exhaustive, on peut peut-être en exciper que la réalisation tardive de l'enquête du 1^{er} semestre a affecté le recrutement de l'effectif.

II – Morbidité globale

En terme de morbidité 1299 dossiers présentaient au moins une pathologie clairement identifiée soit un taux de morbidité de 16,4 %, le plus élevé relevé depuis 2001.

Pas de pathologie	au moins UNE pathologie
6638	1299
83,6 %	16,4 %

Cependant, ce taux peut être également dû à la meilleure qualité globale du recueil. Aussi à ce stade ne peut-on que le constater sans en tirer de conclusions définitives.

Le sex-ratio des 1339 cas signalés est l'inverse du sex-ratio global de la population étudiée, féminin à 51,8 %, phénomène également observé les années précédentes.

Hommes	Femmes
645	694
48,2 %	51,8 %

On notera que les 1339 dossiers correspondent à 1555 pathologies différentes ce qui indique donc que 12,2 % des cas signalés ont une surmorbidity de 2 et 2,5 % de plus de 2.

	1 PATH	2 PATH	3 PATH	+ de 3 PATH
Dossiers	1103	163	22	11
Pathologies	1103	326	66	59

L'analyse de la morbidité brute et des taux de morbidité par zone géographique et sexe illustre que la surmorbidity féminine se retrouve dans tous les continents sauf les Amériques. C'est en Asie, en Afrique subsaharienne et au Maghreb qu'elle est la plus marquée.

	Hommes	Hommes	Femmes	Femmes
Europe	45	10,2 %	56	11,5 %
Asie	63	8,4 %	104	11,4 %
Maghreb	164	9,7 %	135	12,1 %
Af subs	307	40,2 %	324	43,2 %
Amériques	62	15,1 %	71	13,5 %

Pour ce qui concerne la morbidité par classes d'âge et par sexe, on constate que si la surmorbidity féminine est nettement plus accentuée dans les tranches d'âge les plus âgées, elle est de toute façon présente à tous les stades de la vie.

	HOMMES	HOMMES	FEMMES	FEMMES
1 à 9	2	3,6 %	4	7,1 %
10 à 19	64	14,3 %	72	16,3 %
20 à 29	222	13,1 %	281	14,8 %
30 à 39	220	17,8 %	181	19,1 %
40 à 49	80	17,6 %	82	24,3 %
50 à 59	37	25,2 %	43	34,9 %
+ de 60	20	44,4 %	31	48,4 %

Le nombre de cas signalés et taux de morbidité par délégations ANAEM révèlent d'intéressantes discordances.

Il n'est pas surprenant que les 3 délégations franciliennes regroupent 50,9 % des cas signalés, quand on se rappelle qu'elles représentent à elles seules plus de 45 % de l'effectif. Il n'est pas non plus étonnant que Paris Nord soit affecté d'un taux de morbidité élevé (23,7 %) quand on sait que cette délégation est plus fréquentée par des personnes originaires de pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie, avec davantage de problématiques familiales, et donc plus de femmes, que d'autres.

Cependant, alors que le taux global de morbidité est de 16,4 %, on relève des écarts importants selon les délégations.

Certains sont aisément explicables : par exemple le taux est bas à la mission du Maroc fréquentée par de nombreux saisonniers hommes et en bonne santé. A l'inverse le taux élevé de Paris Nord s'explique par le recrutement déjà évoqué. La DR de Cayenne, où se présentent de nombreuses personnes originaires d'Haïti a de ce fait un taux de morbidité très élevé.

Le taux un peu atypique d'Orléans (21, 8 %) est possiblement lié au fait que cette délégation reçoit semble-t-il davantage de réfugiés statutaires, dont on sait qu'ils sont en moins bonne santé.

PARIS - SUD	247	19,1 %
PARIS - CENTRE	187	15,7 %
PARIS - NORD	248	23,7 %
LYON	91	15,1 %
MAROC	15	2,8 %
STRASBOURG	76	19,9 %
MARSEILLE	50	18,1 %
GRENOBLE	23	8,5 %
METZ + NANCY	23	11,4 %
NICE	18	7,8 %
BORDEAUX	76	34,4 %
LILLE	24	12,7 %
NANTES	24	12,7 %
ORLEANS	38	21,8 %
RENNES	27	15,7 %
POLOGNE	8	5,2 %
TUNISIE	6	3,9 %
TOULOUSE	50	34,7 %
TURQUIE	2	1,8 %
CAYENNE	30	25,9 %
MONTPELLIER	15	19 %
DIJON	12	16,2 %

En revanche les taux très élevés de Bordeaux (34,4 %), Toulouse (34,7 %) sont difficilement explicables et peuvent relever d'un biais de saisie ayant abouti à une surévaluation de la morbidité.

III – Morbidité et facteurs de risques spécifiques

III – 1 - excès de poids et diabète type 2

Le surpoids est défini comme un excès de poids chez une personne aboutissant à un indice de masse corporel (IMC) supérieur à 29. L'obésité morbide relève d'un IMC supérieur à 33.

L'IMC se calcule par le rapport entre la taille et le carré du poids.

<29	>29	NF
6765 (85,2 %)	551 (6,9 %)	622 (7,83 %)

Compte tenu de la très forte prévalence du surpoids et de ses conséquences chez les migrants, problème en grande partie révélé par les études précédentes de l'ANAEM, le dépistage du diabète de type 2 est devenu obligatoire et se trouve désormais inscrit dans l'arrêté du 11 janvier 2006. La réalisation du test est fonction de l'âge (> 45 ans) et de l'IMC des personnes (>29).

	hommes	femmes	total	%
0 à 9	0	0	0	0
9 à 19	10	15	25	4,5
20 à 29	71	73	144	26,1
30 à 39	93	105	198	35,9
40 à 49	41	63	104	18,9

50 à 59	20	31	51	9,3
+ de 60	6	23	29	5,3
TOTAL	241	310	551	

L'excès de poids est un problème largement féminin : la surmorbidity féminine est présente à tous les âges de la vie mais s'aggrave avec le vieillissement. Elle est la plus importante dans la tranche d'âge des 30/39 qui est non seulement la plus sensible mais celle où l'on trouve le maximum de bénéficiaires de la visite médicale.

	hommes	femmes	total	%
EUROPE	34	33	67	12,2
ASIE	24	35	59	10,7
MAGHREB	97	95	192	34,8
AF SUBS	55	114	169	30,7
AMERIQUES	29	32	61	11,1
AUTRES	2	1	3	0,5
Total	241	310	551	

L'excès de poids est inégalement réparti dans le monde : la statistique met en évidence de façon assez nette que l'Afrique subsaharienne est la plus gravement touchée, très au delà de son poids dans l'ensemble de l'immigration.

Les chiffres connus nous permettent donc d'affirmer sans hésitation que l'obésité en tant que problème de santé publique doit voir sa prévention ciblée sur la catégorie la plus exposée : les femmes africaines subsahariennes de 19 à 40 ans.

Cependant, un autre enseignement de l'étude est de révéler que près de 8 % des dossiers ne comportent AUCUN renseignement sur le poids et la taille des migrants vus en consultation. Si l'on ajoute au nombre de personnes justifiant d'un test du fait de leur IMC comme ceux qui ont plus de 45 ans, en en retranchant les plus de 45 ans ayant une IMC supérieure à 29 on aboutit à la réalisation de 1198 tests par semaine (15,1 % des personnes vues en VM !) dont 131 sont positifs (11 % d'entre eux, 1,6 % de l'effectif).

Projeté sur un an on pourrait donc en déduire que la visite médicale permet de dépister plus de 6500 cas de diabète chez des personnes qui ne se savaient pas porteuses de cette maladie, et de mettre en évidence un facteur de risque chez près de 60.000 !

TEST -	TEST +
1198	131

Seules les DD de Nantes, Nice, Orléans et Dijon ont communiqué les IMC de tous les patients. Le taux d'inconnus est inférieur à 2 % dans la plupart des cas.

III - 2 - dépistage des troubles de la vision

Le dépistage des troubles de la vision est inscrit dans les « fondamentaux » de la visite médicale d'entrée en France depuis toujours. Dans les DR et DD il s'agit d'une tâche technique spécifiquement dédiée aux infirmières, de façon à ce que ce dépistage étant fait, et le médecin en connaissant les résultats, il soit à même d'en rechercher ou d'en faire rechercher la cause, afin de procéder à l'orientation la plus adaptée. Ce dépistage est en effet long, parfois difficile chez les personnes illétrées, nécessitant alors un matériel spécialisé et beaucoup de temps et de patience.

Ce dépistage débouche malheureusement parfois sur la mise en évidence d'un handicap visuel, souvent congénital, lié aux difficultés des suivis des grossesses dans le tiers monde. En France les handicaps sensoriels congénitaux (en relation avec les rubéoles et toxoplasmoses congénitales) ont presque disparu.

	Nombre	%
Pas de pb de vision	5561	70,1 %
Existence d'un problème	1568	19,8 %
NSP	92	1,1 %
ITEM NON RENSEIGNE	717	9 %

90 % des personnes (7221/7938) ont eu un test de leur vision. Ce test a mis en évidence un trouble pour 1568 d'entre elles (19,8 % de l'ensemble et 21,8 % des personnes testées).

Pour 717 personnes (9% de l'ensemble) l'item n'était pas renseigné sur les questionnaires.

201 cas (sur 202 étudiés) venaient de la DD de Metz, qui n'a pas pu disposer d'infirmière pendant l'année 2006 (ce problème vient d'être résolu). 148 cas (sur 152) venaient de la mission en Pologne, ce qui est d'autant plus préoccupant que dans cette mission se présentent un grand nombre de personnes dans une problématique d'immigration lié au travail, souvent dans des travaux saisonniers agricoles où une bonne vision est indispensable (conduite de véhicules, d'engin, maniement d'outils complexes etc...).

A un moindre degré, 69 cas (sur 123 soit 56,1 %) en Turquie ne sont pas renseignés, de même que 31 cas sur 153 en Tunisie (20,3%).

	Hommes	Femmes
0 à 9	1	4
10 à 19	53	83
20 à 29	297	418
30 à 39	165	187
40 à 49	112	92
50 à 59	45	51
+ de 60	22	38

Pour commenter les résultats on observera d'abord qu'il existe un sex ratio massivement déséquilibré en ce qui concerne les personnes présentant des troubles. 873 femmes contre 695 hommes, Ce déséquilibre est présent à tous les étages de la pyramide des âges et culmine dans la classe des 20 à 29 ans où il s'établit à 418 femmes pour 297 hommes ! Il tend par la suite à se rééquilibrer sensiblement en avançant en âge.

	Hommes	femmes
Europe	48	145
Asie	172	443
Maghreb	211	429
AF subs	164	318
Amériques	96	223
Austr, autres	4	10

Le déséquilibre du sex-ratio est en revanche général en terme géographique et on est même surpris de constater que c'est en Europe qu'il est le plus important (48 contre 145, soit 3,02), suivi de l'Asie (172 contre 443, 2,6) des Amériques (96 contre 223, 2,3), du Maghreb (211 contre 429, 2,03) et de l'Afrique subsaharienne (164 contre 318, 1,9).

En terme de prévalence brute par zone géographique les troubles visuels dépistés représentent pour l'Europe 203 cas sur 927 dossiers (21,9 %), pour l'Asie 615 cas pour 1658 dossiers (37,1 %), pour l'Afrique subsaharienne 482 cas pour 1513 dossiers (31,9 %) , pour les Amériques 319 cas pour 936 dossiers (34,1 %) , et enfin pour le Maghreb 640 cas pour 2806 dossiers (22,8 %).

La synthèse de l'ensemble de ces données cible donc les femmes comme les premières concernées, celles originaires d'Asie étant les plus nombreuses même si la situation globale de l'Afrique subsaharienne reste la plus préoccupante.

III – 3 – La TUBERCULOSE

Le dépistage de la tuberculose reste l'enjeu majeur de la visite médicale. Au-delà du nombre de personnes concernées la visite médicale ANAEM occupe surtout une place stratégique dans le dépistage étant le point de passage obligé de 200.000 personnes par an, parmi les plus exposées !

La radiographie thoracique représente la méthode la plus efficace en terme de dépistage. Elle doit être réalisée AVANT ou AU MOMENT de la visite médicale. Elle prend davantage de sens encore quand elle peut se coupler avec d'autres méthodes, qui, en revanche pour des raisons techniques sont forcément différées par rapport à la visite. Pour les 7938 dossiers étudiés, seulement 427 examens radiographiques n'ont pas été réalisés, ou leurs compte rendu ne figuraient pas au dossier (5,4 %). 7297 radiographies ont été classées « ITN » (image thoracique « normale »). Soit 91,9 % des dossiers. 98 présentaient une image thoracique anormale mais non rattachable à une pathologie tuberculeuse (1,34 % des radiographies) 60 présentaient une image de tuberculose, ancienne ou récente (0,76 %).

La prévalence estimée de la tuberculose dans la population étudiée est donc de 755 pour cent mille. Elle s'était établie avec les mêmes méthodes de comptage à 569 cas pour 100.000 en 2005 et à 744 pour 100.000 en 2004. La répartition mondiale des cas de tuberculose est sans surprise par rapport aux précédentes enquêtes sur le même sujet.

	TB +
EUROPE	4
ASIE	12
MAGHREB	17
AFRIQUE SUBS	17
AMERIQUES	10

On retrouve une place prédominante pour l'Afrique subsaharienne qui se classe au premier rang (28,3 % des cas mais avec seulement 19,1 % de l'effectif !) à l'identique avec le Maghreb qui est cependant moins touché en proportion : 28,3 % des cas mais 35,3 % de l'effectif). La prévalence est élevée mais proportionnée en Asie (20 % avec 20,9 % de l'effectif) et aux Amériques (10 % et 11,8 % de l'effectif). Elle est de 6,7 des cas pour 11,7 % de l'effectif en Europe.

La répartition des cas de tuberculose par classe d'âge met en évidence le maximum de fréquence entre 30 et 39 ans suivi par la classe d'âge des 20 à 29.

	0 à 9	10 à 19	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	+ de 60
TB +	1	3	15	19	10	7	5

Cette répartition est identique à celle observée lors des recueils effectués les années précédentes.

Cas de tuberculose par délégation

	TB +
Paris – Sud	12
Paris – Centre	11
Paris – Nord	5
Lyon	3
Maroc	1
Strasbourg	4
Marseille	2
Grenoble	3
Metz – Nancy	0
Nice	1
Bordeaux	2
Lille	1
Nantes	0
Orléans	0
Rennes	1
Pologne	0
Tunisie	1

Toulouse	8
Turquie	0
Cayenne	0
Montpellier	4
Dijon	1

L'activité de dépistage de la tuberculose par les délégations est en relation très claire avec leur taille et avec la prédominance dans la délégation de personnes originaires de pays de forte endémie, et il n'est donc pas étonnant de trouver les délégations parisiennes en tête.

ITN	TB+	TB-	+ INC
7297	60	98	427

Les patients ont été interrogés sur leur immunité par rapport au BCG. Il a été tenu compte en fonction de leurs incertitudes de l'existence d'une cicatrice caractéristique de vaccination. Dans les mêmes conditions déclaratives ils ont également été interrogés sur le fait d'avoir bénéficié d'une IDR.

	CONNU OUI	CONNU NON	INC, NSP
STATUT VACCINAL	3312	771	1114
IDR	373	1745	1191

Ce point étant précisé, 4197 dossiers comportaient des réponses exploitables pour le BCG (52,9 %) et 3309 pour l'IDR (41,7 %).

De ces dossiers exploitables on peut dire que 79,4 % des personnes avaient bénéficié du BCG (41,7 % de l'ensemble), que 18,4 % (9,7 % de l'ensemble) n'en avaient de façon certaine pas bénéficié et que pour 26,5 % (14 % de l'ensemble) on savait de façon certaine... qu'on ne le savait pas !

Concernant l'IDR 11,3 % avaient bien la notion d'une IDR récemment pratiquée (4,8 % de l'ensemble), 52,7 % étaient certains ne pas en avoir eu (22 %) et 36 % (15 %) ne pouvaient répondre à une question dont on sait qu'elle avait été au moins posée...

Que ce soit en relation avec une suspicion de tuberculose ou bien à titre systématique parce que la personne avait moins de quinze ans , 797 IDR ont été prescrites et/ou faite (il n'y a pas de moyen légal de s'assurer que l'IDR a été effectivement réalisée chez un plus de quinze ans).

	EUROPE	ASIE	MAGHREB	AF SUBS	AMERIQUES	AUTRES
<15 ans	2	4	42	15	0	
>15 ans	135	112	254	139	86	1

On a donc trouvé trace de 65 prescriptions et/ou réalisation d'IDR chez des moins de quinze ans pour 732 chez des plus de quinze ans. Or pendant la période de l'étude la visite médicale a concerné... 207 enfants de moins de 15 ans d'où le constat que l'on n'a la certitude que l'obligation légale de voir l'IDR pratiquée n'a été respectée avec certitude que pour 31,4 % d'entre eux soit un peu moins d'un sur trois.

Pour 2103 dossiers sur 7938 l'item IDR n'était pas renseigné du tout (26,5 % des cas).

On a étudié également le statut BCG connu des personnes enquêtées :

	EUROPE	ASIE	MAGHREB	AF SUBS	AMERIQUES	AUTRES
FAIT	206	275	495	336	103	9
NON FAIT	32	57	95	57	28	3
TOTAL	238 (25,6 %)	332 (20 %)	590 (21%)	393 (26 %)	131 (14 %)	12

Il en ressort que le taux de connaissance du statut par rapport au BCG, quelque soit ce statut, est mal connu, d'abord aux Amériques, mais aussi, en Asie, au Maghreb, en Europe et en Afrique subsaharienne, les conséquences en étant bien sur nettement plus préoccupantes pour cette dernière région du monde.

II - 3 - GROSSESSES

La population féminine en âge de procréer parmi la population enquêtée s'élevait à 1594 femmes de 20 à 50 ans, chez lesquelles on a mis en évidence 281 grossesses connues (soit un taux de 15 %).

On doit ajouter 253 femmes de 15 à 19 dont 7 étaient enceintes.

Pour les 281 grossesses étudiées, 49 % étaient du 1^{er} trimestre, 32,3 % du 2^{ème}, et 18,7 % du 3^{ème}.

Pour la répartition géographique, 44,8 % étaient originaire du Maghreb, 23,3 % d'Afrique subsaharienne, 16 % d'Asie, 5,9 % des Amériques, et 9 % d'Europe.

	G-	G+
F 20-50	1594	281

Cette répartition n'est pas du tout représentative de la population étudiée et surreprésente clairement d'abord le Maghreb, puis l'Afrique subsaharienne et à moindre degré l'Asie.

II - 4 - Addictions

Malgré une forte sous déclaration l'alcoolisme est évoqué dans 2,5 % des cas et le **tabagisme** dans 18,5 %.

	ALCOOL	TABAC
	196	1466
	7742	6472

II - 5 - Handicaps

Les handicaps représentent 48 cas sur l'ensemble de la population enquêtée (7938) et donc 0,6 % de prévalence pour la population étudiée.

On y relève, à l'inverse de ce qui est observé dans la population française une forte prédominance des handicaps sensoriels (Maghreb et Afrique subsaharienne) et moteurs (Asie, Maghreb, Afrique subsaharienne).

	MOTEUR	SENSORIEL	MENTAL	POLY H
EUROPE	1			
ASIE	6	2	2	1
MAGHREB	6	8	3	1
AF SUBS	5	6	4	0
AMERIQUES				

Outre que ce résultat est bien sur soumis aux aléas de l'enquête, mais il doit aussi être rapproché du nombre important de mesures de la vue qui ne sont pas effectuées, c'est à dire essentiellement hors des délégations, et parmi celles-ci là où il n'y a pas de personnel infirmier.

II – 6 – Les vaccinations (autres que le BCG)

Le statut vaccinal le mieux connu est celui du vaccin associé Diphtérie Tétanos Polyomyélite (DTP). Pour 40,6 % des personnes il est connu mais aussi à jour. Toujours pour le DTP il est inconnu pour 1154 personnes et connu et non à jour pour 1248 soit en tout 2302 personnes. C'est ce chiffre en valeur absolue qu'il va être utile de retenir pour une autre donnée de l'enquête (voir en infra, paragraphe IV).

	DTP	COQ	ROUG	HEP B	FIEV J
CONNU AJ+EC	3224	1641	1869	1623	866
CONNU NAJ	1248	2210	2196	2188	2546
INC, NSP	1154	2610	2455	2528	3320

Il n'est pas connu à 32,9 % pour la coqueluche, à 30,9 % pour la rougeole, et à 31,8 % pour l'hépatite B. Dans ce dernier cas, 27,6 % des personnes savent ne PAS être vaccinées et 20,4 % savent l'être.

Si le cas de la Fièvre Jaune est atypique, la situation vaccinale par rapport à l'hépatite B est réellement problématique compte tenu de l'exposition (population jeune, provenance de zones pandémiques).

III – Les pathologies relevées.

III – 1 Globalité

PALU 2	HTA	DERM AT	DIAB	DIGEST	PALU 1	MCV (aut hta)	THYR	GEN-UR	TB	HAND	PATH MENT	DREP
498	177	136	126	120	70	69	60	60	60	48	30	9

Les pathologies relevées lors des visites médicales ont pour caractéristique générale leur non-spécificité, si l'on excepte le paludisme, qu'on ne rencontre pas en France hors cas exceptionnels.

Même la tuberculose, dont on soulignera une nouvelle fois la forte prévalence dans la population étudiée est une maladie que l'on rencontre en France où elle est certes beaucoup moins prévalente, mais tout aussi liée à des facteurs socio-économiques bien connus.

L'ampleur du problème que pose l'excès de poids se retrouve mis en exergue par la haute prévalence des maladies en relation avec l'excès de poids : l'hypertension artérielle, le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

Si on insistera pas sur la paludisme compte tenu du fait qu'il est largement originaire d'une seule zone (Afrique subsaharienne) on ne peut qu'être surpris de la place des pathologies thyroïdiennes.

Des pathologies non spécifiques, dermatologiques et digestives notamment, sont très prévalentes et mériteraient sans doute des études plus approfondies notamment pour ce qui est de la part des pathologies de type parasites et de celles liées au stress de l'immigration.

Enfin, la place des pathologies mentale est sans le moindre doute sous évaluée, ce qui s'explique par deux problèmes : la structuration de la visite médicale en terme de temps et de place dans l'accueil sur plate-forme s'oppose clairement à une recherche des pathologies mentales.

Si les autorités en charge de la santé des migrants souhaitent que cette donnée soit correctement renseignée il serait sans doute possible d'en faire une évaluation plus adaptée, mais cela supposerait la mise en place d'une méthodologie spécifique, qui reste pour l'heure à inventer.

III – 2 - PATHOLOGIES EUROPE

En Europe large prédominance des pathologies aspécifiques.

	PALU 2	DERMAT	HTA	DIAB	PALU 1	MCV	TUB	THYR	GEN-UR	HAND	PATH MENT	DRE P
H	3	12	15	5	0	2	1	3	1	0	1	1
F	8	14	5	4	0	1	3	7	7	1	3	0

III – 3 - PATHOLOGIES ASIE

Bien que le paludisme n'y soit pas rare, les pathologies relevées en Asie sont plutôt non spécifiques.

	PALU 2	DERMAT	HTA	DIAB	PALU 1	MCV	TUB	THYR	GEN-UR	HAND	PATH MENT	DRE P
H	12	19	10	5	3	3	4	3	1	1	1	0
F	20	20	11	11	4	5	8	13	5	10	2	1

III – 4 - PATHOLOGIES AFRIQUE SUBSAHARIENNE

La place massive occupée par le paludisme ne doit pas occulter le fait que toutes les autres pathologies sont également présentes en nombre plus important en proportion et souvent en valeur absolue par rapport aux autres continents.

On déplorera, compte tenu de l'ampleur connue du problème que le service ne dispose pas à ce jour d'un outil de dépistage de la drépanocytose à la mesure de l'ampleur de la maladie, ce qui aboutit à une sous-évaluation caricaturale.

	PALU 2	DERMAT	HTA	DIAB	PALU 1	MCV	TUB	THYR	GEN-UR	HAND	PATH MANT	DRE P
H	198	12	21	15	49	14	7	0	4	7	5	2
F	188	13	30	13	57	7	10	9	16	8	4	4

III - 5 – PATHOLOGIES MAGHREB

Les populations originaires du maghreb présentent un état de santé en amélioration régulière marqué cependant par la persistance de taux élevés de morbidité chez des personnes jeunes. Les pathologies sont peu spécifiques.

	PALU 2	DERMAT	HTA	DIAB	PALU 1	MCV	TUB	THYR	GEN-UR	HAND	PATH MENT	DRE P
H	17	37	26	28	5	13	13	4	6	10	5	1
F	19	25	24	34	1	14	4	16	7	8	3	0

III – 6 - PATHOLOGIES AMERIQUES

	PALU 2	DERMAT	HTA	DIAB	PALU 1	MCV	TUB	THYR	GEN-UR	HAND	PATH MENT	DRE P
H	17	13	16	6	0	6	1	1	2	2	0	0
F	14	12	4	2	1	4	9	4	8	1	6	0

IV - Orientations

L'orientation des personnes vers le mode de prise en charge le plus adaptée est en fait l'enjeu final de la visite médicale. C'est à travers la réussite de cette orientation que se pose la légitimité du travail effectué, puisque c'est l'utilité même pour le primo-migrant de la visite médicale qui se pose.

Ces six dernières années, le passage de la notion de « contrôle » à celui de « prévention » s'est traduit par un effort immense effectué pour nouer des partenariats avec les différents secteurs de la santé, qu'ils soient de soin ou de prévention, qu'ils soient privés, publics, associatifs ou libéraux.

Pas d'orientation	4374	55,1 %
Centre de vaccination	2153	27,1 %
Médecin généraliste	1041	13,1 %
Médecin spécialiste	288	3,6 %
Dispensaire public	57	0,7 %
Hôpital	25	0,3 %

Il faut avoir bien à l'esprit qu'une orientation n'est pas uniquement la conséquence d'une pathologie. En effet 44,9 % des personnes sont orientées soit près d'une sur deux alors que seules 1339 (16,4 %) présentaient une pathologie.

Les orientations sont donc aussi la conséquence de l'existence d'un facteur de risque (test diabétique positif, obésité, tabagisme) ou de la nécessité d'une surveillance (grossesse, petit enfant), ou encore d'une préconisation obligatoire (IDR, vaccination).

On se rappelle par exemple que 2302 personnes relevaient d'une vaccination (obligatoire) par le DTP parce qu'au moment de leur visite médicale cette vaccination n'était pas faite ou leur statut vaccinal était inconnu. Or on enregistre 2153 orientations vers ... les centres de vaccination.

Les 1339 cas présentant une pathologie sont donc plutôt à rapprocher des personnes orientées vers les médecins libéraux de ville, généralistes ou spécialistes soit 1329 personnes ainsi que les 25 qui sont adressées directement à l'hôpital.

Les 60 cas de tuberculose sont eux à rapprocher des 57 adressées aux dispensaires publics, aux hôpitaux ou aux médecins spécialistes (pneumologie).

Il ressort donc que la visite médicale débouche apparemment sur des orientations adaptées, dans les cas qui s'imposent au vu des résultats connus de la visite médicale ce qui représente une satisfaction importante.

CONCLUSIONS :

Malgré des biais liés à des inégalités dans le recueil des données, les enquêtes semaine donnée de l'année 2006 permettent de brosser un tableau fidèle de l'état de santé des primo-migrants **légaux**.

- Le niveau global médiocre de la santé des populations concerné s'est confirmé cette année et a pu être établi avec plus de précision. Ce niveau global est principalement la résultante de phénomènes sociaux et culturels entremêlés : il se confirme par exemple que l'obésité, épidémie mondiale pointée par l'OMS représente à terme une menace sur l'espérance de vie des primo-migrants tout particulièrement les jeunes femmes africaines et de là, leurs enfants à naître.
- La situation sanitaire globale en Afrique subsaharienne ne donne années après années QUE DES SIGNES D'AGGRAVATION.
- Cette situation sanitaire globale continue à évoluer favorablement mais lentement au Maghreb. Pour les personnes originaires d'Europe elle se situe à niveau de qualité très insatisfaisant mais lié à l'effondrement des systèmes de santé dans les pays d'origine. A l'exception notable d'Haïti, l'état de santé global des personnes originaires des Amériques est en amélioration, tout comme en Asie.
- En termes quantitatifs, le nombre de primo-migrants bénéficiant de la visite médicale ANAEM subirait une franche diminution par rapport à 2005 (- 4,6 % selon notre estimation). Il convient cependant de se rappeler que les réfugiés hébergés en CADA bénéficient d'une procédure différente et ne sont donc pas comptabilisés.
- La proportion de cas signalés a cette année encore nettement augmenté (16,4 % contre 14,1 % et 12,5 % en 2004) sous l'effet de l'aggravation patente de l'état de santé des personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des réfugiés non pris en charge dans le DNA.
- Les grands « fondamentaux » de la santé des migrants (obésité, diabète, MCV) sont toujours présents. La procédure de dépistage du diabète par glycémie capillaire permet de les dépister plus précocement, et donc de les prendre en charge à des stades moins évolués. Ce dépistage peut être encore amélioré et sa mise en œuvre devrait servir d'exemple pour d'autres populations vulnérables.
- La prévalence estimée de la tuberculose dans la population étudiée est donc de 755 pour cent mille. Elle s'était établie avec les mêmes méthodes de comptage à 569 cas pour 100.000 en 2005 et à 744 pour 100.000 en 2004. Le problème demeure donc à un niveau très élevé et réclame une vigilance importante. Le phénomène épidémique mondial ne montre aucun signe d'amélioration chez les primo-migrants, tout particulièrement chez les plus exposés c'est à dire les africains d'Afrique subsaharienne, et les ressortissants des pays de l'ex-Union Soviétique.
- Comme en 2005, les handicaps, majoritairement sensoriels, sont toujours fortement prévalents et devront trouver des réponses dans le cadre des disponibilités existantes, sous réserve qu'elles soient adaptées à ces nouveaux besoins, assez atypiques par rapport à leur organisation actuelle (prédominance des structures liées aux handicaps mentaux).

- Le paludisme reste comme les années précédentes le fléau de l'Afrique subsaharienne, et on ne peut que relever la place toujours élevée des formes récentes et graves (type 2).
- Il est indispensable en 2007 d'expérimenter en vue de la généraliser une méthodologie de dépistage de la DREPANCYTOSE d'autant que des outils existent.
- Enfin, on peut réitérer que la sous évaluation évidente des pathologies mentales devrait amener à la création d'un outil de dépistage adapté pour les repérer.

Paris, le 5 mars 2007