



# Soins et prévention

## PRÉVENTION ET DÉPISTAGE : PRÉVENTION, EXIL ET CULTURES

*La prévention répond à une logique universelle, influencée par la culture : culture du pays d'origine et du pays d'asile, culture de l'exil et culture de la précarité.*

*Cette culture «mixte» toujours en cours d'expérimentation, ne permet toutefois pas d'en déduire les formes singulières de l'individualité, chaque exilé développant ses propres stratégies pour améliorer sa situation.*

*Pour avoir un minimum d'impact, comme pour tout patient, les actions de prévention doivent tenir compte du contexte global de l'individu.*

### CULTURE DE L'EXIL, CULTURES EN EXIL

**Exil et exclusion : une culture de la survie.** L'expérience de l'exil et de la migration (cf. page 14) modifie la perception des risques de santé et diminue la réceptivité aux messages de prévention, et ce d'autant plus que l'information est délivrée dans une langue qui n'est pas familière (d'où l'importance de l'interprétariat). En outre, cette expérience est vécue par les étrangers en séjour précaire dans un contexte d'exclusion juridique et sociale qui donne un rôle prioritaire à la gestion des

### HIÉRARCHIE DES PEURS ET DES BESOINS FACE À L'EXIL ET À L'EXCLUSION

CRAINTE, PEURS	RÉPONSES AUX BESOINS
«J'ai peur d'être expulsé, de retrouver l'enfer»	→ Protection contre l'éloignement
«J'ai faim, j'ai froid»	→ Des repas, un toit
«Je souffre»	→ Accueil et soins
«Je suis inutile»	→ Un statut administratif ouvrant droit au travail
«J'essaie de me reconstruire»	→ Des liens nouveaux, un avenir

risques immédiats par rapport aux dangers situés dans l'avenir (cf. tableau). Cette situation n'empêche pourtant pas l'attention relative aux risques ultérieurs et leur prévention, pour autant que la survie soit assurée au quotidien.

**La prévention normative, qui entend agir sur la modification première des comportements, risque d'être contre-productive.**

Les actions de prévention conduisant à la culpabilisation du patient ou d'un public-cible sont d'autant moins efficaces qu'elles peuvent occulter d'autres facteurs d'environnement dont l'influence est pourtant déterminante. Lorsqu'elles se rapprochent de préceptes religieux, de telles actions peuvent conduire à la mise à distance de l'individu avec le groupe, entraînant d'autres effets délétères sur la santé. Elles peuvent entraîner les plus graves conséquences lorsque l'élimination du «mal» comme objectif se confond avec l'élimination, réelle ou virtuelle, des personnes qui en seraient les vecteurs.

**Une prévention «efficace» tient d'abord compte des représentations et croyances de l'utilisateur à qui elle est destinée.**

Or toute personne a besoin de donner un sens à sa santé comme à l'expérience de la maladie, et les malentendus sont nombreux entre l'approche occidentale et les cultures d'origine. Le rationnel et l'irrationnel coexistent dans toute culture, et ces deux registres d'explications complémentaires sont tout autant fonctionnels. Ainsi, le recours au praticien traditionnel n'est pas incompatible avec la demande de soins allopathiques. Dans la plupart des civilisations coexistent deux systèmes d'interprétation de la maladie, les «maladies de malédiction», souvent subies de manière fataliste, et celles expliquées par des facteurs naturels, «scientifiques» et/ou sociaux.

**Les bénéfices secondaires de la maladie peuvent influencer le rapport du sujet aux questions de prévention.**

Ainsi le bénéfice - réel ou supposé - de l'expression de la souffrance est-il au cœur du paradoxe du «besoin» de certificat médical destiné à la demande d'asile. En matière de droit au séjour pour raison médicale, les objectifs sociaux et médicaux de la prise en charge sont en opposition, lorsque la guérison peut faire perdre les papiers. Enfin, dans certains cas, la maladie est l'occasion pour la personne malade, souvent «possédée», d'entrer en communication avec les esprits et/ou de devenir elle-même thérapeute. Toute maladie ou tout handicap peut être vu comme un attribut de puissance, une élection par les génies ou les dieux, une manière d'être proche de Dieu.

*«le recours au praticien traditionnel n'est pas incompatible avec la demande de soins allopathiques.»*

## LES CONDITIONS DE LA PRÉVENTION

*«...L'intervenant doit consacrer du temps à essayer de comprendre ce que l'exilé sait ou croit...»*

**Le risque majeur, pour l'intervenant, est d'être mal compris, c'est-à-dire inefficace.** Il est nécessaire de prendre conscience de ses propres références culturelles, et de tenir compte des éventuelles différences avec celles du migrant/étranger. Quelle que soit la culture d'origine, l'intervenant doit consacrer du temps à essayer de comprendre ce que l'exilé sait ou croit, plutôt que chercher à conseiller tel ou tel comportement. Il est plus utile alors d'appuyer son propos sur des remarques faites par la personne elle-même, qui vont dans le sens d'une protection de sa santé, que de vouloir changer des repères qui peuvent être importants pour elle. On veillera alors à n'insister que sur ce qui représente une menace grave et imminente pour sa santé, comme parfois pour des maladies transmissibles comme le VIH. Pour travailler sur les stratégies à mettre en œuvre, il importe que le soignant et le malade communiquent bien. La compétence et la neutralité d'un interprète professionnel sont particulièrement recommandées (cf. page 24).

**Pour assurer sa légitimité, chaque intervenant doit préciser sa fonction et sa compétence** (médecin, infirmière, interprète...). L'étranger n'attend pas du médecin qu'il se transforme en marabout ou en guérisseur. Il ira les consulter s'il le souhaite. Favorisée par l'écoute, la participation du sujet est essentielle, dans le colloque singulier de la consultation comme dans les réunions de groupe. Lorsque les conditions de la consultation médicale ne permettent pas d'aborder les questions de prévention (priorités thérapeutiques et administratives, temps, communication), des consultations spécialement dédiées à l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique, effectuées par une infirmière ou un médecin (si besoin avec un interprète), se révèlent très appréciées des patients.

**Pour des personnes en situation d'exclusion et/ou de grande précarité, la consultation médicale représente une opportunité rare d'échange autour des questions de prévention.** Aussi, quel que soit le motif de la consultation, il est fondamental que la prévention soit abordée en toute occasion non seulement dans les dispositifs de santé publique mais également dans les dispositifs de soins auxquels les migrants/étrangers ont recours : cabinets médicaux, centres de santé, services hospitaliers et PASS. ■

## PRÉVENTION ET DÉPISTAGE : BILAN DE SANTÉ

La demande de bilan de santé est fréquente lors du premier recours médical en exil. Destinée à faire le point sur le corps maltraité par les persécutions, elle ouvre la voie aux soins médico-psychologiques requis. En outre, chez l'ensemble des migrants, la prévalence de plusieurs affections justifie de proposer à titre systématique la réalisation de certains examens complémentaires. Les recommandations suivantes sont fondées sur l'expérience du Comede.

VOIR AUSSI Trauma et torture page 240

### BILAN COMPLÉMENTAIRE DE SANTÉ PROPOSÉ À TITRE SYSTÉMATIQUE

EPS : Examen Parasitologique des Selles (cf. Parasitologie page 310) EPU : Examen Parasitologique des Urines (id)

EXAMEN	AFRIQUE CENTRALE	AFRIQUE DE L'OUEST	ANTILLES	ASIE DU SUD	AUTRES RÉGIONS
NFS	•	•	•	•	•
Glycémie				•	
Ag HBs AchBs	•	•	•	•	•
Sérologie VHC	•	•	•	•	•
Sérologie VIH	•	•	•	•	•
Rx thorax face	•	•	•	•	•
EPS ou TTT	•	•	•	•	
EPU		•			

**Numération Formule Sanguine (NFS), anémie et hyperéosinophilie.** L'anémie est fréquente chez les femmes d'Afrique centrale (cf. *Hématologie page 305*). Par ailleurs, l'hyperéosinophilie, corrélée aux helminthiases, détermine l'attitude thérapeutique lorsque le traitement par albendazole n'a pas été effectué (cf. *Parasitologie page 310*).

■ La NFS (hémogramme, 11 €) est recommandée pour tous les patients, et à défaut pour les femmes d'Afrique centrale.

**Glycémie à jeun et dépistage du diabète** (cf. page 290). A âge comparable, le diabète est plus fréquent chez les exilés d'Asie du Sud que dans la population générale en France.



 >> PRATIQUE

**OÙ PRATIQUER  
LE BILAN DE SANTÉ ?**

Avec une protection maladie, tous ces examens peuvent être effectués en laboratoire de ville sur prescription médicale.

D'autre part, les Centres d'Examens de Santé de la Sécurité sociale proposent à tous les bénéficiaires CMU/AME un bilan de santé gratuit (Arrêté du 20 juillet 1992), à compléter le cas échéant par les examens sérologiques et parasitologiques requis pour ces patients.

- La glycémie à jeun (3 €) est recommandée à titre systématique pour les patients d'Asie du Sud, et pour les autres patients selon la présence d'autres facteurs de risque (antécédent familial, obésité, HTA, dyslipidémies). Attention : le jeûne doit durer au moins 8 heures (tenir compte des modifications du rythme des repas pendant la période du Ramadan).

**Sérologies et dépistage des hépatites virales chroniques**

(VHB et VHC, cf. pages 277 et 274). L'hépatite B chronique est fréquente pour tous les exilés, surtout chez les patients d'Afrique de l'Ouest et d'Asie de l'Est. L'hépatite C est plus fréquente chez les patients d'Europe de l'Est, d'Afrique centrale et du Pakistan.

- La sérologie de l'hépatite B (Ac HBs et Ag HBs, 38 €) et la sérologie VHC (19 €) sont recommandées chez tous les patients. A défaut, dépister le VHB chez les patients d'Afrique de l'Ouest et de Chine et le VHC chez ceux d'Europe de l'Est, d'Afrique centrale et du Pakistan.

**Examen Parasitologique des Selles (EPS) et dépistage des parasitoses intestinales** (cf. *Parasitologie* page 310).

En raison de la fréquence des helminthiases intestinales, le traitement systématique de l'anguillulose est recommandé à titre préventif, alors que d'autres traitements curatifs (ascaridiose, ankylostomiase, trichocéphalose, giardiase ou bilharziose) ou préventifs (amibiase) peuvent être utiles. Compte tenu des coûts pour la Sécurité sociale et des contraintes pour les patients, deux attitudes peuvent être proposées :

- Pratiquer un EPS (39 €) avec recherche d'anguillules dans un laboratoire expérimenté, en vue de cibler le traitement sur les parasites mis en évidence ;
- ou Traiter à titre systématique par albendazole 1 cp/j x 3j (11 € pour 3 cp ZENTEL 400 mg), efficace sur l'anguillule, les autres helminthes et le *Giardia*.

**Examen Parasitologique des Urines (EPU) et dépistage de la bilharziose urinaire** (cf. page 310).

La bilharziose urinaire est fréquente pour les patients originaires d'Afrique de l'Ouest (Mali 116/1000), et beaucoup plus rare pour les patients d'Afrique centrale. La bandelette urinaire, à la recherche d'une hématurie, est souvent négative.

- L'EPU (recherche d'œufs de bilharzies, 7 €) est recommandée à titre systématique chez les patients d'Afrique de l'Ouest, et réservé aux formes symptomatiques pour les autres patients.

**Sérologie VIH et dépistage de l'infection à VIH-sida** (cf. page 264). Parmi les exilés, le VIH atteint principalement des patients d'Afrique subsaharienne et de Haïti. S'il épargne encore les demandeurs d'asile originaires d'autres régions, la proposition du test chez l'ensemble des migrants est l'occasion d'aborder les questions de prévention.

- La sérologie VIH (19€) est recommandée pour tous les patients, et à défaut pour les patients d'Afrique subsaharienne et de Haïti.

**Radiographie thoracique et dépistage de la tuberculose** (cf. page 280). Ce dépistage reste indiqué en raison de la prévalence de la tuberculose pulmonaire pour les exilés de toutes les régions, de formes débutantes sans expression clinique, et en terme de santé publique.

- La radiographie thoracique standard de face (26€) est recommandée pour tous les patients, sauf chez la femme enceinte (possible à partir du 5<sup>e</sup> mois si symptomatologie clinique).

**D'autres examens sont recommandés ou peuvent être utiles dans certaines conditions :**

- L'électrophorèse de l'hémoglobine, destinée au dépistage de la drépanocytose hétérozygote chez les adultes d'origine africaine, a théoriquement un intérêt en terme de conseil prénuptial, mais risque d'inquiéter inutilement un patient fragilisé par un exil récent ;
- Un examen bucco-dentaire est recommandé chez tous les patients ;
- Un examen de la vue et un test audiométrique sont utiles pour corriger d'éventuels troubles qui renforcent encore les difficultés quotidiennes que connaissent les exilés ;
- Le frottis cervico-vaginal, destiné au dépistage des cancers du col de l'utérus, est recommandé dans la population générale chez toute femme en âge de procréer ;
- La sérologie rubéole, négative dans près de 10% des cas, est destinée à la prévention de la rubéole congénitale pour les femmes en âge de procréer à condition que le vaccin soit effectué sous une contraception efficace (cf. page 226) ;
- CRP, VS, TPHA-VDRL ou IDR ne présentent pas d'intérêt à titre systématique. ■

## TAUX DE PRÉVALENCE OBSERVÉS AU COMEDE PAR NATIONALITÉ (1999-2003)

Taux pour 1000 patients, ( ) si dénominateur < 30 patients

**Ang.** Anguillulose intestinale, **Ast.** Asthme persistant, **Bil.** Bilharziose Urinaire, **Dia.** Diabète, **VHB/VHC** hépatites chroniques, **HTA** Hypertension artérielle, **Psy.** Psycho-traumatisme sévère, **Tub.** Tuberculose

	ANG.	AST.	BIL.	DIA.	VHB	VHC	HTA	PSY.	TUB.	VIH	PATIENTS
Afghanistan	-	-	-	(71)	-	(36)	-	-	-	-	28
Algérie	-	21	-	24	-	3	12	84	3	-	333
Angola	38	-	3	15	26	23	36	71	26	20	685
Arménie	-	-	-	-	-	30	15	15	-	-	67
Azerbaïdjan	-	-	-	-	-	-	61	30	30	-	33
Bangladesh	66	17	-	42	17	2	11	22	4	-	1612
Birmanie	70	23	-	-	-	-	-	23	-	-	43
Burkina Faso	-	-	(59)	(59)	-	-	(59)	(236)	-	-	17
Burundi	-	-	(91)	-	-	-	-	(182)	-	(91)	11
Cameroun	25	-	6	6	31	12	12	137	6	75	161
Centrafrique	51	-	-	-	77	-	26	128	-	51	39
Chine	2	4	-	4	24	-	6	12	4	-	496
Colombie	-	-	-	-	-	-	-	(91)	-	-	11
Congo	11	3	9	23	32	19	37	84	9	32	697
Congo RD	26	7	1	17	21	14	45	67	9	28	3440
Côte d'Ivoire	13	7	7	20	79	7	33	92	-	72	152
Ethiopie	-	-	-	-	-	-	-	(77)	-	-	13
Gambie	-	-	(59)	-	(59)	-	-	-	-	-	17
Géorgie	-	-	-	-	17	86	-	17	-	-	58
Ghana	-	-	26	79	53	-	53	26	-	26	38
Guinée Biss.	49	12	25	-	49	25	12	12	-	-	81
Guinée Con.	23	-	11	8	61	4	15	72	4	15	264
Haïti	9	7	-	9	11	-	16	64	14	11	439
Inde	9	11	-	20	-	9	26	28	9	-	459
Irak	-	-	-	(38)	-	-	-	(38)	-	-	26
Iran	-	-	-	(38)	-	-	-	(38)	-	-	26
Liberia	(36)	-	-	-	(71)	-	-	(71)	-	(71)	28
Mali	1	9	116	4	75	3	14	13	10	11	916
Mauritanie	4	10	56	7	59	1	15	32	6	10	1468
Maroc	-	-	-	(71)	-	-	(71)	(142)	-	-	14
Moldavie	-	-	-	8	23	23	8	8	8	-	129
Nigeria	39	13	-	-	46	7	26	92	-	7	153
Pakistan	13	19	-	27	8	46	13	23	13	-	477
Perou	-	-	-	-	-	-	-	(105)	-	-	19
Roumanie	17	-	-	8	-	-	-	8	-	-	118
Russie	-	14	-	7	14	21	7	28	-	-	140
Rwanda	22	11	11	11	11	22	32	65	-	97	93
Sénégal	24	14	52	10	67	-	5	48	-	-	210
Sierra Leone	39	-	17	4	43	-	26	61	5	26	231
Somalie	-	-	-	(91)	-	-	-	(91)	(91)	-	11
Soudan	(71)	(36)	-	-	-	-	-	-	-	-	28
Sri Lanka	25	11	-	34	<1	2	21	31	7	-	2715
Tchad	-	-	-	(34)	(69)	-	-	(34)	-	(69)	29
Togo	-	70	-	23	47	-	23	-	-	-	43
Turquie	-	2	-	5	22	1	3	51	4	-	1340
Ukraine	-	-	-	12	-	24	-	12	-	-	83
Serbie-Mont.	-	-	-	-	-	-	-	23	-	-	43

---

## PRÉVENTION ET DÉPISTAGE :

# SEXUALITÉ, PROCRÉATION, CONTRACEPTION

*L'exil et la migration retentissent très souvent sur la sexualité de femmes et d'hommes en majorité jeunes, comme sur le désir d'enfants. La précarité sociale qui touche les demandeurs d'asile, particulièrement les femmes seules, complique encore l'usage de la contraception. Grossesse et bilans de stérilité constituent des motifs fréquents de premier recours aux soins.*

---

**Exil et sexualité.** La sexualité est toujours perturbée dans un contexte d'exil récent. Parce qu'elle concerne de multiples aspects de la vie - l'identité, la relation à soi, à l'autre, les sentiments, le plaisir -, ses troubles provoquent une souffrance que le soignant peut soulager par le simple fait de «pouvoir en parler». S'il faut le plus souvent permettre l'émergence d'une plainte, celle-ci est exprimée d'emblée chez certains patients, le plus souvent en fin de consultation. Les difficultés d'accès à un hébergement autonome maintiennent de nombreuses femmes dans une situation de dépendance sexuelle vis-à-vis de l'hébergeant. La prise en charge est médico-sociale, et relève parfois d'une psychothérapie. Les causes organiques sont très rares, et le recours à l'andrologue ou à l'urologue le plus souvent inutile.

**Culture et sexualité.** Dans beaucoup de sociétés, la notion de pudeur a une valeur morale primordiale. On ne peut parler en public de ce qui touche à la sexualité, au corps, au sang, au sperme, même devant sa famille. Selon la croyance, la sexualité licite (virginité, fidélité) évite toute souillure et toute tentation. Concernant la femme, la sexualité fonctionne souvent dans le registre du pur et de l'impur, du «propre» et du «sale». Dans les sociétés musulmanes, l'islam invite l'homme et la femme à prendre du plaisir, sans avoir obligatoirement un objectif de

*«Les difficultés d'accès à un hébergement autonome maintiennent de nombreuses femmes dans une situation de dépendance sexuelle vis-à-vis de l'hébergeant.»*



 >> PRATIQUE

**PRISE EN CHARGE INITIALE DE LA GROSSESSE**

**Protection maladie indiquée en admission immédiate CMU.C ou AME/PASS** (cf. pages 207 et 155).

- Consultation médicale avec examen clinique ± test urinaire de grossesse.
  - Bandelette urinaire : Glycosurie, Protéinurie (obligatoire) et surveillance Nitrites, Leucocytes.
- Examens : Groupe-Rhésus, NFS-plaquettes, Sérologie Rubéole, Sérologie Toxoplasmose, ASAT-ALAT, Ag HBs, Sérologie VHC, TPHA-VDRL, sérologie VIH (avec l'accord de la patiente).
- Echographie obstétricale pour le calcul du terme (11<sup>e</sup>-14<sup>e</sup> semaine), l'examen morphologique (20<sup>e</sup>-23<sup>e</sup> semaine) et le dépistage des malformations curables à la naissance (30<sup>e</sup>-32<sup>e</sup> sem.).
- Orientation sur le service de PMI/Maternité de l'hôpital public de proximité. En cas de refus d'inscription, utilisation des services d'urgence au moindre doute avec le 15 (Samu) ou le 18 (pompiers).

procréation. La sexualité n'est pas considérée comme un acte coupable, à condition de s'exercer dans le cadre du mariage. Bien que rejetée par la religion, l'homosexualité peut être socialement admise dans la mesure où le fonctionnement du groupe n'est pas perturbé et où elle correspond à une pratique transitoire vers l'hétérosexualité. Dans certains pays, l'homosexualité est punie d'emprisonnement, ce qui peut constituer un motif d'exil.

**Exil et grossesse.** Chez de nombreuses femmes, particulièrement des Africaines, l'exil renforce le désir d'avoir un enfant en France, pour des raisons beaucoup plus souvent symboliques (l'enfant doit devenir le lien entre ici/maintenant et là-bas/avant, ou incarner les parents morts) que juridiques (espoir d'une régularisation administrative). La grossesse est un motif fréquent de consultation médicale, pour une double demande de surveillance et d'accès à l'hôpital en vue de l'accouchement.

**Information sur la contraception.** Si la demande de contraception est rarement spontanée, la majorité des patientes l'acceptent lorsqu'elle est proposée. Certaines Africaines pensent que «la pilule, ça rend stérile», comme certaines Européennes le pensent du stérilet. En raison de l'impact symbolique des moyens évoqués, en parler nécessite des précautions pour que le préservatif ou la pilule ne soient pas perçus comme une atteinte à la virilité, au plaisir, à la morale ou à la pureté. La présence d'un tiers, surtout si c'est un homme, doit généralement être évitée. L'examen gynécologique, qui ne facilite pas l'entretien, n'est pas indispensable lors de la 1<sup>ère</sup> consultation. Il est particulièrement important de parler de contraception avec la femme qui vient d'accoucher, qui allaite, qui a un enfant en bas âge, ou qui demande une IVG.

**Moyens de contraception.** La méthode doit être adaptée au mode de vie de chacun/e. Le préservatif masculin est la méthode de référence pour la prévention du VIH et des IST (cf. page 268), mais la femme n'en a pas toujours la maîtrise et son efficacité contraceptive est plus faible que celle de la pilule, dont certaines sont prises en charge avec la CMU/AME. Le préservatif féminin peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel (FEMIDOM). Il a l'avantage de donner à la femme la maîtrise de l'utilisation, mais son taux d'échec comme contraceptif est proche de 5%. Parmi les autres méthodes (stérilet, spermicides, anneau vaginal, patch contraceptif...), l'implant progestatif (IMPLANON, 138 €, R65%) peut être très utile pour des femmes en situation de précarité (posé pour 3 ans et retirable à tout moment).

## DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Délais légaux : 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée (retards de règles). En cas de grossesse vue précocément (< 49 j d'aménorrhée), méthode médicamenteuse possible (le «RU»).

- Protection maladie nécessaire en admission immédiate CMU.C ou AME/PASS (cf. pages 155).
- Si la grossesse est vue précocément : dosage plasmatique quantitatif des  $\beta$ HCG et Groupe-Rhésus.
- Dans les autres cas : Test urinaire de grossesse, Groupe-Rhésus, Echographie obstétricale.
- Pour l'orientation sur un Centre d'Orthogénie, s'adresser au Centre de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) et/ou à un centre du Mouvement Français de Planning Familial (MFPE, voir les coordonnées des centres et permanences téléphoniques sur [www.planning-familial.org/annuaire](http://www.planning-familial.org/annuaire)).

**La contraception d'urgence peut être utilisée dans les 72 heures** suivant un rapport non protégé, un oubli de pilule, un accident de préservatif quelle que soit la date du cycle. Elle est efficace dans près de 80% des cas. Il existe deux types de pilules : TETRAGYNON, un œstrogénostatif délivré sur prescription (4 €, R65%), et NORLEVO, un progestatif en vente libre en pharmacie où elle est également délivrée gratuitement aux mineures (8 €, 2 cp). Les 2 comprimés sont à prendre en une seule prise le plus tôt possible après le rapport sexuel à risque et impérativement avant 72 heures après le rapport. En cas de retard de règles malgré la prise de cette contraception d'urgence, faire le test de grossesse. ■

**«Certaines Africaines pensent que "la pilule, ça rend stérile", comme certaines Européennes le pensent du stérilet.»**



 >> ZOOM

### CENTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE (CPEF, cf. page 176)

Les CPEF assurent à titre gratuit pour les mineures et les non-assurés sociaux la consultation médicale, la délivrance de moyens de contraception (pilule, stérilet...), les examens complémentaires, le suivi (Loi du 18/12/89, Décret du 06/08/92). Certains CPEF assurent également le dépistage et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (cf. page 271).

## PRÉVENTION ET DÉPISTAGE : NUTRITION

**L'alimentation joue un rôle essentiel pour la santé. Pour assurer les grandes fonctions (activité cardiaque, respiration, digestion, maintien de la température) le corps a des besoins nutritionnels auxquels s'ajoutent ceux liés à l'activité physique. Une alimentation déséquilibrée constitue un des facteurs de risque de surpoids, d'obésité et de maladies métaboliques (maladies cardiovasculaires et diabète notamment).**

### LES BESOINS ALIMENTAIRES

**Les aliments fournissent à l'organisme les nutriments essentiels.** Mesurée en kilocalories (kcal appelée plus couramment calorie), l'énergie est fournie par les protides (1 g = 4 kcal), les glucides (1 g = 4 kcal) et les lipides (1 g = 9 kcal).

- Les protides (ou protéines) sont des matériaux de construction (ils fournissent 15% des apports énergétiques). Ils permettent la fabrication, la croissance et la réparation des tissus de l'organisme (os, muscles, peau...). Les protides du lait, du fromage, de la viande, du poisson apportent tous les acides aminés essentiels.
- Les glucides sont la principale source d'énergie (50 à 55%). Il est nécessaire de consommer des glucides complexes contenus dans les féculents (pain, riz, pommes de terre...), ainsi que des glucides simples contenus dans les fruits et légumes, le lait et les produits sucrés.
- Les lipides (graisses) fournissent beaucoup d'énergie sous un faible volume (< 35%). Ils se trouvent dans les matières grasses de cuisson et/ou d'assaisonnement (beurre, crème fraîche, margarine, huile...) ou dans les aliments dans lesquels ils ne sont pas directement visibles (viandes, charcuteries, lard, lait et fromages, oléagineux, mais aussi croissants, chips, biscuits).

UNE RÈGLE SIMPLE :  
manger un peu de tout,  
chacun des 7 groupes  
d'aliments devant  
être représenté  
à chaque repas.

- Les vitamines, les minéraux et les oligo-éléments sont fournis essentiellement par l'alimentation. Actifs en petites quantités, ce sont les vitamines liposolubles (A, D, E, K) qu'on trouve dans les aliments riches en graisses, les vitamines hydrosolubles (C, B) dans les aliments riches en eau, de nombreux minéraux et oligo-éléments parmi lesquels le calcium et le phosphore (nécessaires au tissu osseux), le sodium (essentiel dans les échanges cellulaires) et le fer (présent dans les globules rouges où il joue un rôle dans le transport de l'oxygène).
- Les fibres sont indispensables au bon fonctionnement de l'intestin. On les trouve dans les légumes verts, les légumes secs, les fruits secs, les céréales complètes et le pain complet.
- L'eau joue un rôle à toutes les étapes de la digestion et des échanges cellulaires. C'est le principal constituant du corps humain (60%).

## SANTÉ ET NUTRITION

**Manger est à la fois une nécessité vitale, un acte social, et un plaisir.** Selon le mode de vie et les goûts de chacun, il est possible d'élaborer des menus savoureux qui permettent de se rassasier et de favoriser une bonne santé. Pourtant, malgré l'abondance de notre société, une partie de la population n'a pas accès à une alimentation équilibrée en quantité et en qualité.

**Propositions face aux déséquilibres alimentaires les plus fréquents :**

- Excès de graisses (par habitude et appétence). On peut mesurer l'huile de cuisson au lieu de verser «à vue» dans le plat : 1 à 2 cuillérées par jour d'huile par personne (tenir compte de la taille et de l'activité de la personne, ainsi que des autres aliments consommés sur la journée). Manger du pain au lieu des croissants, biscuits, etc.
- Excès de sucre (par goût). Boire de l'eau (y compris l'eau du robinet) à la place des «jus» et des sodas. Diminuer progressivement la quantité de sucre dans les boissons chaudes.
- Insuffisance de fruits et légumes (manque d'habitude, manque d'argent) : avec les recommandations précédentes, on peut faire des économies qui servent à acheter plus souvent des fruits ou des légumes. Manger plus souvent des légumineuses (haricots, fèves, lentilles...).



### ➤ ZOOM

#### SEPT GROUPES D'ALIMENTS ASSURENT LA COUVERTURE DES BESOINS

- Groupe I : lait et produits laitiers apportent protides animaux, lipides, calcium, vitamines A, B et D.
- Groupe II : viandes, poissons et œufs apportent protides animaux, lipides, fer, vitamines A et D.
- Groupe III : pain, céréales, féculents, légumes secs apportent protides végétaux, glucides complexes, fer, vitamines B et des fibres.
- Groupe IV : matières grasses apportent lipides animaux et végétaux, vitamines A, D, E, K.
- Groupe V : légumes verts et fruits apportent glucides, eau, fibres, sels minéraux (fer, sodium, magnésium, potassium), vitamine C.
- Groupe VI : sucres et produits sucrés apportent des glucides simples (certains produits comme les pâtisseries et le chocolat apportent en même temps des lipides).
- Groupe VII : boissons : les eaux, les sodas, les boissons alcoolisées.

- Insuffisance de produits laitiers (par habitude et/ou troubles digestifs). Les besoins en produits laitiers ne sont pas spécifiques aux enfants, mais concernent tous les âges (apport de calcium, protéines animales bon marché). Manger du yaourt si le lait n'est pas supporté.
- Répartition déséquilibrée sur la journée (limitation à 2, voire 1 repas par jour, généralement le dîner). Rappeler l'importance des 3 repas par jour, et du rôle du petit-déjeuner pour démarrer efficacement la journée.

### DIFFICULTÉS ET RECOMMANDATIONS POUR LES MIGRANTS DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

**Les migrants qui s'établissent définitivement dans un autre pays, seuls ou en famille, se trouvent dans un processus d'adaptation, progressif et souvent difficile**, qui est fait d'abandon de pratiques, souvent ancestrales, acquises au pays d'origine et d'apprentissage de nouvelles habitudes de vie. Les pratiques alimentaires sont influencées par les savoirs acquis et la nouvelle offre alimentaire. Les habitudes, même si elles sont bien ancrées, vont se modifier progressivement en particulier sous l'influence des enfants scolarisés qui découvrent et adoptent, souvent avec enthousiasme, les habitudes alimentaire du pays d'accueil.

Si les nouveaux savoirs permettent de découvrir des aliments inconnus importants pour un bon équilibre nutritionnel (lait, fromage, fruits), ils peuvent aussi pousser à l'abandon de régimes équilibrés au profit d'une restauration rapide moins élaborée. Les diverses enquêtes ont montré que les femmes et les enfants de la première génération présentaient un surpoids ou une obésité le plus souvent liés à une consommation excessive de graisses et de sucres rapides (sodas, friandises) et à la sédentarité.

**Les recommandations du PNNS (Programme national nutrition-santé) intéressent tous les consommateurs.** L'éducation nutritionnelle des populations migrantes est essentielle, mais elle doit être prudente et tenir compte des conditions de vie souvent très précaires, des habitudes alimentaires traditionnelles, de la religion, des fêtes qui entretiennent le lien avec le pays d'origine. Chaque population a un savoir de la santé et en particulier du «savoir manger» pour être et rester en bonne santé. C'est dans la compréhension de ces savoirs et le partage

*«Chaque population a un savoir de la santé et en particulier du "savoir manger" pour être et rester en bonne santé.»*

des diverses expériences que réside l'apprentissage de nouvelles habitudes alimentaires en maintenant le plaisir et la convivialité de l'alimentation.

## LES 9 OBJECTIFS PRIORITAIRES DU PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ

(PNNS 2001-2005)

pour une information exhaustive, consulter le site de l'Inpes ([www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr))

### • Objectifs portant sur la consommation alimentaire :

- Augmenter la consommation de fruits et légumes (réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et de légumes d'au moins 25 %) ;
- Augmenter la consommation de calcium (réduire de 25 % le nombre de sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant la prévalence des déficiences en vitamine D) ;
- Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers (réduire de 25 % la consommation des acides gras saturés parmi l'ensemble de la population) ;
- Augmenter la consommation des glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments source d'amidon, en réduisant de 25 % celle des sucres simples, et en augmentant de 50 % celle des fibres ;
- Réduire l'apport d'alcool en dessous de 20 g par jour chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel.

### • Objectifs portant sur des marqueurs de l'état nutritionnel :

- Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population adulte ;
- Réduire de 10 mm Hg la pression artérielle systolique chez les adultes ;
- Réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC>25kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes ;
- Interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant.

### • Objectifs portant sur l'activité physique :

- Augmenter l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne (augmenter de 25 % le nombre de sujets faisant par jour l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide). La sédentarité, facteur de risques de maladies chroniques, doit être prévenue chez l'enfant.

### • Moyens :

- Faire 3 repas par jour ;
- Manger à chaque repas : fruits et légumes, un produit laitier ou du lait, du pain, des céréales, des pommes de terre ou des légumes secs ;
- Manger 1 à 2 fois par jour : du poisson (si possible), de la viande (maigre) ou des œufs ;
- Limiter la consommation de sel, de produits sucrés et de matières grasses ajoutées ;
- Boire de l'eau à volonté et limiter les boissons alcoolisées ;
- Faire de l'exercice physique. Même d'intensité modérée, l'activité physique est bénéfique pour la santé et peut être intégrée dans la vie quotidienne en fonction des habitudes et des possibilités : trajets courts à pied, descendre à un arrêt de bus ou de métro plus tôt, accompagner les enfants à l'école, profiter de la pause déjeuner pour marcher 15 minutes. Il est recommandé de faire au moins 30 minutes d'activité physique chaque jour (si possible 10 minutes à la fois et d'intensité modérée).

## DIFFICULTÉS ET RECOMMANDATIONS POUR LES EXILÉS PRIMO-ARRIVANTS

**L'exil et la précarité ont un retentissement important sur l'alimentation.** La rupture brutale avec la société d'origine provoque une confrontation sans transition à une autre société dont on ne possède pas les codes culturels. En outre, les demandeurs d'asile perçoivent moins de 10 € par jour pour survivre. Qu'ils soient hébergés par un compatriote ou dans un foyer, ils élaborent rarement leur repas. Le recours aux interprètes professionnels pour les consultations médicales sont d'une grande aide pour les patients exilés. Ces expériences permettent de dégager quelques recommandations simples, bien que souvent difficiles à mettre en pratique.

### Recommandations générales :

- Faire si possible les courses à plusieurs et partager. Choisir les supermarchés qui vendent les produits les moins chers et se tenir à sa liste de courses. A valeur nutritive égale, privilégier les aliments les moins chers (le lait et les œufs sont moins chers que la viande et le poisson). Acheter les fruits et les légumes de saison et ne pas hésiter à faire les courses en fin de marché (on y fait souvent des affaires). La consommation d'aliments originaires du pays favorise le lien entre compatriotes exilés, mais ces produits peuvent être très coûteux.
- Boire l'eau du robinet qui est saine (considérée dangereuse a priori par la plupart des exilés) et limiter la consommation de sodas.

### Recommandations en fonction des habitudes pour certaines populations :

- Les Bangladais, rarement en famille, vivent à plusieurs et font la cuisine à tour de rôle. Les plats doivent convenir à tous sous peine de perdre son hébergement dans le groupe. Les 3 repas sont respectés, relativement équilibrés, mais souvent pris à des heures inhabituelles. On peut conseiller de diminuer les graisses et les sucres et recommander l'activité physique.
- Les Congolais font rarement 3 repas par jour. Ils grignotent toute la journée et ne font qu'un repas mal équilibré (grosse portion, excès de graisse et de sucres). C'est dans cette population que l'on rencontre le plus

de personnes - en particulier des femmes - en surpoids ou obèses, avec des prises de poids très importantes lors des premiers mois en France. L'obésité n'est pas souvent perçue comme un problème de santé contrairement à la maigreur, associée à des maladies stigmatisantes (sida, tuberculose).

Proposer de diminuer les sucres (sodas, jus et nectars de fruits, café ou thé sucrés avec plusieurs morceaux de sucre, chocolat, viennoiserie).

- Les Maliens et Mauritaniens mangent souvent dans des foyers ou chez des compatriotes, du riz accompagné d'une sauce à la viande ou au poisson préparée avec une quantité d'huile qui pourrait être diminuée. Les fruits et les légumes frais sont rares. La plupart boivent du lait ou mangent des bouillies de lait et des yaourts, mais certains ne supportent pas le lait. Ce régime pauvre en fibres provoque des troubles du transit (constipation). Le conseil de manger fruits et légumes n'est pas facile à suivre pour des raisons économiques.
- Les Tamouls du Sri Lanka sont le plus souvent hébergés par des compatriotes et font 3 repas par jour. Le riz associé aux légumes et aux protides animaux en petite quantité est la base de l'alimentation. La fréquence du diabète et des hyperlipidémies fait préconiser d'utiliser le moins possible de graisses pour la cuisson et l'assaisonnement, de limiter la consommation des sucres et de consommer davantage de fruits frais et de légumes secs. ■

**«L'obésité n'est pas souvent perçue comme un problème de santé contrairement à la maigreur, associée à des maladies stigmatisantes.»**

## PRÉVENTION ET DÉPISTAGE : SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

**La carie (altération de la dent) et la parodontopathie (gingivite et atteinte de l'os) constituent les principales maladies bucco-dentaires dans la population générale. La prévention est très efficace. Les traitements précoces évitent les phases douloureuses, la perte des dents, les complications générales. Certaines pathologies générales (diabète, infection à VIH...) ont des conséquences importantes au niveau buccal, favorisant la mobilité des dents et les difficultés de nutrition, en particulier si elles sont associées à un mauvais état de santé bucco-dentaire.**



### >> PRATIQUE

#### CONSEILS DE PRÉVENTION

- Éviter la multiplication des prises de sucres dans la journée (4 prises maximum).
- Brosser les dents 2 fois par jour avec un dentifrice fluoré (le fluor est anti-bactérien, diminue l'acidité et favorise la reminéralisation de l'émail).
- Faire une visite chez le dentiste une fois par an pour un dépistage et des soins précoces.



Dans toutes les pathologies, l'hygiène bucco-dentaire est la mesure qui permet, après les soins, d'éviter une évolution ou une récidive.

### ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence des pathologies dentaires est très élevée (3<sup>e</sup> rang de prévalence dans la classification OMS des maladies). Parmi les exilés reçus au Comede, 98% des patients présentent une pathologie dentaire. Les deux tiers d'entre eux ont des caries avec en moyenne 4 dents cariées (C) par personne, 40% ont des dents absentes avec en moyenne 4 dents absentes (A), et 18% ont un état bucco-dentaire très délabré avec en moyenne C+A = 12.

### CLINIQUE

**Caries.** La carie est provoquée par l'attaque acide de la dent, due à la concomitance de sucres et de bactéries dans la « plaque dentaire » (dépôt mou à la surface de la dent, éliminé par brosseage). Les premiers symptômes sont des douleurs au chaud, au froid et au sucre, qui évoluent spontanément vers une inflammation de la pulpe avec des douleurs spontanées. Puis l'infection se propage dans la pulpe, les racines et au-delà. Des manifestations infectieuses sont alors fréquentes (abcès, granulomes, kystes, cellulites, adénopathies, fistules). Il existe alors des risques de diffusion bactérienne au niveau cardiaque (endocardites), des reins, des articulations, des sinus... Attention : à tous les stades, la pathologie peut passer par des phases asymptomatiques, dangereuses car elles laissent penser - à tort - au patient qu'un processus de guérison spontanée est en cours.

**Parodontopathies.** L'origine la plus fréquente des parodontopathies est la présence de plaque dentaire et la transformation de celle-ci en tartre (calcification par les sels minéraux salivaires). Elle débute par une inflammation réversible de la gencive (gingivite : rougeurs et saignements), et se poursuit par la destruction de l'os qui soutient la dent. Sans traitement, les parodontopathies évoluent vers la mobilité puis la chute des dents.

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

**Soins de carie.** Au début : la dent est soignée et reconstituée par amalgame ou résine composite. Si la pulpe est atteinte, la dent est dévitalisée, et une couronne peut alors être nécessaire. La couronne est une prothèse fixe qui recouvre la dent, en métal (dents postérieures) ou en céramique (dents antérieures). Lorsqu'une dent est trop délabrée, elle est extraite. Les soins et extractions pratiqués sous anesthésie locale sont indolores.

**Remplacement des dents absentes.** La prothèse peut être fixe (bridge) à condition que l'état des dents restantes servant de piliers de part et d'autre de/s la dent/s manquante/s le permette. L'autre solution est la réalisation d'un appareillage mobile, soit en résine (pour des édentations complètes ou très étendues), soit sur une base métallique (stellite).

**Parodontopathies.** Le détartrage est le premier et principal traitement. En cas de pathologies sévères, un traitement chirurgical peut être envisagé.

## ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES (voir Protection maladie page 196)

**Les patients ayant besoin de soins simples** (quelques caries, détartrages, un nombre limité d'extractions...) sont facilement pris en charge dans un cabinet dentaire de proximité.

**Pour les réhabilitations complexes (besoin de prothèse) ou lorsqu'il y a des difficultés particulières (pertes de repères, difficultés de communication...)** : la prise en charge dans un centre médico-social peut être plus adaptée.

**Si le plan de traitement prévoit des actes chirurgicaux importants (nombre élevé d'extractions) ou si le patient présente une pathologie générale,** les services hospitaliers de stomatologie sont plus appropriés. ■



### ➤ ZOOM

#### **Accès aux soins dentaires selon le niveau de protection maladie** (voir page 196)

• La Complémentaire CMU permet la dispense d'avance des frais pour les soins dentaires, extractions et les détartrages. Pour les couronnes et prothèses mobiles, le montant des dépassements d'honoraires est plafonné. Sont notamment exclus du panier de soins dentaires les bridges, la chirurgie parodontale et les prothèses provisoires.

• L'Aide Médicale État (AME) permet aussi la dispense d'avance des frais pour les soins dentaires, les extractions et les détartrages. Mais la prothèse n'est prise en charge que dans la limite du tarif de base de la Sécurité sociale, et le supplément est à la charge du patient, autant dans les cabinets privés que dans les centres de santé.

• En l'absence de protection maladie, notamment pour les périodes de carence légale d'AME, les PASS des hôpitaux publics devraient théoriquement délivrer l'ensemble des soins et prothèses nécessaires (cf. page 156), ce qui est rarement le cas dans la pratique. En région Île-de-France, la PASS dentaire de la Pitié-Salpêtrière reçoit des patients démunis et dépourvus de protection maladie pour des urgences et pour des réhabilitations globales de l'état de santé bucco-dentaire.

## PRÉVENTION ET DÉPISTAGE : VACCINATION

Depuis plus d'un siècle, la politique vaccinale a permis de réduire considérablement le nombre de malades et de décès par maladies infectieuses, mais les microbes responsables existent toujours, en France ou dans le monde. La vaccination permet à l'organisme de générer des anticorps dirigés contre le microbe (virus ou bactérie) concerné. Pour rester efficaces, la plupart des vaccins exigent des rappels réguliers, même à l'âge adulte. Le calendrier vaccinal est régulièrement mis à jour par les autorités sanitaires, et des recommandations spécifiques au rattrapage des vaccinations sont notamment applicables pour les migrants.

### LE CALENDRIER VACCINAL EN FRANCE

(en gras, les vaccinations obligatoires) Le guide des vaccinations est consultable sur [www.sante.gouv.fr/html/dossiers](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers)

Dès le 1 <sup>er</sup> mois	<b>BCG</b> (tuberculose) <i>La vaccination précoce est réservée aux enfants vivant dans un milieu à risques. Le BCG doit être pratiqué pour l'entrée en collectivité.</i>
A partir de 2 mois	<b>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite</b> , Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite B (1 <sup>er</sup> injection)
3 mois	<b>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite</b> , Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite B (2 <sup>e</sup> injection)
4 mois	<b>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite</b> , Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite B (3 <sup>e</sup> injection)
A partir de 12 mois	Rougeole, Oreillons, Rubéole <i>La vaccination associée rougeole-rubéole est recommandée pour les garçons et les filles. La vaccination contre la rougeole doit être pratiquée à partir de 9 mois pour les enfants vivant en collectivité, suivie d'une revaccination 6 mois plus tard en association avec les oreillons et la rubéole. En cas de menace d'épidémie dans une collectivité d'enfants, on peut vacciner tous enfants de plus de 9 mois.</i>
16 - 18 mois	<b>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite</b> , Coqueluche, Haemophilus influenzae b (1 <sup>er</sup> rappel), Hépatite B (4 <sup>e</sup> injection) <i>Lors du 1<sup>er</sup> rappel on peut faire en un site d'injection séparé la vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole.</i>
Entre 3 et 6 ans	Rougeole, Oreillons, Rubéole, 2 <sup>e</sup> dose recommandée pour tous les enfants.
Avant 6 ans	<b>BCG</b> <i>La vaccination par le BCG doit être pratiquée pour l'entrée en collectivité</i>
6 ans	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (2 <sup>e</sup> rappel), Hépatite B (1 <sup>er</sup> injection) <i>La vaccination associée rougeole-oreillons-rubéole est recommandée chez les enfants n'ayant pas encore été vaccinés. L'entrée à l'école est l'occasion de vacciner le même jour que pour diphtérie, tétanos, polio et/ou BCG</i>
11-13 ans	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite : <i>il faut une injection de rappel si la vaccination complète a été pratiquée dans l'enfance.</i> Coqueluche (2 <sup>e</sup> rappel) Oreillons, Rubéole, Hépatite B : <i>pour les enfants non vaccinés et n'ayant pas eu la maladie. Rubéole pour les filles en primo ou en revaccination.</i>
16-18 ans	Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Rubéole : <i>pour les femmes non vaccinées.</i>
> 18 ans	Tétanos, Poliomyélite tous les 10 ans, Rubéole <i>pour les femmes non vaccinées jusqu'à 45 ans</i>
> 65 ans	Vaccination grippale annuelle.

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES ET RECOMMANDÉES

### **Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.**

La diphtérie, exceptionnellement importée en France, prend la forme d'une angine grave, et se transmet par la toux. Le bacille du tétanos, qui vit dans la terre, peut s'introduire dans le corps par une plaie banale. La poliomyélite, qui provoque des paralysies, est en voie d'éradication dans le monde mais peut encore être importée en France. La vaccination contre ces 3 maladies est obligatoire. Chez l'adulte vacciné, le rappel se fait tous les dix ans pour le tétanos et la poliomyélite (Tpolio) ou dTP (REVAXIS, voir page suivante) si la vaccination anti-diphtérique est indiquée.

**Vaccination contre la grippe.** La grippe est une infection respiratoire aiguë très contagieuse provoquée par un virus. Elle constitue un problème majeur de santé publique pour les personnes fragilisées et les personnes âgées. La vaccination est donc indiquée chez les personnes de 65 ans et plus, ainsi que les personnes atteintes de diabète et de maladies chroniques (en particulier troubles respiratoires ou cardio-vasculaires). Schéma vaccinal : 1 dose SC profonde ou IM au début de l'automne.

**Vaccination contre l'hépatite B** (cf. page 278). Elle est recommandée lorsque Ag HBs et Ac anti HBs sont négatifs chez tous les migrants, particulièrement pour les exilés d'Afrique de l'Ouest et d'Asie de l'Est en raison d'une prévalence plus importante. Schéma vaccinal (*ENGERIX B*, *GENHEVAC B x 1*, 19 €) : injection intra-musculaire à 0, 1 et 6 mois. A l'heure actuelle, aucune donnée ne permet d'affirmer que la vaccination contre l'hépatite B augmente le risque de sclérose en plaques.

**Vaccination contre la rubéole.** Elle concerne toutes les femmes en âge de procréer lorsque la sérologie de la rubéole est négative. En effet, la contamination pendant la grossesse est grave en raison d'un risque élevé de malformations fœtales (surtout pendant le premier trimestre de grossesse). Pour de nombreuses femmes migrantes en situation de grande précarité sociale, la difficulté de la vaccination tient à ce qu'elle doit être réalisée sous une contraception efficace, débutée un mois avant et poursuivie deux mois après la vaccination (*RUDIVAX*, 1 injection SC, 6 €).

**En cas de retour au pays, provisoire ou définitif**, certains vaccins peuvent être utiles (hépatite A, typhoïde) ou obligatoires dans certains pays (fièvre jaune). Il faut s'adresser à un centre agréé (liste des centres consultable sur [www.sante.gouv.fr/hm/dossiers](http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers) puis vaccins).



### >> PRATIQUE

#### OÙ SE FAIRE VACCINER ?

Les vaccinations obligatoires (BCG, DTP) sont assurées gratuitement dans les centres de vaccinations et à la PMI pour les enfants jusqu'à 6 ans (demander les adresses à la mairie). Certains départements ont élargi la gratuité à d'autres vaccinations (Pentacoq, Hépatite B). Le ROR est gratuit jusqu'à 13 ans.

Les centres de santé et les médecins généralistes assurent également le suivi des vaccinations.

Les vaccinations sont presque toutes remboursées par la Sécurité sociale à 65% ; et sont intégralement prises en charge avec la complémentaire CMU ou l'AME.

// **sur internet :**

> [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

## RATTRAPAGE DU CALENDRIER VACCINAL DES MIGRANTS ACCUEILLIS EN FRANCE

**Le rattrapage des vaccinations selon l'âge est préconisé par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF 2003),** sur proposition du Comité technique des vaccinations. Il n'est pas recommandé de raccourcir les intervalles entre les doses et rappels d'une vaccination car la réponse immunitaire serait diminuée, mais on peut compléter un schéma de vaccination retardé en donnant les doses vaccinales manquantes, même si la dose précédente est très ancienne, en raison de l'existence d'une mémoire immunitaire.

Il n'y a pas d'inconvénient à administrer un vaccin viral (rougeole-rubéole-oreillons, ou polio), Hib, Hépatite B à une personne éventuellement déjà protégée qui ne pourrait présenter une preuve de la vaccination. Par contre, des réactions locales ou générales pourraient être observées chez des personnes déjà vaccinées par le vaccin combiné DTC lors de l'administration des doses supplémentaires, ce qui fera préférer le dTP ou REVAXIS (cf. infra).

**Rattrapage des vaccinations en retard chez l'enfant dont la vaccination avait été commencée :** administrer le nombre de doses qu'il devrait avoir reçues en fonction de son âge.

**Rattrapage des vaccinations chez les enfants encore non vaccinés :** Le protocole suivant a pour objectif d'aligner les vaccinations sur le calendrier français. Tous les enfants non vaccinés de moins de 6 ans doivent également recevoir 2 doses de vaccin rougeole-rubéole-oreillons, à au moins 1 mois d'intervalle, ceux de 6 ans à 13 ans au moins une dose.

AGE	ANTIGÈNES	PRIMO-VACCINATION	PREMIER RAPPEL	DEUXIÈME RAPPEL
1-5 ans	DTCaPolio x 4	Mois 0 : DTCaPolioHibHB	Mois 8 à 12 :	A 6 ans ou plus de 2 ans
	Hib x 1, HB x 3	Mois 2 : DTCa Polio, HB	DTCaPolio, HB	après 1 <sup>e</sup> rappel : DTCaPolio
6-10 ans	DTPolio* x 4	Mois 0 : DTPolio, HB	Mois 8 à 12 :	A 11-13 ans ou plus de 2 ans
	HB x 3	Mois 2 : DTPolio, HB	DTPolio, HB	après 1 <sup>e</sup> rappel : DTPolio
11-18 ans	DTCaPolio x 3	Mois 0 : DTCaPolio, HB	Mois 8 à 12 :	Tous les 10 ans : Tpolio
	HB x 3	Mois 2 : DTPolio, HB	DTPolio, HB	

**D** Diphtérie, **T** Tétanos, **Ca** Coqueluche acellulaire, **Hib** Haemophilus influenzae, **HB** hépatite B

\* ou REVAXIS = dTP, moins concentré en anatoxine diphtérique que le D.T.POLIO indisponible actuellement

### Rattrapage des vaccinations chez l'adulte jamais vacciné :

ÂGE	ANTIGÈNES	PRIMOVACCINATION	PREMIER RAPPEL	RAPPEL SUIVANTS
> 18 ans	T Polio x 3	Mois 0 et 2	Mois 8-12	Tous les 10 ans

Pour les adolescents et les adultes migrants et susceptibles de retourner au pays d'origine et en cas de doute sur une vaccination antérieure, il est conseillé d'utiliser de préférence un vaccin combiné diphtérie, tétanos, polio sous-dosé en anatoxine diphtérique : le dTP ou REVAXIS. Le REVAXIS peut également être utilisé en injection de rappel dès l'âge de 6 ans.

**Pour l'adulte vacciné dans l'enfance** : la règle est de tolérer un intervalle pouvant atteindre 20 ans entre 2 rappels de T Polio et de donner 2 doses à au moins un mois d'intervalle si le dernier rappel date de plus de 20 ans. Si la vaccination anti-diphtérique est indiquée (travailleur de santé, voyageurs) utiliser le dTP ou REVAXIS (cf. ci-dessus).■

## PSYCHO-TRAUMATISME : TRAUMA ET TORTURE

*La moitié des demandeurs d'asile ont été victimes de violences ou de sévices au pays d'origine. La question du traumatisme et de la torture occupe ainsi une place centrale et complexe dans la demande de soins des exilés, pour des raisons psychologiques et thérapeutiques, mais aussi juridiques et politiques. La prise en charge thérapeutique devrait en effet respecter tout ce que la souffrance psychologique peut avoir d'inexprimable. Or celle-ci est sommée de s'exprimer devant l'exigence juridique toujours plus forte de «preuves» de persécutions, dans un contexte de crise du droit d'asile. Actuellement, la demande très fréquente du «certificat médical» (cf. page 313) peut réactiver la souffrance psychologique et compliquer la prise en charge thérapeutique. Elle porte également atteinte au respect de la convention de Genève en prétendant stigmatiser les personnes «persécutées» parmi l'ensemble des personnes «craignant les persécutions».*

VOIR AUSSI : Dépression page 250, Prévention, exil et cultures page 218

### CONTEXTE ET DÉFINITIONS

*«Garder le silence, c'est permettre à la malédiction de la torture de poursuivre l'exilé en exil.»*

Les exilés ont survécu à de multiples traumatismes, du pays d'origine (persécutions, tortures) au pays d'accueil (exclusion, rejet de la demande d'asile), avec pour fond commun le traumatisme de l'exil (cf. page 14). L'absence de préparation psychique à la séparation brutale de l'environnement d'origine peut réactiver des ruptures de l'enfance et des situations traumatiques refoulées et protégées jusqu'alors du débordement pathologique par des défenses psychologiques plus ou moins solides. Certains traumas que les exilés «partagent» avec les autochtones, comme la découverte d'une maladie grave, peuvent produire les mêmes effets. C'est généralement au cours de la psychothérapie, pour les patients qui en relèvent, qu'il sera possible d'établir si la symptomatologie apparente est uniquement réactionnelle à l'exil et/ou si elle s'étaye sur d'anciennes ruptures.

**Le trauma, ou traumatisme, désigne une lésion ou une blessure produite par un choc mécanique et/ou émotionnel.** Certaines définitions évoquent une effraction de la peau, une brèche dans l'enveloppe corporelle. Les cicatrices qui en résultent sont parfois mises en avant par le demandeur d'asile. Or le plus souvent, sans lésion physique apparente, c'est «à l'intérieur» que des commotions se sont formées, enkystées. Ces conséquences psychologiques du trauma, très fréquentes, sont les plus douloureuses et les plus complexes à diagnostiquer et à soigner.

## LA TORTURE, L'HORREUR HUMAINE DE LA SOUFFRANCE INFLIGÉE

**Symptomatique de la pathologie du pouvoir, la torture est pratiquée dans plus de la moitié des pays du monde.** Tolérée par certains gouvernements qui veulent ignorer ce que fait leur police, utilisée par d'autres comme technique de répression organisée, c'est la conséquence planifiée de régimes dictatoriaux et paranoïaques. Pour être «efficace», le processus de la torture doit reposer sur un groupe, une «confrérie» de tortionnaires, impliqués à différents niveaux. Le bourreau n'agit pas seul.

**Malédiction de la torture et contagion du silence.** Un sentiment pénible, d'impudeur et de voyeurisme s'empare de celui ou celle qui cherche à comprendre la cruauté des hommes. Essayer de rapporter ce qu'en dit le survivant, c'est risquer de réduire sa parole et de trahir son expérience de la souffrance. Mais garder le silence, c'est permettre à la malédiction de la torture de poursuivre l'exilé en exil. Car c'est là son objectif fondamental : si elle prétend «faire parler», la torture vise essentiellement à faire taire. Dans une contagion progressive du silence, elle atteint progressivement tous les membres du corps social.

**La torture ne se réduit pas à l'agression physique, elle est un processus systématique de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle.** La torture physique en est l'image la plus populaire mais aussi la plus réductrice. Ce sont pourtant les séquelles «physiques», cicatrices de brûlures, coups et coupures qui fondent le mythe de la preuve en matière de certification médicale. Inaccessible à la preuve, la torture commence par le mépris, l'intimidation, les menaces, les accusations gratuites, l'humiliation, la mise à nu, l'absence d'hygiène, la détention au secret, sans avocat, sans médecin, l'arrestation des proches...



 >> ZOOM

### DÉFINITION DE LA TORTURE

**Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (ONU, 1984) :**

«Le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite.»

**«L'aveu est le point culminant de la dépossession meurtrière de soi.»**

**Dépossession du corps et dépersonnalisation.** Le tortionnaire vise à déposséder la victime du contrôle de son corps et de son entourage, en s'attaquant aux fonctions :

- Physique : la pendaison par les bras pendant des heures, le «planton» ou maintien douloureux et forcé de certaines attitudes, la station debout pendant des jours ;
- Sensorielle : la «cagoule», les yeux bandés ou les éclairages aveuglants sans interruption, les bruits incessants, la promiscuité ou l'isolement, les «simulacres» d'exécution ;
- Biologique : privation de sommeil, de nourriture, immersion jusqu'à l'asphyxie ;
- Erotique et scatologique : électricité sur les zones érogènes, ingestion forcée des urines et fèces qui remplacent le goût des aliments, ou introduction d'objets dans les orifices du corps.

**Il s'agit d'amener la victime à une situation de dépendance extrême, et de dégradation psychologique et biologique massive.** L'espace, le temps, le corps, la réalité ayant été aliénés, il reste une possibilité pour le sujet de préserver une continuité psychique avec celui qu'il était en liberté parmi les siens : la parole non dite, le secret. C'est contre ce dernier refuge que la torture exercera toute sa violence, toute sa cruauté. La dépossession de la parole est la dernière étape d'un long processus d'aliénation violente. La victime doit dire la parole attendue, celle que le tortionnaire sait. Son corps obéit alors à la voix de l'autre, sa voix dit les mots de l'autre. L'aveu est le point culminant de la dépossession meurtrière de soi.

### **«L'AVEU» : AMPUTATION DE LA PAROLE ET VIOL DE LA PENSÉE**

**Obtenir des aveux, c'est chercher à déposséder le sujet de sa parole propre, celle qui ne peut se dire que dans son secret.** La torture devient alors expérimentation d'une psychose (délire) : la victime ressent le vécu insupportable d'être devenue transparente. On lit sa pensée, on la lui vole, la valeur de sa parole est réduite à ce que veut entendre le tortionnaire.

**La lutte est souvent acharnée autour du secret de la parole et de la pensée.** Le combat ne se joue pas dans une seule bataille. Le prisonnier peut utiliser la ruse ou le mensonge. Il peut encore fuir dans son délire, mais la confusion hallucinatoire qui survient parfois (il entend la voix aimée ou haïe...) n'est qu'une

issue fragile et transitoire. Il peut se produire l'effondrement psychique, lorsque l'autre «haï» vient occuper l'espace psychique interne. En devenant autre, fasciné par l'horreur et la souffrance, la victime devient son bourreau. Les sentiments de honte, de l'humiliation et de la haine sont inévitables.

**Dans l'entretien du mythe de la résistance possible, la société condamne tous ceux qui n'ont pas pu résister.** L'un des objectifs de la torture est de légitimer l'aveu comme productif dans les situations de crise majeure. Ainsi, imaginer et entretenir un idéal de résistance fondé sur le courage ou les convictions ne fait que renforcer le jeu du tortionnaire. L'adhésion du groupe social tout entier au mythe de la résistance possible contribue à prolonger la mise en accusation de la victime qui n'a pas pu ou su résister.

## CONSEQUENCES DE LA TORTURE

### **Faire parler pour faire taire : la torture engendre le silence.**

Se taire, réprimer ses émotions, sa révolte, tels sont les principes de vie à observer dans ce contexte. Le survivant vit ces compromis comme des compromissions, une aliénation programmée, comme s'il restait «sous l'emprise d'un autre». Ne faisant plus confiance à la parole, il n'a parfois plus que son corps pour témoigner, ce corps dont les plaintes se dérobent aux examens médicaux et surviennent à des moments particuliers : au crépuscule, à l'aube, avant l'endormissement... périodes de prédilection des actes barbares des bourreaux.

**Culpabilité paradoxale.** Le survivant de la torture est discrédité par son corps brisé et incontinent, discrédité dans son identité de militant, de professionnel, d'homme ou de femme. Compromis par sa participation au processus de sa propre dégradation, il ressent la culpabilité et l'indignité d'avoir cédé et trahi, d'avoir été «prêt à tout pour que ça s'arrête».

**Dépendance affective de type abandonnique.** Elle se traduit par une demande d'affection, de «maternage», en même temps qu'une grande susceptibilité avec hypersensibilité. Mais là encore, le besoin d'être reconnu et accepté par les autres - la société d'accueil - et l'adaptation aux normes imposées supposent de se soumettre aux autres comme il avait dû se soumettre à ses anciens poursuivants, ce qui peut entraîner un profond sentiment de déloyauté et de trahison envers son pays pour l'avoir quitté.

*«...il ressent la culpabilité et l'indignité d'avoir cédé et trahi, d'avoir été "prêt à tout pour que ça s'arrête"..."»*

## CLINIQUE

**Le plus souvent, les symptômes post-traumatiques ne sont pas spécifiques.** Ils diffèrent selon l'histoire du survivant, ce qu'a été sa vie, ses structures intellectuelles ou affectives, la nature des sévices subis, ou la mesure du risque qu'il courait. Le contexte (exil récent, précarité et exclusion) éclaire sur la nature de plaintes souvent associées, dans un isolement relationnel qui traduit en outre une perte de la capacité à renouer des liens. La détresse dans laquelle vivent ces patients se manifeste par :

- Des douleurs très fréquentes : céphalées chroniques et invalidantes, douleurs abdominales, thoraciques, lombaires ou de toute autre partie du corps, parfois attribuées aux sévices subis. Le «bilan de santé» est souvent demandé pour donner sens à ces signaux du corps ;
- Des perturbations diverses et inquiétantes : troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, manque de volonté, apathie, troubles de l'appétit. Les troubles sexuels, impuissance ou éjaculation précoce, sont particulièrement fréquents chez les hommes isolés ;
- L'angoisse est souvent traduite par une «peur sans raison» : peur de rester seul, de la foule, d'être suivi, d'être attaqué. Fréquentes, les insomnies partielles ou totales sont parfois attribuées aux douleurs, mais rarement évoquées spontanément.

**La névrose traumatique, ou syndrome anxio-dépressif post-traumatique.** Différents symptômes apparaissent après un temps de latence, lorsque le patient se sent en sécurité :

- Le syndrome de répétition est très spécifique du traumatisme : cauchemars au cours desquels les traumatismes sont revécus, laissant dans la journée une longue impression de malaise, décharges émotionnelles, caractérielles, crises émotives... Les situations évoquant les conditions du trauma peuvent être des facteurs déclenchants, comme une porte qui claque, un objet qui tombe, les cris d'un enfant, les militaires en uniforme (réactivation du traumatisme à l'occasion des plans «Vigipirate»). Même les caresses du conjoint peuvent être insupportables. Parfois, le syndrome de répétition va s'estomper de lui-même ;
- Les autres troubles, moins spécifiques, vont au contraire s'enkyster. Ils appartiennent également aux autres

névroses, hystériques, phobiques, obsessionnelles, sous forme de crises d'angoisse, d'impression de mort imminente, d'agitation, de syndromes de conversion ou psychosomatiques, d'atteinte de la libido ;

- Des réorganisations de la personnalité peuvent apparaître : sentiments d'abandon, revendications d'allure paranoïaque, attitude de dépendance ou de régression (réflexe vital consécutif à l'expérience du mal, pour retrouver la sécurité du début de l'existence).

**Le syndrome «du certificat médical» est lié au contexte du droit d'asile** (cf. certification médicale). Synonyme de la «dernière chance» d'obtenir un titre de séjour dans l'esprit de nombreux patients, particulièrement après un rejet de l'OFPRA, la demande du certificat prend souvent le chemin détourné de la demande de soins, même lorsque la prise en charge médico-psychologique est indiquée. Les plaintes physiques et cicatrices sont souvent au premier plan, en même temps que sont évoquées les circonstances des violences subies.

## PRISE EN CHARGE MÉDICALE

**Le «récit des tortures», entre la demande d'asile et la demande de soins.** Parfois légère ou distanciée, la manière dont le survivant raconte ce qu'il a vécu semble contredire la réalité de ce dont il prétend avoir été victime. Il arrive que ses affects, sidérés par l'effroi, anesthésiés, ne puissent tendre la main à son récit, du fait de l'absence de secours pendant la torture. Parce qu'elle se situe dans un halo de souffrance, de peur et d'étrangeté, dans une expérience de l'horreur, sa parole devient difficile d'accès, difficile à entendre par les intervenants de la préfecture, de l'OFPRA ou de la CRR, mais aussi par les soignants vers lesquels les exilés sont orientés parfois sous couvert d'une demande «de certificat de compatibilité».

**«Prendre le corps aux maux», avec les contradictions entre l'observation et la parole du patient, dans le respect des défenses et des symptômes.** L'accueil est personnalisé, et facilite le repérage et l'accès à la structure, au médecin, à l'assistante sociale. Il est nécessaire de veiller à ce que les conditions de la consultation ne puissent rappeler aucune des circonstances des sévices : intimité, lumière, éviter les claquements de porte... L'accueil et l'écoute vont respecter le secret et la souffrance. Il ne s'agit pas de «faire parler», mais d'écouter les demi-mots, les paroles déformées, les silences. Il faut savoir résister à la tentation d'être «efficace», de vouloir rassurer

*«Parce qu'elle se situe dans un halo de souffrance, de peur et d'étrangeté, dans une expérience de l'horreur, sa parole devient difficile d'accès...»*

immédiatement. Il faut également éviter la banalisation, voire la négation du trauma qui traduit, pour le médecin, son ignorance et son trouble émotionnel.

**L'examen médical et le bilan de santé constituent une première réponse** aux plaintes exprimées, à l'exhibition de certaines parties du corps qui accompagne parfois l'inefficience des mots. Le «rien à dire et tout à montrer» renvoie à la réappropriation des fonctions jusqu'alors proscrites : regarder, voir, observer, identifier avant d'entrer en relation, de se représenter ce qui est en soi. Outre le dépistage et le diagnostic d'affections sévères par des examens ciblés (cf. bilan de santé) ou certaines séquelles physiques à opérer ou appareiller (cf. orthopédie), le rendu des examens de santé permet de donner des formes à ce qui était impensable parce que terrorisant. Souvent rassurante, la «normalité» du bilan de santé est parfois douloureusement ressentie, ouvrant ainsi la voie à l'intervention du psychothérapeute.

*«Il s'agit de rendre disponible à l'esprit ce que la mémoire seule pourrait à nouveau convoquer comme une exigence toujours vivante de justice.»*

**Des traitements adjuvants peuvent être utiles**, principalement antalgiques, antispasmodiques, anxiolytiques ou hypnotiques. Les antidépresseurs ne sont pas indiqués (cf. dépression). L'ostéopathie peut soulager certaines douleurs lésionnelles, en permettant aux patients de retrouver un contact de toucher «réparateur», à distance des sévices physiques.

**Quand orienter vers le psychothérapeute ?** Le soutien procuré par le regard, l'écoute et la parole, s'il est indispensable, ne constitue pas une psychothérapie, qui suppose l'exercice de compétences psychanalytiques et/ou ethnopsychiatriques. Cette demande est rarement exprimée par les exilés par méfiance et/ou méconnaissance de cette approche. Le recours au psychothérapeute est proposé secondairement, en l'absence d'amélioration des symptômes du patient ou en cas de difficulté pour le médecin.

## PSYCHOTHÉRAPIE

**Une écoute thérapeutique ouverte pour accueillir l'indicible de l'horreur.** L'accueil du patient est toujours difficile, lorsque l'essentiel de sa vie psychique, sa capacité à investir sa parole propre, a failli se perdre. Pourtant, les conditions de l'accueil sont essentielles afin que les exilés qui ont connu la torture puissent en parler, le moment venu, pour pouvoir surmonter ce qu'ils ont vécu, sortir de la position d'objets pour devenir sujets. Il s'agit de rendre disponible à l'esprit ce que la mémoire seule pourrait à nouveau convoquer comme une exigence toujours vivante de justice.

**Préservation du secret et de l'intimité.** Le travail thérapeutique doit toujours tenir compte de ce qui a été essentiellement menacé : le secret de penser, qui sera restitué dans le respect absolu du rythme du patient. Au cours de la prise en charge, le thérapeute devient le « confident », témoin de la souffrance subie, pour permettre de recréer l'enveloppe psychique, rétablir la possibilité de penser secrètement, de choisir de taire ou dire. Le secret d'une perte est parfois la seule possibilité de surmonter la perte du secret.

**Réhabiliter l'espace psychique propre et réinvestir la parole.** Le contrat de soins doit être suffisamment clair et précis pour permettre la continuité du processus thérapeutique et les compromis du patient comme sujet actif dans un monde de contraintes au sein duquel il reprend la parole. La parole lui permet de lutter contre l'effondrement mélancolique, de différencier, grâce aux mots, les pensées des actes. Redevenant son protecteur, le survivant ne se sentira plus inconsciemment coupable d'avoir utilisé des mots pour décrire ce qu'il a vécu. Cette reprise de parole lui permet de s'accorder avec lui-même et avec les autres.

**Elaboration des sentiments de honte, d'humiliation et de haine.** L'élaboration est un « travail de transformation qui s'opère dans un organisme vivant aux dépens des diverses substances, production de ce travail ». Le psychothérapeute tente de contenir ce que projette le patient, et de transformer ses sensations et émotions « brutes » pour les rendre psychiquement comestibles. C'est grâce à l'ingestion de ce qu'il rejetait compulsivement que le patient reconstruit progressivement sa barrière interne érodée pour donner sens à des signaux jusqu'alors insensés et angoissants. Des réactions de révolte (contre les soignants, la préfecture ou l'OFPRA) peuvent témoigner de la progression d'un patient jusqu'alors sidéré et docile.

**Réappropriation d'une identité menacée.** L'objectif est de rétablir la relation du patient avec le milieu, le lien avec les personnes et les choses, de développer sa capacité de transformation du milieu social et de projection de son activité et de son avenir grâce à une meilleure connaissance de lui-même, de ses propres ressources et de la réalité qu'il a vécue.

**Cadre de la thérapie.** Dans l'expérience du Comede, le cadre théorique de la psychothérapie doit souvent être adapté. De nombreux patients viennent irrégulièrement aux entretiens, les rendez-vous sont fixés « au coup par coup », en dehors de l'accueil toujours possible en cas d'urgence. Au cours de la thérapie, le

*« Redevenant son protecteur, le survivant ne se sentira plus inconsciemment coupable d'avoir utilisé des mots pour décrire ce qu'il a vécu. »*

patient peut «disparaître» pour donner signe de vie quelques mois plus tard.

## RISQUES ET DÉRIVES

**L'insertion socio-professionnelle, qui représente l'un des éléments principaux de la thérapie, est entravée par la crise du droit d'asile.** La suppression du droit au travail pour les demandeurs d'asile depuis 1991, l'inexistence de droit à un revenu minimum, et le rejet massif et croissant des demandes d'asile favorisent les effets délétères du trauma sur la santé des exilés, et contrarient en même temps les efforts thérapeutiques entrepris. L'assistance sociale et juridique peut permettre d'en atténuer les effets les plus nocifs.

**L'exigence exponentielle du «certificat médical» accentue les effets du trauma.** Face au déni de droit d'asile, le mythe de la «preuve des persécutions» est à son comble. Sur les conseils ou sous la pression de l'entourage, de l'association de soutien, de l'avocat, et d'abord des instances d'attribution du statut de réfugié, le survivant de la torture est sommé de revivre dans des conditions de temps et de lieu qu'il n'a pas choisies, et le plus souvent dans l'urgence, les sévices infligés par ses bourreaux. En prétendant remplacer la parole de l'exilé par celle du médecin, le certificat médical s'oppose en outre au processus thérapeutique.

**Interférence thérapeutique avec les accompagnants et interprètes «de fortune».** Si cette interférence existe dans l'ensemble des situations de soins, c'est sans doute dans le domaine du trauma qu'elle est la plus néfaste. En cas de difficulté de communication linguistique, la compétence et la neutralité d'un interprète professionnel sont nécessaires. A défaut, les soignants doivent être particulièrement vigilants au rôle que joue, consciemment ou non, un accompagnant partie prenante du trauma (lien de parenté...) ou de la torture (membre du parti tortionnaire...).

**Risques et excès des approches «spécialisées».** La nécessité de sensibiliser aux problèmes de la répression et de l'exil ne doit pas aboutir à créer une pathologie de la torture et stigmatiser en une nouvelle catégorie de malades les personnes qui en ont souffert. Les techniques «actives» peuvent avoir des conséquences dramatiques lorsqu'elles essaient d'aller à l'encontre de l'expérience traumatique sans savoir attendre qu'elle vienne d'elle-même, ou qu'elle reste, pour toujours, innommée. Pas plus que des médecins de l'exil, il n'y a de psychothérapeutes de la torture. Il n'y a que des professionnels informés.

*«Les techniques  
"actives" peuvent  
avoir des  
conséquences  
dramatiques  
lorsqu'elles  
essaient d'aller  
à l'encontre de  
l'expérience  
traumatique sans  
savoir attendre  
qu'elle vienne  
d'elle-même.»*

---

**Enfin, la nécessité d'un tiers symbolique entre les soignants et les patients s'impose.** De nombreux patients sont dans un tel effroi qu'ils ne parviennent pas à se vivre, se percevoir comme étant désormais à l'abri de leurs malfaiteurs. La mainmise de ceux-ci est si puissante que le sujet psychiquement envahi ne peut prendre la distance qu'impose la séparation objective. Si le thérapeute n'a pas une solide formation, les traumatismes peuvent devenir siens, paralyser non seulement son fonctionnement personnel, mais aussi diviser l'institution en «bourreaux et victimes», «gentils et méchants»... clivages indicateurs d'une gestion inadéquate du rôle que les patients font jouer à chacun des membres de l'équipe qui les accueille. Un travail d'équipe et le recours ponctuel à un psychanalyste externe sont d'une grande utilité. ■

**«Si le thérapeute n'a pas une solide formation, les traumatismes peuvent devenir siens...»**

## PSYCHO-TRAUMATISME : DÉPRESSION

*La fréquence des troubles dépressifs actuellement observés chez les exilés témoigne des effets conjugués de la politique du pays d'origine et du pays d'asile : exil, exclusion et précarité. Les facteurs individuels sont toutefois primordiaux dans le déclenchement de la dépression, laquelle peut être entretenue par le statut socio-administratif entrevu pour s'en sortir : celui de «malade permanent» au bénéfice d'une illusoire régularisation «médicale».*

VOIR AUSSI Trauma et torture page 240

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Des syndromes anxio-dépressifs plus ou moins marqués peuvent être observés chez tous les exilés ; parmi les patients vus au Comede, ces syndromes sont plus fréquents pour les Camerounais, Ivoiriens, Nigériens, Algériens, Congolais (Brazzaville et Kinshasa), Guinéens et Haïtiens ; et le tableau clinique de névrose traumatique se transforme souvent en dépression chez les «déboutés» de la demande d'asile et les sans-papiers. Il s'agit le plus souvent d'une dépression réactionnelle, dont les facteurs déclenchants ne sont pas toujours au premier plan. La dépression majeure est plus rare, de même que les autres pathologies psychotiques pour lesquelles il existe souvent une notion de suivi psychiatrique au pays d'origine.

*«Chez les exilés, les idées suicidaires sont rares.»*

### CLINIQUE

**La tristesse est au premier plan du syndrome dépressif, qui associe :**

- Un ralentissement psychomoteur : asthénie (fatigue), aboulie (manque de volonté), anorexie (perte d'appétit), insomnie ;
- Une impossibilité d'envisager l'avenir ;
- Une particularité chez les exilés : les idées suicidaires sont rares.

Ces symptômes apparaissent en rupture avec l'état antérieur du patient.

**La prédominance des plaintes somatiques peut masquer une dépression.** L'asthénie, l'aboulie, l'insomnie vont remplacer le sentiment de tristesse. Les douleurs sont au premier plan, douleurs multiples, atypiques, diffuses, changeantes, plus souvent à la tête et au ventre. Un tel syndrome peut toutefois évoquer une névrose traumatique (cf. page 244). La discordance entre les symptômes allégués et l'importance de l'incapacité fonctionnelle qui en résulte plaide alors en faveur d'une dépression associée. Enfin certaines plaintes, comme l'autodépréciation ou la sensation d'être seul, sont notables chez les patients africains chez qui elles apparaissent comme une modification du rapport à l'expression publique de la maladie.

**Plus rare mais plus grave, la dépression sévère se caractérise par :**

- Une douleur morale intense, des difficultés accrues de communication ;
- Des idées de culpabilité et d'incurabilité, des idées suicidaires ;
- Une altération de l'état général avec délabrement de l'aspect physique.

Les antécédents de dépression sévère, l'ancienneté des troubles, ou l'apparition d'idées délirantes sont autant de facteurs du risque suicidaire. L'évaluation de l'entourage, de l'environnement, des possibilités de prises en charge au quotidien est très importante. Au moindre doute, le recours au psychiatre ou au service régional d'urgences psychiatriques s'impose (cf. page 168).

## PRISE EN CHARGE MÉDICALE

**La prise en charge est centrée sur un suivi médico-social.**

Un statut social stable avec droit au travail étant le plus souvent inaccessible à l'heure actuelle lors des premières années de l'exil, le soutien social consiste essentiellement en une aide à la vie quotidienne. Le suivi médical et/ou psychothérapeutique a alors un rôle symptomatique, pour aider le patient à mobiliser ses ressources afin d'affronter plusieurs années de survie. Les différents intervenants doivent exposer clairement les limites de l'aide qu'ils peuvent apporter afin d'éviter de créer ou d'entretenir l'illusion dangereuse du bénéfice administratif de la maladie (cf. infra).

**Souvent sollicité en premier devant les plaintes somatiques, le médecin généraliste peut jouer le rôle de pivot dans l'accompagnement global** entre les soignants, les travailleurs sociaux et les associations de soutien. L'examen médical initial,

*«...L'auto-dépréciation ou la sensation d'être seul, sont notables chez les patients africains chez qui elles apparaissent comme une modification du rapport à l'expression publique...»*



**➤ ZOOM**

**Les imipraminiques**

sont les médicaments de référence en cas de *dépression importante, mais peuvent provoquer des effets indésirables (sécheresse de bouche, constipation, somnolence, troubles ophtalmologiques et urinaires)* :  
 clomipramine 75 à 150 mg/j en 1 prise par paliers initiaux de 25 mg/j (ANAFRANIL ou Générique 25 mg et 50 mg, 18€/mois) ;

**Les sérotoninergiques** sont mieux tolérés, mais ont une efficacité moins régulière :  
 fluoxétine 20 à 60 mg/j (PROZAC ou Générique cp 20 mg, 41€/mois) ;

Parmi les autres antidépresseurs,

**la miansérine** a une action plus anxiolytique :  
 30 à 60 mg/j le soir (ATHYMIL ou Gé cp 30 mg, 15€/mois).

le bilan de santé (avec dosage des hormones thyroïdiennes T3 TSH) et les traitements symptomatiques peuvent être utiles. surtout, le médecin devient le confident du patient, témoin de la souffrance pour les périodes les plus dures. La qualité et la facilitation de l'accueil dans la structure de soins, la souplesse du cadre du suivi, la présence d'un interprète professionnel chaque fois que nécessaire sont des éléments essentiels de la prise en charge.

**La chimiothérapie par médicaments antidépresseurs est indiquée en cas de dépression confirmée avec retentissement fonctionnel et social important**, elle n'est pas justifiée dans les états de tristesse non pathologiques. Le suivi médical doit être régulier pour évaluer le bénéfice thérapeutique et l'intérêt de poursuivre ou non le traitement après la rémission des symptômes (phase de consolidation).

L'amélioration des symptômes apparaît après 2 semaines, et le traitement doit être prolongé 6 mois à 1 an avec une diminution progressive sous peine de rechute. Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement, un anxiolytique ou un hypnotique. Toute éventuelle coprescription doit être brève et rapidement réévaluée.

**Recours au psychiatre ou au psychothérapeute.**

- Le recours au psychiatre, ponctuel ou en relais du médecin, est indiqué en cas d'incertitude sur le diagnostic ou le traitement, ainsi que pour les patients psychotiques (délire, hallucinations...). Les dépressions majeures relèvent également d'un suivi psychiatrique et parfois d'une hospitalisation en urgence (cf. supra) ;
- Une psychothérapie de soutien auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre est proposée en l'absence d'amélioration pour le patient ou en cas de difficulté pour le médecin.

**PSYCHOTHÉRAPIE**

**Qu'il réagisse par son corps, qu'il reste fixé à une partie altérée, aliénée, ou qu'il répète le même récit, chaque patient exprime à sa façon les liens qu'il a brutalement perdus.** Il lui faut faire le deuil du pays d'origine (cf. page 15), de la croyance qu'il avait d'être protégé, de l'espoir fondé sur le pays d'accueil qui le menace d'expulsion. Il arrive que le patient «récite» de manière impersonnelle ce qu'il a enduré et subi, sans émotion apparente. Ceci se produit lorsque la honte, la culpabilité, la solitude, la tristesse, l'envahissent, et rendent le contenu du récit inaccessible. Le soignant peut être saisi d'un malaise, d'un

sentiment d'impuissance, ce qui sert d'indication à l'orientation vers un psychothérapeute.

**Conduite par un professionnel de formation psychanalytique et interculturelle, la psychothérapie va servir de pont symbolique** non seulement entre le corps et le psychisme du patient, mais également entre celui-ci et le social, ce qu'il a vécu avant, ailleurs et ce qu'il rencontre ici et maintenant. Ce sont des organes isolés des autres que le patient cache et expose, des séquences de vie éparpillées, apparemment sans lien les unes avec les autres qu'il exhume. C'est avec ces fragments épars, parfois contradictoires que le psychothérapeute travaille pour accéder à l'horreur, à l'indicible, à l'élaboration de l'absence, de la perte, de la confrontation à l'inconnu et de la souffrance qu'elles suscitent.

**Le psychothérapeute travaille au plus près des maux exprimés tout en prenant soin de respecter le rythme du patient.** Il doit éviter d'inclure brutalement, sans transition, certaines images, certains mots encore insupportables sur la scène psychique afin d'aider le patient à sortir pas à pas du statut de victime. Le piège réside dans le fait de (re)jouer (inconsciemment, par les questions que l'on pose) au bourreau. C'est pourquoi le thérapeute ne doit en aucun cas forcer celui qui a déserté son corps à en revenir brutalement. Contribuer au réinvestissement de la pulsion de vie nécessite une certaine capacité à conjuguer ce que le patient a vécu avec son corps avant et ailleurs avec ce qu'il vit ici maintenant, puis à l'accompagner dans l'investissement de son intégration et la reconstruction de sa vie.

## DÉPRESSION ET DEMANDE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Dans un contexte de dépression réactionnelle et/ou de névrose traumatique chez un étranger en séjour précaire, le recours aux soignants est souvent associé à une demande plus ou moins explicite de certificat médical. Lorsque la demande d'asile est en cours, ce certificat est destiné par le patient à appuyer sa demande de statut de réfugié face à l'OFPPRA ou à la Commission des Recours, avec des résultats aléatoires et des risques que le médecin ou le psychothérapeute certificateur doit avoir à l'esprit (cf. page 314). Lorsque la demande survient après un ou plusieurs rejets de la demande d'asile, c'est souvent la «régularisation médicale» qui apparaît comme l'ultime espoir pour l'exilé débouté d'obtenir des papiers, faute d'être reconnu réfugié. Cette demande intervient souvent sur les conseils des proches, de l'association de soutien ou de l'avocat,



**➕ >> ZOOM**

**RISQUES DE LA DÉPRESSION CHEZ LES INTERVENANTS EN SANTÉ/SOCIAL**

*Inhérent à tout accompagnement d'une personne qui souffre, ce risque est majoré lorsque cette souffrance apparaît entretenue par notre propre société, de moins en moins hospitalière vis-à-vis des demandeurs d'asile et des sans papiers. Il est difficile de faire abstraction du contexte social, administratif et politique dans lequel s'exprime cette demande de prise en charge.*

*Un sentiment d'impuissance peut survenir devant la faiblesse des moyens dont on dispose pour prétendre aider ces patients à être en «bonne santé». Leur désespoir peut ainsi sembler logique, cohérent et sans issue, au moins jusqu'à ce que l'ancienneté du séjour en France permette d'espérer une régularisation.*

*On peut alors se demander quel est l'intérêt d'un accompagnement social, médical ou psychologique.*

**Pourtant tous les patients ne dépriment pas dans cette situation d'exil et**

**d'exclusion.** Chaque patient est différent, chaque histoire est singulière, celle d'hier et celle d'aujourd'hui. C'est cette particularité historique qu'il s'agit de prendre en compte, en se posant la question, avec le patient, de savoir pourquoi lui s'effondre aujourd'hui. Il s'agit

tous sensibles à sa souffrance et désireux de «tenter quelque chose». En apparence anodine, la délivrance d'un tel certificat doit également être évaluée avec beaucoup d'attention.

**THÉORIE ET PRATIQUE DU DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE (cf. page 77)**

**Actuellement, les réponses des préfetures sont le plus souvent défavorables,** suivant en cela l'avis du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DDASS qui se fonde sur la possibilité théorique de la prise en charge médico-psychologique requise dans le pays d'origine. Le danger représenté en cas de retour au pays, qui fondait la demande d'asile initiale, n'est pas pris en compte dans la mesure où il n'a pas été reconnu par l'OFPPA ou la CRR. En outre, il arrive que le rejet de la demande de régularisation soit assorti d'un Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière qui fragilise encore la situation juridique de l'étranger. Parfois, la demande initiale aboutit à la délivrance d'un titre de séjour, le plus souvent précaire, lequel sera exceptionnellement renouvelé au terme de la prise en charge, ou faute de prise en charge pour un patient guéri de sa dépression.

**L'illusion de la «régularisation pour dépression» peut conduire à entretenir ou aggraver les troubles psychologiques,** en contrariant les objectifs thérapeutiques de la prise en charge. Provoqué par leur exclusion administrative, l'état dépressif deviendrait la justification même du statut social espéré pour les exilés sans papiers, dans une logique «humanitaire» singulièrement perverse. Pour ces raisons, et en dehors de dépressions majeures avec accord du psychiatre, la demande de régularisation doit être déconseillée. Lorsqu'en connaissance de cause, le patient dépose néanmoins sa demande à la préfecture, le médecin est amené à répondre à une demande de renseignements du MISP, dans un rapport médical remis au patient sous pli confidentiel (cf. page 316). ■

*donc de parler de lui avec lui de cette histoire, de ce passé, de chercher de quelle perte il est difficile de faire le deuil, qui est maintenant réactivée, et qui envahit tout le champ de sa pensée jusqu'à l'annihiler. Au contraire, la recherche*

*exclusive des causes «du dehors» maintiendrait le patient dans un statut de victime, d'objet et non de sujet émergent, grâce à l'accès à ses propres ressources psychiques, des décombres de son moi persécuté et menacé.*

# INFECTION À VIH ET IST : SOINS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

*L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), dont le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquisée) représente un stade avancé et mortel en l'absence de traitement, est responsable d'une pandémie mondiale. En France, l'épidémie se poursuit en raison des insuffisances de dépistage et de prise en charge précoce. Pour les personnes prises en charge, les traitements antirétroviraux permettent d'obtenir un équilibre immunovirologique mais non l'éradication virale. L'infection par le VIH devient une maladie chronique, sous un traitement aux effets indésirables fréquents. Les échecs précoces sont rares lorsque le traitement est bien pris par le patient et conduit par des équipes spécialisées.*


VOIR Épidémiologie et prévention dans le chapitre Prévention et dépistage, page 264, Prévention, exil et cultures page 218

## HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE

**Evolution clinique de l'infection à VIH.** En l'absence de traitement, l'infection à VIH évolue selon trois stades cliniques successifs, avec d'importantes particularités : l'évolution diffère selon le groupe d'exposition et selon les individus, les manifestations cliniques sont très diverses, et les interventions thérapeutiques peuvent être multiples dès la séropositivité.

**L'évolution biologique de l'infection par le VIH est un processus continu dès la contamination,** caractérisé par une répllication virale intense et persistante. En l'absence de traitement, la destruction des lymphocytes T CD4 progresse à un rythme de 50 à 80 CD4/mm<sup>3</sup> par an, avec d'importantes variations individuelles. En dessous de 200 CD4/mm<sup>3</sup>, la diminution des défenses immunitaires peut se traduire par la survenue d'infections ou autres affections opportunistes. La stratégie thérapeutique antirétrovirale vise à obtenir une réduction maximale de la répllication virale le plus longtemps possible.



 >> ZOOM

### CLASSIFICATION CDC

Forme clinique  
et durée moyenne

#### Stade A

asymptomatique  
2 à 3 mois

#### Stade B

symptômes mineurs  
10 ans

#### Stade C

Sida  
4 à 6 ans

## // sur internet :

> **Coordonnées des CISIH**  
(Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine) sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

**Lymphocytes T CD4 et charge virale.** Ces indicateurs biologiques sont les meilleurs marqueurs pour assurer le suivi et prendre les décisions thérapeutiques. La numération des lymphocytes T CD4 reflète le degré d'atteinte du système immunitaire et permet de savoir quand commencer les traitements. La charge virale désigne la quantité d'ARN de virus présent dans le sang, reflet de la réplication virale et de la capacité de transmission du VIH.

**Particularités de la Primo-infection dans l'infection à VIH (Stade A).** Des symptômes surviennent dans deux tiers des cas, 1 à 6 semaines après le contact contaminant, dans un tableau pseudo-grippal (syndrome mononucléosique non spécifique : fièvre, adénopathies, pharyngite, rash cutané, leucopénie, thrombopénie...). Le diagnostic est attesté par la présence d'Ag p24 dans le sérum, suivie d'une séroconversion (positivité des anticorps) entre 3 semaines et 2 mois. Une multithérapie antirétrovirale est indiquée, rapidement en cas de manifestations sévères, plus discuté en cas de forme asymptomatique. Le risque de transmission est très élevé en raison d'une forte multiplication virale.

## MORBIDITÉ LIÉE AU VIH ET MALADIES OPPORTUNISTES (Stade B et Stade C)

Bien qu'en forte diminution depuis l'introduction des multithérapies antirétrovirales, les maladies opportunistes représentent la moitié des causes de décès chez les personnes séropositives. En l'absence de suivi, la tuberculose, le zona, la pneumocystose et la toxoplasmose peuvent aujourd'hui encore révéler une séropositivité. Après la séroconversion, 50 à 70 % des personnes infectées développent des adénopathies généralisées (ganglions). Des lymphadénopathies généralisées sans cause évidente doivent inciter à la pratique du test VIH.

**Les atteintes pulmonaires** restent les infections opportunistes les plus fréquentes :

- La tuberculose (cf. page 280) est prépondérante chez les patients africains infectés par le VIH. Elle peut se développer précocément ( $CD4 \pm 400/mm^3$ ). Les manifestations cliniques dépendent du degré du déficit immunitaire ;
- La pneumocystose se manifeste par une fièvre isolée ou associée à une perte de poids, toux, dyspnée et évolue vers une insuffisance respiratoire aiguë. Elle survient pour un taux de  $CD4 < 200/mm^3$ , en l'absence de traitement préventif ;

- Des pneumopathies bactériennes peuvent survenir avec une fréquence inhabituelle, le plus souvent dues au Pneumocoque ou à l'*Haemophilus influenzae* ;
- Les infections mycosiques ou virales sont également rares, ainsi que les infections à mycobactéries atypiques, qui surviennent à un stade très avancé du déficit immunitaire ( $CD4 > 50/mm^3$ ) et s'intègrent dans une atteinte multiviscérale.

**Les atteintes neurologiques** sont surtout dues aux toxoplasmes ou cryptocoques, mais peuvent être directement liées au VIH. Leur fréquence augmente avec le degré de déficit immunitaire. Les atteintes du système nerveux central sont des méningites, des encéphalites, des atteintes cérébrales locales ou médullaires. Les atteintes périphériques (mononévrites, polynévrites ou neuropathies) et des muscles peuvent être infectieuses ou toxiques.

**Les atteintes digestives** sont fréquentes et peuvent survenir à n'importe quel stade de la maladie. Les infections à *Candida* atteignent la bouche (muguet, glossite atrophique) et l'œsophage. L'herpès peut provoquer des ulcérations sur tout le tractus digestif (faces internes des lèvres, œsophage, colon, anus). Les diarrhées sont fréquentes à un stade tardif, d'origine parasitaire ou virale, plus rarement bactérienne. Elles peuvent induire une dénutrition aggravant le pronostic vital.

**Les atteintes cutanéomuqueuses** sont très diverses. D'origine infectieuse ou tumorale, elles peuvent survenir à tous les stades de la maladie : herpès (vésicules péri-orificielles en bouquet), zona fréquent, candidoses vaginales récidivantes, dermite séborrhéique (lésions érythémato-squameuses sur le visage et le cuir chevelu)... La gale est fréquente, parfois atypique (cf. page 304). Les toxidermies médicamenteuses disparaissent souvent spontanément.

**Certaines tumeurs malignes** surviennent plus fréquemment chez les personnes infectées par le VIH, comme les dysplasies évoluant vers le cancer du col de l'utérus, ou les lymphomes non hodgkiniens. Le sarcome de Kaposi est rare chez les patients africains porteurs du VIH.

## PRISE EN CHARGE MÉDICALE

**L'annonce : accueillir les émotions, écouter les silences.**  
Des rendez-vous rapprochés doivent pouvoir être proposés, qui permettent de favoriser la compréhension des résultats et la prise



 >> ZOOM

**DÉSIR D'ENFANT ET ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP)**

**«Alors, je ne pourrai plus avoir d'enfant... ?»**

La question de la procréation s'impose au patient migrant et se pose au médecin très vite après l'annonce de la séropositivité. La question a d'autant plus d'importance que la procréation, dans certaines cultures, notamment africaines, est une condition essentielle de l'accomplissement de soi, une forme de rite de passage entre le statut d'individu et celui d'être social. Le désir d'enfant doit pouvoir être entendu par le soignant sans préjugé. Une information objective et compréhensible, notamment sur les contraintes imposées par l'AMP, est un préalable nécessaire à toute décision. Lorsque le projet parental est exprimé, une équipe pluridisciplinaire intervient en coordination avec le médecin référent pour une prise en charge individualisée et un éventuel recours à l'AMP, dont l'arrêté du 10 mai 2001 fixe les conditions immunovirologiques (absence d'évolution sous suivi régulier et optimal). Il existe notamment des centres d'AMP pour les patients à risque VIH à Marseille, Paris (hôpitaux Bichat, Cochin, Pitié-Salpêtrière), Rennes, Strasbourg, et Toulouse.

en compte de leur signification pour la personne. Envisager avec la personne avec qui elle pourrait en parler, ou se faire aider. Discuter des stratégies d'annonce au partenaire (faire appel au médecin, proposer au partenaire de faire ensemble un test...).

**Prévention du VIH** (cf. page 264). Les soignants ont un rôle très important dans l'information et l'accompagnement en matière de prévention personnalisée. Le contexte socio-culturel doit être appréhendé, notamment chez certains patients africains que la découverte de la séropositivité conduit à l'isolement affectif et à l'abstinence. Des échanges ouverts, plus facilement en fin de consultation, portent sur le partenaire (connaissance de la séropositivité et proposition du test), sur le niveau d'information relative aux modes de transmission, l'attitude envers les moyens de prévention et les capacités de négociation avec le partenaire. Le discours de prévention doit être simple : en cas de relation sexuelle, seuls les préservatifs - masculins ou féminins - protègent du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Il faut tenir compte de la différence du risque en cas de charge virale élevée (+++) ou indétectable. Pour les femmes séropositives, la question d'une contraception efficace doit être abordée dans le cadre d'un suivi gynécologique.

**Prévention des maladies opportunistes.** La prévention de la pneumocystose est justifiée lorsque les lymphocytes T CD4 sont inférieurs à 200/mm<sup>3</sup>, et celle de la toxoplasmose lorsque la sérologie est positive et que les CD4 sont inférieurs à 100/mm<sup>3</sup>. Réalisée par le cotrimoxazole (BACTRIM) 1 cp/j à 80/400 ou 1 cp/j à 160/800 si CD4 < 100, la prophylaxie mixte peut être interrompue dans la plupart des cas sous traitement antirétroviral quand le taux de lymphocytes T CD4 est supérieur à 200/mm<sup>3</sup> depuis au moins 6 mois. Un examen gynécologique annuel avec frottis est recommandé chez les femmes en vue du dépistage précoce d'une dysplasie cervicale utérine.

**Sexualité et VIH** (cf. page 225). Le moment de la sexualité est toujours celui qui vient rappeler la présence du virus, aussi l'atteinte par le VIH représente-t-elle une contrainte sur la sexualité dont les personnes ne se libèrent jamais totalement, d'autant plus qu'elle survient dans un contexte d'exil récent. Il est important que les soignants abordent les questions de la sexualité, à distance des échanges autour de la prévention, et si nécessaire à l'aide de spécialistes.

**Grossesse.** La prise en charge des femmes enceintes porteuses du VIH permet de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant à moins de 1 % des cas. La prévention de ce risque

repose sur la proposition systématique (mais non obligatoire) du test VIH au cours du bilan prénatal, l'information de la patiente sur les bénéfices et risques du traitement pour l'enfant, et la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire spécialisée pour les grossesses à risque médical. Le traitement antirétroviral doit être poursuivi chez les femmes chez qui il est indiqué, en évitant l'association d4T+ddi (ZERIT+VIDEX) en raison du risque accru d'acidose lactique. Un traitement préventif de la transmission materno-fœtale doit être instauré à partir du 3<sup>e</sup> trimestre, et une césarienne programmée au 8<sup>e</sup> mois peut également être utile, surtout si l'on n'a pas pu obtenir par le traitement une charge virale totalement indétectable. L'allaitement artificiel exclusif est recommandé. Le traitement préventif doit être poursuivi pendant les 6 premières semaines de vie du nouveau-né (diagnostic d'infection par culture virale et PCR). La prise en charge médico-psychologique doit tenir compte de la difficulté pour la future maman à accepter la césarienne ou l'allaitement artificiel, en raison des soupçons de l'entourage sur la séropositivité de la future maman.

**Co-infection par les virus des hépatites** (cf. pages 274 et 277). L'atteinte simultanée par les virus VHC (Afrique centrale ++) et VHB (Afrique de l'Ouest ++) est un facteur important de comorbidité et de mortalité. Leur prise en charge, compliquée par celle du VIH (pronostic et schémas thérapeutiques différents), requiert une équipe pluridisciplinaire.

**VIH et nutrition.** Des carences nutritionnelles multiples peuvent se produire précocement au cours d'une infection au VIH même si la numération des CD4 est élevée. De telles carences vont accentuer le déficit immunitaire. L'alimentation du sujet atteint par le VIH doit être équilibrée : manger de façon la plus variée possible au cours de trois repas répartis à heures régulières dans la journée. Le régime alimentaire doit comporter une variété d'aliments dont :

- Un apport suffisant en protides ;
- Un apport suffisant en glucides complexes ;
- Beaucoup de fruits et légumes frais ;
- De bonnes matières grasses en quantité modérée ;
- Beaucoup de liquides en évitant les boissons riches en sucre.

**Vaccinations.** Le BCG et les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués. Chez les patients ayant un taux de T CD4 > à 200/mm<sup>3</sup>, les rappels des vaccins universels, le vaccin contre le pneumocoque et les vaccins utiles en cas de retour au pays peuvent être pratiqués sans risque.



## >> ZOOM

### PRISE EN CHARGE MÉDICALE D'UN PATIENT SÉROPOSITIF VIH

**Diagnostic sérologique :**  
détection des anticorps anti-VIH par double test ELISA (2 techniques distinctes) suivi d'un test de confirmation par Western Blot.

**Bilan initial :**  
protection maladie, si besoin admission immédiate  
CMU.C/AME, puis ALD 30

- NFS-plaquettes, Créatinine, ASAT-ALAT, Ag HBs, Ac HBs, Ac Hbc, Sérologie VHC, TPHA-VDRL, Sérologie CMV, Sérologie toxoplasmose (si négative, prévention hygiéno-diététique) ;
- Radiographie de thorax, IDR à la tuberculine (10 UI) ;
- Lymphocytes CD4/CD8, quantification de l'ARN VIH1 plasmatique (charge virale) ;
- Vaccination contre l'hépatite B si Ac HBs- et Ag HBs- (cf. page 278) ;
- Pour les femmes, consultation de gynécologie annuelle.

**Bilan de surveillance :**  
tous les 6 mois si CD4>500, tous les 3 mois si CD4<500

- NFS-plaquettes, lymphocytes CD4/CD8, charge virale,
- Sérologie toxoplasmose annuelle si sérologie initiale négative.



>> CHIFFRES

**ANTIRÉTROVIRAUX  
EN PHARMACIE DE VILLE :**

prix moyen d'un traitement  
mensuel en France

**Inhibiteurs Nucléosidiques (IN)**

- EPIVIR lamivudine ou 3TC 182€
- EMTRIVA emtricitabine 222€
- HIVID zalcitabine ou DDC 182€
- RETROVIR zidovudine  
ou AZT 204 à 240€
- VIDEX didanosine ou DDI  
136 à 214€
- ZERIT stavudine ou D4T 221€
- ZIAGEN<sup>1</sup> abacavir 326€
- COMBIVIR 3TC + AZT 412€
- REYATAZ/R atazanavir 542€
- TRIZIVIR<sup>1</sup> abacavir + 3TC + AZT  
752€

**Inhibiteurs Non nucléosidiques  
(INN)**

- SUSTIVA éfavirenz 331€
- VIRAMUNE nevirapine 293€

**Inhibiteurs de Protéases (IP)**

- AGENERASE/R amprénavir 355€
- CRIXIVAN/R indinavir 177€
- INVIRASE/R saquinavir  
308 à 470€
- KALETRA/R ritonavir  
+ lopinavir 514€
- REYATAZ/R atazanavir 542€
- VIRACEPT nelfinavir  
383 à 425€
- NORVIR 200 mg/j ritonavir 64€

**Inhibiteur Entrée (IE)**

- FUZEON<sup>1</sup> 1 686€

1. Médicaments en réserve hospitalière

**Séjour au pays.** Le projet d'un séjour au pays ou dans un pays limitrophe doit être discuté et préparé avec le patient. Il faut anticiper les ruptures de traitement par stock insuffisant, stigmatisation sociale ou culpabilité face aux autres malades (risque de partage des médicaments). La prévention vis-à-vis du conjoint resté au pays doit être abordée. Sont indiquées les vaccinations contre la fièvre jaune ( $CD_4 > 200/mm^3$ ), la prévention contre le paludisme, et pour les patients immunodéprimés ( $CD_4 > 200mm^3$ ) une fluoroquinolone orale à 1 cp/j pour les séjours brefs (prévention des salmonelloses).

**LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL**

(cf. rapport Delfraissy 2004 «Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH», Médecine-Sciences-Flammarion)

**Quand débiter le traitement antirétroviral ?** La période optimale se situe lorsque le taux de lymphocytes T  $CD_4$  est inférieur à  $350/mm^3$  sans atteindre  $200/mm^3$  ou 15%. La décision de début de traitement doit être individualisée et s'accompagner d'une information aussi complète que possible du patient, sur l'importance du premier traitement (rôle pronostique des  $CD_4$  et de la charge virale), la complexité des traitements et la possibilité d'effets indésirables (chaque femme doit être prévenue de la possible modification de sa silhouette), la nécessité d'une bonne observance (résistances, efficacité moindre des traitements ultérieurs).

**Comment traiter ?** L'objectif du premier traitement antirétroviral est de rendre la charge virale indétectable en 3 à 6 mois, objectif atteint dans plus de 80% des cas. Déterminé par le médecin spécialiste, le choix du traitement doit tenir compte de son efficacité antivirale, mais aussi des modalités des prises par rapport aux conditions de vie du patient, des effets indésirables et de la tolérance quotidienne. Dans tous les cas, il faut que les patients soient très informés des multiples possibilités de traitement pour ne pas se décourager, mais consulter à nouveau, en cas d'intolérance à un traitement donné. Le traitement est toujours recommandé chez les patients symptomatiques et/ou ayant des lymphocytes T  $CD_4$  inférieurs à  $200/mm^3$ .

**Suivi d'un patient sous traitement antirétroviral.** La surveillance clinique et biologique des effets indésirables a pour objectif de substituer les médicaments responsables en maintenant l'efficacité thérapeutique. La prévention des principales complications repose sur le bilan initial et la prise en charge des



- **Suivi initial** : Vérifier les prises optimales de la didanosine/ddl à jeun, des IP au cours des repas, de l'éfavirenz au coucher. Chercher les effets indésirables précoces comme les troubles digestifs (IP), une hypersensibilité à l'abacavir (fièvre, fatigabilité, crampes diffuses, troubles digestifs et respiratoires), une éruption cutanée sous abacavir, névirapine ou éfavirenz, des troubles neuropsychiques très fréquents avec l'éfavirenz (cauchemars, vertiges, troubles de l'humeur et de la concentration), une cytolysé hépatique fréquente sous névirapine.
- **Suivi ultérieur** : Vérifier au moins tous les 3 mois (4 mois chez les patients asymptomatiques) l'efficacité clinique (poids, disparition des symptômes) et biologique (réduction de la charge virale d'un facteur 10 au 1<sup>er</sup> mois puis indétectable < 400 copies/ml entre le 3<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois, remontée progressive des CD4). Effets secondaires : lipodystrophies (surveillance du poids, du tour de taille, de hanche, de poitrine chez la femme), signes de neuropathie périphérique sous stavudine/d4T, zalcitabine/ddC ou didanosine/ddl, troubles digestifs++ avec les IP, intolérance à l'indinavir (colique néphrétique, sécheresse cutanée), retentissement psychologique de l'éfavirenz. Surveillance biologique par NFS (anémie et neutropénie sous zidovudine/AZT, amylasémie ou lipasémie sous didanosine/ddl), transaminases, lipides et glycémie.
- **Interactions médicamenteuses possibles** : psychotropes, contraceptifs, anticoagulants.

**Observance et éducation thérapeutique.** Des consultations effectuées par une infirmière ou un médecin formés à ces questions sont particulièrement indiquées lors des premiers mois suivant l'initiation du traitement, ceci pour tous les patients. Elles ont pour objectifs la reconnaissance et la gestion des effets indésirables dans le contexte particulier que vit le patient, ce qui nécessite une relation de confiance et d'écoute réciproque.

## PRISE EN CHARGE SOCIO-JURIDIQUE

**Une prise en charge sociale personnalisée au long cours est indispensable**, par un service social (mairie, hôpital) ou une association (cf. page 273). Un bilan 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. Les soignants, particulièrement les

médecins sollicités en premier recours, doivent également se préoccuper de la situation sociale et administrative de leurs patients séropositifs VIH, et intervenir chaque fois que nécessaire pour un problème de protection maladie (cf. page 194), de logement, ou de régularisation (cf. page 77).

**Tout patient séropositif VIH doit bénéficier d'une protection maladie optimale.** L'infection à VIH est une affection de longue durée permettant l'exonération du ticket modérateur/ALD30 (formulaire à remplir par le médecin traitant et à adresser au centre de Sécurité sociale/CSS). Attention : le «100 %» ne permet pas la dispense d'avance des frais pour les problèmes de santé non liés au VIH. C'est pourquoi pour les migrants démunis, la complémentaire CMU doit être obtenue en procédure d'admission immédiate (cf. page 207), et la PASS doit permettre de pallier les délais de carence légale de l'AME (cf. page 155).

**Une demande d'appartement thérapeutique peut être faite par une assistante sociale.** En pratique, ces appartements gérés par des associations sont accordés sous conditions (tri-thérapie, handicap, femmes seules avec enfants, absence de ressources). Un courrier médical de synthèse doit être adressé au médecin de l'association. Par ailleurs une demande de HLM peut être accélérée par un courrier médical mentionnant un suivi pour pathologie chronique (sans mention du diagnostic) à l'attention de l'assistante sociale de la mairie.

**L'allocation aux adultes handicapés (AAH)** est accessible aux personnes reconnues handicapées avec un taux d'incapacité d'au moins 80 % (ou d'au moins 50 % si la personne ne peut exercer une activité professionnelle du fait de son handicap). Il existe des conditions de ressources et de séjour (au minimum une carte de séjour temporaire/CST d'un an). L'AAH doit être demandée à la Cotorep. La partie médicale du dossier Cotorep doit être remplie par le médecin traitant, avec mention des effets secondaires dont souffre le patient. La Cotorep peut également délivrer une carte d'invalidité qui donne droit à des avantages en matière de fiscalité et de transport. ■



## >> ZOOM

### **DROIT AU SÉJOUR pour raison médicale (cf. page 77).**

*La prise en charge médicale de l'infection à VIH est inaccessible à ce jour dans la quasi-totalité des pays en développement. Un sans-papiers ressortissant d'un tel pays et porteur du VIH relève ainsi d'une «régularisation médicale», qu'il soit en phase de surveillance biologique simple, en période de traitement ou de surveillance post-thérapeutique.*

*Depuis 2003, il est arrivé que le droit au séjour soit refusé dans un premier temps par certaines préfectures, le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) ayant estimé que «le traitement [était] accessible au pays d'origine», ce qui a nécessité des procédures de recours gracieux et contentieux.*

*Attention toutefois à ne pas faire abandonner une demande d'asile en cours pour la régularisation, sans avoir informé l'exilé de la différence des statuts obtenus au terme de ces deux procédures (cf. page 92).*

## INFECTION À VIH ET IST : PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

**Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), dont celles liées au Virus de l'Immuno-déficience Humaine (VIH, cf. page 255) et au Virus de l'Hépatite B (VHB, cf. page 277), peuvent se transmettre lors de rapports sexuels non protégés. Il est important de connaître les données épidémiologiques et les facteurs de vulnérabilité spécifiques aux populations de migrants/étrangers afin d'élaborer avec elles des programmes de prévention adaptés. Les autres IST, moins graves et plus rares, augmentent le risque de contamination en fragilisant les muqueuses.**

### ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH (Sources : InVS, OMS, ONUSIDA)

L'infection à VIH-sida est une pandémie mondiale (42 millions de personnes atteintes, 5 millions de nouveaux cas par an), qui sévit particulièrement en Afrique subsaharienne (29 millions). Les femmes payent actuellement le tribut le plus lourd à cette pandémie (58 % des personnes infectées en Afrique subsaharienne et 55 % au Maghreb). En dehors de l'Afrique, les autres régions de développement important de l'épidémie sont l'Asie, l'Amérique latine et l'Europe de l'Est. Si le VIH est surtout transmis par voie sexuelle, la transmission par voie sanguine (injections, vaccinations, transfusions, actes de modification corporelle...) et la transmission materno-fœtale ne sont pas rares dans de nombreux pays au système de santé déficient (absence de matériel à usage unique notamment).

En France, depuis le début de l'épidémie en 1983, 16 % des cas de sida concernent des personnes de nationalité étrangère, alors que les étrangers ne représentent que 6,1 % de la population. Sous la dénomination fréquente de « migrants », les données épidémiologiques renseignent en réalité sur les populations de nationalité étrangère, qui ne représentent que 66 % des 4 560 000 immigrants recensés par l'Insee en 1999, et dont 15 % sont nés en France (cf. page 12). Pour les étrangers migrants ou exilés, l'infection VIH illustre à la fois l'interpéné-

#### ↓ Traitement d'urgence en cas de risque VIH

Afin d'évaluer le risque et éventuellement de débiter un traitement antirétroviral, se rendre le plus tôt possible après le risque, et au plus tard dans les 48 h, aux urgences de l'hôpital le plus proche.

tration et la frontière entre les sociétés du Nord et du Sud. Quelle que soit la façon dont on les nomme, étrangers, migrants ou minorités (d'Afrique pour l'essentiel), forment une partie croissante des nouveaux cas diagnostiqués et des patients pris en charge en France.

## // sur internet :

> **Coordonnées des CRIPS**  
(Centres régionaux d'information  
et de prévention du sida) sur  
[www.lecrips.net/reseau.htm](http://www.lecrips.net/reseau.htm)

**La diffusion des multithérapies en 1996/1997 a entraîné une moindre diminution des cas de sida chez les étrangers que chez les Français.** Depuis lors, les personnes de nationalité étrangère constituent une part croissante des cas de séropositivité dépistés et des cas de sida diagnostiqués : 14 % des cas de sida entre 1983 et 1986, 36 % en 2002. Sur les 510 nouveaux cas d'infection à VIH recensés par l'InVS depuis la mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2003 du dispositif national de déclaration obligatoire de la séropositivité, 42 % concernent des personnes de nationalité étrangère, dont 37 % d'Afrique subsaharienne.

**Entre 1999 et 2003, le nombre des cas de sida (stade C) a augmenté essentiellement au sein de deux populations parmi les personnes de nationalité étrangère :**

- Ressortissants d'un pays d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Congo RD, Congo, Côte-d'Ivoire, Mali et Centrafrique), parmi lesquels l'augmentation du nombre de cas touche principalement les femmes (+ 121 % vs + 4 % chez les hommes entre 1998 et 2000). Ces personnes sont domiciliées essentiellement en région Île-de-France ;
- Ressortissants d'un pays d'Amérique (Équateur, Guyana, Haïti et Suriname), avec augmentation comparable chez les hommes et chez les femmes. Ces personnes sont domiciliées essentiellement dans les départements français d'Amérique (Antilles, Guyane).

**L'augmentation récente des cas d'infection à VIH concerne plus particulièrement les femmes,** avec un dépistage pour l'essentiel en début de grossesse. Les hommes sont souvent dépistés suite à l'apparition de symptômes, c'est-à-dire de façon très tardive dans l'histoire naturelle de l'infection (cf. page 255). Le sex-ratio de l'épidémie de sida en France est passé de 1988 à 1998 de 1 femme pour 7 hommes contaminés à 1 femme pour 3 hommes, pour atteindre 2 femmes pour 5 hommes en 2002, année où le nombre de cas diagnostiqués chez des femmes de nationalité étrangère a dépassé pour la première fois celui observé chez des femmes de nationalité française. En 2003, 42 % des nouveaux cas d'infection par le VIH ont concerné des femmes, parmi lesquelles 68 % sont ressortissantes d'un pays d'Afrique subsaharienne.



>> CHIFFRES

**PRÉVALENCE DE L'INFECTION À VIH CHEZ LES EXILÉS**

972 patients VIH+ parmi 68 232 patients pris en charge au Comede entre 1985 et 2003

**Origine géographique des patients VIH+ :**

68 % Afrique centrale (49 % Congo RD, 8 % Angola et 7 % Congo), 24 % Afrique de l'Ouest (6 % Mauritanie, 4 % Ghana et Côte-d'Ivoire, 3 % Mali), 5 % Haïti.

**Les femmes cumulent 52 % des cas** alors qu'elles ne représentent que 28 % des patients reçus sur la période. Sur les 5 dernières années, la proportion de femmes a augmenté parmi les nouveaux cas d'infection à VIH (60 %, dont 86 % sont originaires d'Afrique centrale).

**Les taux de prévalence observés au Comede sont plus faibles que les taux estimés dans les pays d'origine correspondants** (cf. Repères géopolitiques page 26), ce qui évoque une corrélation négative entre l'infection par le VIH et l'exil.

Entre 1998 et 2003, les prévalences les plus importantes ont concerné les exilés d'Afrique centrale (36/10<sup>3</sup>, par ordre décroissant Rwanda, Cameroun, Congo, Congo RD, Angola) et d'Afrique de l'Ouest (16/10<sup>3</sup>, Ghana, Côte-d'Ivoire, Sierra Leone).

**La part croissante des migrants/étrangers dans l'épidémiologie du VIH en France et en Europe traduit principalement la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine**, particulièrement pour l'Afrique subsaharienne et Haïti qui cumulent les causes politiques et économiques de l'exil et de la migration. La part des personnes venues chercher un traitement inaccessible dans leur pays est très minoritaire, même si les cas de malades arrivant directement de l'aéroport à la consultation marquent les esprits. Dans la mesure où l'exil et la migration ne sont que rarement motivés par des raisons médicales, il serait inopérant de viser à dissuader l'arrivée en France de personnes potentiellement infectées par le VIH. L'efficacité des politiques de prévention tient alors pour beaucoup à l'accès aux soins en France.

**SPÉCIFICITÉS ET FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ÉPIDÉMIE VIH CHEZ LES MIGRANTS/ÉTRANGERS**

**Les facteurs socio-économiques ont une influence déterminante dans les comportements face à la prévention, au dépistage, à l'accès au soins et à l'observance** (cf. Facteurs de vulnérabilités page 17). Ils se traduisent par :

- Un accès limité aux actions d'information, de sensibilisation et de prévention (avec des variations importantes selon les groupes sociaux ; les citadins de Kinshasa étant confrontés à l'épidémie depuis plus longtemps que les ruraux du fleuve Sénégal) ;
- Un recours au dépistage plus tardif (surtout chez les hommes, les femmes étant mieux suivies du fait des grossesses) avec pour conséquence un accès plus rare aux traitements (l'absence de traitement antirétroviral préalable au diagnostic de sida est plus fréquente chez les étrangers) ;
- Un partage possible des traitements avec des proches, en France ou au pays d'origine.

Toutefois, une fois la prise en charge engagée, l'observance et le bénéfice des traitements (diminution des décès) sont comparables entre les patients étrangers et français.

**Les facteurs socio-culturels sont importants, mais peuvent donner lieu à des interprétations abusives.** Un dialogue en confiance (cf. infra) permet d'en appréhender la complexité et d'en comprendre les spécificités. Ces facteurs sont en lien avec :

- **La place de l'individu dans le groupe social** : le groupe (famille, communauté...) détermine l'identité et la place de l'individu. Il est parfois difficile à celui-ci de s'en dégager, mais les éléments culturels n'étant pas figés, l'évolution sociale est toujours possible ;

- La tolérance vis-à-vis des différences : certains comportements sexuels existants, comme l'homosexualité ou la sodomie chez les hétérosexuels, restent peu acceptés dans beaucoup de communautés et sont souvent interdits par la religion ;
- Les règles de la vie privée, singulièrement la faible autonomie des femmes dans le couple, qui restreint leur libre choix dans les pratiques sexuelles. La plupart du temps, les comportements des migrantes/étrangères s'inscrivent dans un schéma de domination masculine ;
- La structure familiale : les règles du lignage et du mariage, les situations matrimoniales (monogamie, polygamie, lévirat, sororat...) peuvent influencer l'accès au dépistage, mais doivent être interprétées avec prudence en se gardant de généralisations rapides et abusives ;
- Les pratiques initiatiques sexuelles (circoncisions, mutilations génitales féminines, ou étirement des organes génitaux...) ne donnent pas non plus lieu à des interprétations univoques. Si la circoncision limite le risque de contamination VIH, suite à la kératinisation du gland après l'ablation du prépuce, elle ne protège en rien des ulcérations génitales et des autres IST. Les mutilations génitales féminines, plus connues sous le nom d'excision, exposent à de nombreuses complications, dont le VIH ;
- Les pratiques sexuelles exposant à des lésions génitales féminines importantes (irrigations génitales, dry sex - le « sexe sec » est destiné à donner plus de plaisir au partenaire) favorisent les infections génitales et le risque VIH.

**Certaines difficultés des migrants/étrangers face au VIH/Sida en France tiennent aux capacités d'accueil et de prise en charge de notre système de santé**, notamment :

- Un faible recours par les structures de soins à l'interprétariat professionnel (cf. page 24) ;
- Un dispositif limité de médiation de santé publique. Issus du groupe social ou communautaire dont ils se sentent proches, les médiateurs de santé publique n'ont pas pour mission de se substituer aux professionnels de la santé et du social, mais d'agir en synergie avec eux, d'assurer le lien dans le cadre du projet préventif et thérapeutique entre les professionnels et les publics concernés, de clarifier et interpréter le symbolique requis ;
- Des regards souvent biaisés des acteurs sanitaires et sociaux sur les migrants/étrangers : biais d'interprétation par référence à des a priori sources de préjugés ; recherche de recettes parfois stéréotypées ; fascination excessive à l'égard



#### >> ZOOM

Toutes les **religions monothéistes** mettent en avant les concepts d'**abstinence** et de **fidélité** au sein du couple, ou de la famille polygame, comme modèle de prévention du risque VIH. Sont ici liées les questions des exigences d'un idéal de foi, des aléas de la vie sexuelle et/ou conjugale et les nécessités de rechercher des alternatives à un modèle idéalisé de prévention inscrivant la réflexion des migrants dans des plans personnalisés de réduction des risques.



 >> ZOOM

### DES PRATIQUES ET DES RISQUES.

*Embrasser sur la bouche, se caresser, se masturber sont sans risque par rapport au VIH. Les relations bucco-génitales (fellation, cunnilingus) ont un risque faible. La pénétration vaginale sans préservatif comporte un risque, plus élevé s'il existe d'autres IST ou en cas de saignement. La pénétration réceptive, vaginale et anale est plus à risque que la pénétration insertive. Seuls les préservatifs ont prouvé leur efficacité, à condition d'être correctement utilisés. La pilule, le stérilet, les spermicides ou le coït interrompu ne protègent pas des IST.*



**SIDA INFO SERVICE**  
0 800 840 800

des explications magico-religieuses ou exotiques, ce qui renforce une lecture culturaliste et évite de rechercher d'autres interprétations concurrentes des situations observées.

## PRINCIPES ET MESSAGES DE LA PRÉVENTION VIH

**La consultation médicale demeure un moment privilégié pour une mission de prévention.** Pour les médecins, mais également pour tous les autres acteurs de santé, la prévention n'est pas une option, mais une mission à part entière. Pourtant, dans l'état actuel du système de santé, il leur est parfois difficile de ménager une place pour une médecine qui, en plus de soigner, accompagne et prévient. Si les campagnes institutionnelles et associatives peuvent jouer leur rôle, la parole du médecin relayée par celle de l'infirmière, du travailleur social et/ou du médiateur de santé publique reste essentielle dans la promotion des comportements de prévention.

**L'intervention de prévention en consultation médicale individuelle permet d'adopter une stratégie d'information-conseil personnalisée, le *counseling*,** dont l'efficacité est largement étayée par la littérature. Au-delà de l'information sur les modes de transmission, il est nécessaire d'aborder avec la personne sa perception des risques, son attitude à l'égard des préservatifs (masculin/féminin), ses capacités de négociation lors de rapports sexuels, ainsi que ses connaissances sur les facteurs surdéterminants de la prise de risque (cf. supra), et ce dans le respect de ses représentations du plaisir et de ses processus psychologiques. Le soignant peut se faire aider, dans cette démarche parfois complexe, par un interprète professionnel (cf. page 24) ou un médiateur de santé publique. La prévention en consultation permet en outre d'inscrire la prévention de l'infection par le VIH dans un plan personnalisé de réduction des risques.

**L'efficacité du préservatif masculin est aujourd'hui globalement admise par la population française, mais sa perception peut différer parmi les migrants/étrangers.** Un travail d'explication pédagogique et sans fausses pudeurs permet d'apporter deux précisions essentielles concernant son efficacité :

- Le préservatif doit être utilisé lors de chaque rapport sexuel, ce que de nombreux couples tendent à oublier lorsqu'ils s'installent dans une relation durable ;
- Le préservatif doit être utilisé correctement : pincer le réservoir, ne le dérouler qu'au moment de l'érection, et utiliser des gels à base d'eau.

**Prévention auprès des femmes.** Si la vulnérabilité particulière des femmes face au risque de contamination par le VIH est connue (cf. Épidémiologie), elle reste insuffisamment prise en compte en matière de prévention. Les facteurs de vulnérabilité spécifiques sont physiologiques (risque supérieur de contamination dans le sens homme/femme en raison du caractère plus contaminant du sperme et d'une plus large surface des muqueuses avec risques de microlésions), et psycho-sociaux, souvent mal assumés, liés aux capacités d'autonomie et d'accès à la parole. Pour certaines femmes, dont l'espace de négociation sexuelle est très réduit, la proposition du préservatif au partenaire peut faire soupçonner l'infidélité.

**Le préservatif féminin (FEMIDOM) constitue un progrès majeur en matière de prévention, car son usage relève en priorité de la volonté de la femme** (distribué gratuitement dans les CPEF et certaines associations : Sida Info Service, o 800 840 800. Son efficacité dans la prévention des IST est démontrée, mais sa diffusion reste plus confidentielle, en raison de son coût, de son aspect et de modalités d'utilisation semblant complexes au début. Il convient de préciser aux femmes au sujet du préservatif féminin que :

- C'est un outil de prévention dont la femme peut avoir la maîtrise ;
- De par sa nature en polyuréthane, il est plus solide que le préservatif masculin et constitue une alternative à celui-ci ;
- Recouvrant la vulve, ce qui le rend plus protecteur que le préservatif masculin face aux IST ;
- Il peut être mis à distance des préliminaires du rapport sexuel ;
- Sur le plan des sensations, il transmet mieux la chaleur et ne s'échauffe pas lors de rapports sexuels, car il est fortement lubrifié ;
- Il permet également d'ouvrir un dialogue sur l'attitude à l'égard des préservatifs en général.

## PARTENAIRES ET OUTILS

### DE LA PRÉVENTION VIH

**Rôle des migrants/étrangers et des associations dans les actions de prévention.** De nombreux programmes ou projets de prévention sont élaborés par la DGS, l'INPES, les CRIPS, les associations de prévention du VIH en direction des migrants. Les méthodologies utilisées associent les programmes généralistes de la prévention à des approches plus communautaires, pour répondre aux besoins spécifiques des populations



#### >> ZOOM

**Les avantages des préservatifs masculins sont utilement présentés :**

- Il est un des moyens mécaniques les plus efficaces contre la contamination VIH et les IST ;
- Il protège du risque de grossesse (une contraception hormonale chez la jeune femme peut être associée pour une prévention plus systématique de grossesse non désirée) ;
- Il est en latex, donc souple, et peut avoir des textures, des couleurs ou des goûts différents ;
- La norme CE, dans les pays de l'Union européenne, en valide la qualité ;
- Il a une date de péremption explicitement écrite pour protéger l'achat de l'utilisateur ;
- Certains centres de prévention et de dépistage (dont CDAG et DAV, cf. page 175) et de nombreuses associations de lutte contre le sida en disposent gratuitement.



**>> ZOOM**

**LA MÉDIATION  
DE SANTÉ PUBLIQUE**

*La médiation de santé publique est une démarche innovante s'adressant notamment aux migrants et à laquelle praticiens et acteurs sanitaires et sociaux peuvent recourir.*

**Pour en savoir plus :**  
IMEA (Institut de Médecine et d'Épidémiologie Africaine),  
Faculté Bichat, Paris,  
Tél : 01 58 60 29 44

migrantes/étrangères. Des vidéos ou des bandes dessinées ont été réalisées avec le concours des migrants, pour les migrants (cf. Catalogue INPES page 356). Des méthodes innovantes d'intervention auprès des migrants se sont adaptées aux lieux fréquentés notamment par des communautés africaines : salons de coiffure, «n'gandas» (bars-restaurants), stades de foot...

**Les professionnels de santé et les associations doivent pouvoir se servir des outils de prévention existants ou aider à les faire connaître au sein de leurs équipes.** Ces différents outils permettent de sortir du discours injonctif réduit à la nécessité «d'utiliser les préservatifs». Parler des préservatifs masculins et féminins est souhaitable et possible auprès des migrants/étrangers suivis dans les unités de soins de prise en charge du VIH, si besoin à l'aide d'un interprète professionnel, d'une association ou d'un médiateur de santé publique.

**PLACE DU DÉPISTAGE  
DANS LA PRÉVENTION VIH**

**Les discours de prévention auprès des populations migrantes doit inclure une incitation au dépistage, afin de faire bénéficier celles-ci des avancées thérapeutiques,** dont elles n'ont que très peu profité depuis 1995 (cf. Épidémiologie page 264). Les bénéfices de la prise en charge thérapeutique précoce rendent nécessaire la promotion accrue du dépistage. Le temps de l'entretien pré-test est un moment privilégié pour aborder la prévention en s'appuyant sur les situations d'exposition au risque rapportées par les consultants. L'accord du patient pour la pratique du test est obligatoire dans tous les cas (y compris pour le bilan de grossesse), même si la demande peut être induite par le médecin. Les modalités du test, délai et remise des résultats, doivent être expliquées au patient. En cas d'importantes difficultés de communication linguistique, et faute d'un interprète professionnel, le test ne sera pas proposé.

**Le délai requis pour la remise des résultats est nécessaire au travail psychique du patient.** Lors de l'annonce, le médecin s'efforce d'accueillir les réactions psychologiques, d'évaluer la compréhension des résultats et de prendre en compte leurs significations pour le patient. C'est aussi l'occasion de reprendre les éléments de la première consultation, et de réévaluer la stratégie de réduction des risques. ■

---

## INFECTION À VIH ET IST :

# AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

**Le dépistage du VIH et des IST peut être prescrit par tout médecin, ou réalisé dans les dispositifs de santé publique (cf. page 175) spécialisés : CDAG (Centre de dépistage anonyme et gratuit), DAV (Dipensaires anti-vénériens), CPEF (Centres de planification familiale), centres polyvalents ou centres IST. Les DAV/centres IST proposent en outre un traitement gratuit des IST simples. Les CDAG proposent une vaccination gratuite contre le VHB dans certains départements.**

VOIR AUSSI Hépatite B page 277, Prévention, exil et cultures page 218

---

**Chlamydieuse.** Plus fréquente chez les femmes, avec risque de stérilité et de grossesse extra-utérine. Symptômes rares (écoulement clair, érythème/rougeur, brûlures), survenue 1 à 2 semaines après la contamination. Diagnostic par identification de *Chlamydia trachomatis* sur test urinaire, prélèvement uréthral ou vaginal. Traitement possible par azithromycine (*ZITHROMAX MONODOSE*, 4 cp 250 mg, 13 €) 4 cp en 1 prise à distance des repas.

**Condylomes (HPV).** Risque de cancer du col de l'utérus. Les signes (petites verrues sur les organes génitaux) apparaissent 1 à 8 semaines après la contamination et signent le diagnostic. Traitement local par cryothérapie (azote liquide) ou application de podophyllotoxine 2/j x 3j consécutifs/semaine pendant un maximum de 5 semaines (*WARTEC flacon 3 ml*, 16 €, R65 %).

**Gonococcies,** dont le principal tableau est l'urétrite gonococcique ou blennorragie. Comporte des risques de stérilité surtout chez la femme en cas d'absence de traitement. Signes très fréquents (brûlures mictionnelles et/ou écoulement jaune par la verge, des douleurs au bas-ventre, fièvre) qui apparaissent 2 à 7 jours après la contamination. Diagnostic par identification de *Neisseria gonorrhoeae* sur prélèvement uréthral ou vaginal. Traitement possible par ofloxacine 400 mg en 1 prise (*MONOFLOCET*, 2 cp 200 mg, 10 €, R65 %).

**Herpès génital.** Les signes (douleur, irritation et éruption vésiculeuse sur les organes génitaux) apparaissent 1 semaine ou plus après la contamination. Diagnostic clinique. Traitement par aciclovir 200 mg x 5/j x 5j (*Gé, 25 cp 200 mg, 22 €, R65 %*) ± crème dermique.

**Mycoplasmes.** Les signes (brûlures, écoulement, irritation) peuvent apparaître à partir de 1 semaine après la contamination. La NFS est indispensable pour apprécier le caractère pathologique de la présence de *Ureaplasma urealyticum* ou *Mycoplasma hominis*. Même traitement que pour les chlamydioses.

**Lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas Favre.** Entre 2 et 60 jours après la contamination par *Chlamydia trachomatis* (sérotypes L1 à L3), elle évolue spontanément en phase primaire (micro-ulcération génitale ou anale), secondaire (adénopathie inguino-crurale ou anorectite aiguë) et tertiaire (fistules, rétrécissements...). Traitement par doxycycline (200 mg) ou érythromycine (500 mg x 4) pendant 21 jours + ponction ganglion(s).

**Syphilis.** Risque d'atteinte du cerveau, des nerfs, du cœur, des artères et des yeux (syphilis tertiaire). Les signes de la syphilis primaire (chancre/petite plaie indolore, éruptions sans prurit sur la peau et les muqueuses, 2 à 4 sem. après la contamination), et de la syphilis secondaire (éruptions maculo-papuleuses sur les mains et les pieds, adénopathies) justifient la pratique de l'examen sérodiagnostic TPHA-VDRL au moindre doute. Traitement des stades primo-secondaires par 1 injection d'EXTENCILLINE IM 2,4 M UI (1 flacon 2.4 M, 3 €, R65 %). ■

# INFECTION À VIH ET IST : ASSOCIATIONS DE SOUTIEN

VOIR AUSSI Répertoire Île-de-France page 372

## DISPOSITIFS D'ÉCOUTE DE SIDA INFO SERVICE

(NON EXHAUSTIF)

<b>SIDA INFO SERVICE</b> pour tous, sur l'épidémie et les modes de transmission LANGUE ÉTRANGÈRE : anglais, arabe, bambara, espagnol, russe	Numéro vert (gratuit) <b>0 800 840 800</b> 7 jours sur 7, 24h/24 lun, mer, ven 14h-19h
<b>SIDA INFO DROIT</b> ligne juridique et sociale	<b>Tél : 0 810 636 636</b> mar, mer, jeu 16h-20h ven 14h-18h
<b>DROITS DES MALADES INFO</b> information à l'initiative des associations de malades	<b>Tél : 0 810 51 51 51</b> mar, mer, jeu 17h-20h, ven 14h-18h
<b>LIGNE DE VIE</b> accompagnement personnalisé et suivi	<b>Tél : 0810 037 037</b> lundi à vendredi 17h-21h
<b>VIH INFO SOIGNANTS</b> destiné aux professionnels de santé	<b>Tél : 0 810 630 515</b> lun 9h-13h, mar, jeu sam, dim 13h-17h, mer, ven 17h-21h

## COORDONNÉES DE QUELQUES ASSOCIATIONS NATIONALES

NOM ET ADRESSE	INFOS PRATIQUES
<b>ACT UP Paris</b> 45 rue Sedaine BP 287, 75525 PARIS Cedex 11 <a href="http://www.actupparis.org">www.actupparis.org</a>	Tél : 01 49 29 44 75 (84) Fax : 01 48 06 16 74
<b>AIDES siège national</b> Tour Essor, 14 rue Scandicci, 93508 PANTIN Cedex <a href="http://www.aides.org">www.aides.org</a>	Tél : 01 41 83 46 46 Fax : 01 41 83 46 49
<b>ARCAT</b> 94-102 rue de Buzenval, 75020 PARIS <a href="http://www.arcata-sida.org">www.arcata-sida.org</a>	Tél : 01 44 93 29 29 Fax : 01 44 93 29 30
<b>MIGRANTS CONTRE LE SIDA</b> c/o FPP 45 rue d'Aubervilliers 75018 PARIS <a href="http://www.survivreausida.net">www.survivreausida.net</a>	Tél : 01 40 05 06 01 Fax : 01 40 18 18 61
<b>SIDA INFO SERVICE</b> 190 bd de Charonne 75011 PARIS <a href="http://www.sida-info-service.org">www.sida-info-service.org</a>	Tél : 01 44 93 16 16 Fax : 01 44 93 16 00
<b>SIDACTION Ensemble contre le sida</b> 228 rue du Faubourg Saint-Martin, 75010 PARIS <a href="http://www.sidaction.org">www.sidaction.org</a>	Tél : 01 53 26 45 55 Fax : 01 53 26 45 75
<b>SOL EN SI Solidarité Enfants Sida</b> 33 rue de la Villette, 75019 PARIS <a href="http://www.solensi.asso.fr">www.solensi.asso.fr</a>	Tél : 01 44 52 78 78 Fax : 01 42 38 91 63
<b>SOLIDARITÉ SIDA</b> 16 bis avenue Parmentier 75011 PARIS <a href="http://www.solidarite-sida.org">www.solidarite-sida.org</a>	Tél : 01 53 10 22 22 Fax : 01 53 10 22 20

## AUTRES PATHOLOGIES : HÉPATITE C

**Le virus de l'hépatite C (VHC) provoque une infection aiguë qui présente un risque élevé de passage à la chronicité, de l'ordre de 55 % à 90 % des cas. L'hépatite chronique peut être responsable d'une cirrhose (30 % des cas) puis d'un cancer du foie en quelques années ou plusieurs décennies. Il n'existe pas de vaccin contre l'infection par le VHC.**

### ÉPIDÉMIOLOGIE

**La transmission du VHC se fait essentiellement par voie sanguine.** De nombreux actes médicaux ou comportements sont à risque d'infection par le VHC, et justifient la pratique d'une sérologie de dépistage :

- Avant 1990 en France : administration de fractions anticoagulantes ou dérivés du sang ;
- Avant 1992 en France : transfusion de sang, «culots» globulaires, concentrés plaquettaires, plasma greffe de tissus, cellules, organes ;
- Avant 1997 en France : exposition lors d'actes invasifs (endoscopie avec biopsie) compte tenu des risques encore incomplètement maîtrisés ;
- Quelle que soit la date : hémodialyse ; partage ou mise en commun de matériel utilisé pour la préparation et l'injection d'héroïne, de cocaïne ou de médicaments détournés ; partage de paille pour la prise de drogues par voie nasale ; transmission materno-fœtale ;
- D'autres situations peuvent présenter un risque : piercing, tatouage, scarifications.

### CLINIQUE ET BIOLOGIE

**Hépatite C aiguë.** Après une durée moyenne d'incubation de 8 semaines (2-26), l'hépatite aiguë est généralement asymptomatique. Dans 20 % des cas, il existe des signes non spécifiques : fatigue, nausées, douleur hépatique, puis urines foncées et ictère. Le dosage des ALAT (alanine amino-transférase, transaminases)



### >> CHIFFRE

#### LA PRÉVALENCE

**estimée de l'hépatite C est de 1 % en France et 3 % dans le monde.**

Les régions à forte prévalence de l'infection par le VHC sont l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est, le Proche-Orient et l'Amérique du Sud.

#### Parmi les exilés pris en charge au Comede

(cf. page 224),

les prévalences les plus élevées sont retrouvées pour l'Europe de l'Est (Géorgie 86 p. 1000, Arménie 30, Moldavie 23, Russie 21), le Pakistan (46) et l'Afrique centrale (Angola 23, Rwanda 22, Congo 19, principalement chez les femmes).

renseigne sur le fonctionnement du foie : elles s'élèvent avant l'apparition des symptômes (pic ALAT x 10). La sérologie virale fait le diagnostic (présence d'anticorps anti-VHC par test ELISA). La PCR (détection de l'ARN qualitatif du virus) est positive. La guérison est spontanée dans environ 25 % des cas.

### Hépatite C chronique (Ac anti-VHC+, PCR+) :

- Dans environ 25 % des cas, les ALAT sont normales sur 3 dosages au cours d'une période d'au moins 6 mois. L'hépatite est asymptomatique, mais il existe le plus souvent des lésions minimes d'hépatite chronique à la ponction-biopsie hépatique (PBH).
- Dans 50 % des cas (situation la plus fréquente chez les jeunes), on constate une augmentation modérée et fluctuante des ALAT. Il existe parfois une fatigue anormale. La PBH montre des lésions minimes et l'évolution est lente.
- Dans 25 % des cas, les ALAT sont fortement augmentées ; situation plus fréquente chez les patients fragilisés par l'âge, l'alcool ou un déficit immunitaire. La PBH montre une activité plus marquée et surtout une fibrose plus extensive. Le risque de cirrhose est élevé.

Dans tous les cas, le risque de lésions hépatiques évoluant vers la cirrhose justifie un bilan spécialisé avec une PBH destinée à évaluer le degré d'activité et de fibrose (cf. infra).

**Cirrhose et cancer** (carcinome hépatocellulaire). La cirrhose hépatique entraîne un foie dur, des signes d'insuffisance hépatocellulaire, et un hypersplénisme biologique (thrombopénie et/ou taux de prothrombine < 70 %). Elle est le plus souvent découverte lors de la PBH, parfois à l'occasion d'une complication (ascite, rupture de varices œsophagiennes). Le carcinome survient sur une cirrhose et reste longtemps silencieux. Son incidence (2 à 5 % par an) justifie la surveillance par échographie et dosage de l' $\alpha$ -fœtoprotéine tous les 6 mois.

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

### BILAN HÉPATITE C : VHC+

- Protection maladie indispensable, si besoin en admission immédiate CMU/AME  
- PCR, ALAT, gGT, PAL, TP, ferritine, gglobulines, NFS + Echographie hépatique

PCR-



Guérison

PCR+, ALAT NORMALES



En médecine générale :  
- ALAT / 2 mois pendant 6 mois  
- Puis suivi / 3 mois avec ALAT



PCR+, ALAT NORMALES



Avec le médecin spécialiste :  
- Discussion en vue de traitement  
- Suivi > 1 / mois



### ➤ ZOOM

**DÉPISTAGE** (voir aussi Mémo et livret hépatite C de l'Impes pour les professionnels de santé)  
**Compte tenu de la gravité potentielle de l'hépatite C, la proposition du test ELISA d'emblée (Sérologie VHC, 27€) est notamment justifiée pour tous les patients :**

- Qui ont reçu des soins dans des pays à forte prévalence du VHC (cf. épidémiologie), en raison de la précarité de nombreux systèmes de santé (réutilisation de matériel mal stérilisé). A défaut et en cas d'obstacle à l'obtention d'une protection maladie, on peut proposer un dépistage ciblé sur le dosage préalable des ALAT (5€) ;
- Qui, avant 1992 en France, ont été transfusés, qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale lourde, d'une greffe, de soins en réanimation ou en néonatalogie ;
- Qui sont hémodialysés ;
- Qui sont nés de mère séropositive pour le VHC ;
- Qui ont un partenaire sexuel atteint d'hépatite ;
- Qui font partie de l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite C ;
- Qui sont atteints d'affection hépatique (dont l'hépatite B) et/ou porteurs du VIH.



**>> PRATIQUE**

**RISQUES DE CONTAMINATION**

La contamination sexuelle ou materno-fœtale est rare.

Relations sexuelles :

le préservatif est conseillé en cas de partenaires multiples ou de rapport pendant les règles si la femme est porteuse du VHC.

Le dépistage du partenaire est justifié ;

Vie sociale : éviter le partage des objets de toilette, désinfection et pansement des plaies ;

Soins médicaux : informer les soignants infirmier/es, dentistes, chirurgiens) ;

Grossesse et allaitement

(le dépistage du VHC est recommandé dans le bilan de grossesse) :

la grossesse, l'accouchement par voie naturelle et l'allaitement ne sont pas contre-indiqués.

Le diagnostic de l'infection chez l'enfant repose sur la recherche de virus dans le sang (PCR) qui est proposée entre l'âge de 3 mois et 12 mois.

**CONSEILS POUR LES PATIENTS :**

- Modérer la consommation d'alcool (< 20 g/j chez les hommes et 10 g/j chez les femmes) ;
- Ne pas prendre de médicaments sans l'avis du médecin ;
- Perdre du poids en cas d'excès pondéral (il y aurait une meilleure réponse au traitement) ;
- Vaccination souhaitable contre l'hépatite B et l'hépatite A en cas de risque.

**Qui faut-il traiter ?** Les critères de traitement sont histologiques (> A1 et ≥ F2 à la PBH) :

<b>Score</b>	<b>Activité</b>	absente A0	minime A1	modérée A2	sévère A3	
<b>METAVIR</b>	<b>Fibrose</b>	absente F0	minime F1	modérée F2	sévère F3	cirrhose F4

**Comment traiter ?** Par une association interféron pégylé et ribavirine en 1<sup>re</sup> intention, pendant 12 mois si génotype 1 et si PCR- à 3 mois de traitement, s'il existe une co-infection par le VIH ; 6 mois dans les autres cas. (1 600 €/mois) et sur prescription initiale hospitalière :

- Peginterféron α2b (*VIRAFERON-PEG*), 1 injection par semaine à la dose de 1,5 mg/kg ; ou α2a (*PEGASYS*), dose standard de 180 mg/semaine. Parmi les contre-indications : femme enceinte, dépression sévère, atteinte sévère du cœur, du rein, du foie, du système nerveux (épilepsie).
- Ribavirine (*REBETOL, COPEGUS*, gel/cp 200 mg) sur, 800 à 1200 mg/j selon le poids. Parmi les contre-indications : femme enceinte, hémoglobinopathie, allaitement, ATCD psychiatrique grave (dépression), atteinte sévère du cœur, du rein, du foie.

**La réponse virologique doit être évaluée 6 mois après la fin du traitement.** Efficacité si PCR- (40 à 80 % des cas, le taux de réponse chez les personnes VIH- dépend du génotype, et du niveau de la PCR en cas de génotype 1). Surveillance médicale : 1 NFS chaque semaine pendant 1 mois puis chaque mois avec ALAT. TSH, créatininémie, uricémie tous les 3 mois.

**CERTIFICATION MÉDICALE POUR LE DROIT AU SÉJOUR**  
(cf. page 316)

**Les sans-papiers atteints d'hépatite C chronique et ressortissants des pays en développement remplissent les critères médicaux de «régularisation».** En effet, le traitement antiviral est inaccessible dans la quasi-totalité de ces pays, et ne figure pas dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS. En outre, l'état de nombreux systèmes de santé ne permet pas la surveillance médicale et biologique requise.

**En pratique, les taux de reconnaissance du droit au séjour de ces personnes sont proches de 100%.** Toutefois, début 2004, deux patients suivis au Comede régularisés depuis 2 ans pour ce motif se sont vus refuser le renouvellement de la carte de séjour, alors que l'hépatite C n'était pas guérie et que la prise en charge médicale devait être poursuivie. Des procédures de recours ont été engagées. ■

## AUTRES PATHOLOGIES : HÉPATITE B

**L'hépatite B pose un problème majeur de santé publique en raison de sa prévalence (1 million de morts par an dans le monde) alors qu'il existe un vaccin efficace. 10% des adultes atteints développent une hépatite B chronique (350 millions de personnes dans le monde), et 20% d'entre eux une cirrhose et parfois un cancer. Une hépatite B chronique persistante justifie une prise en charge médicale régulière.**

VOIR AUSSI Prévention, exil et cultures page 218

### ÉPIDÉMIOLOGIE

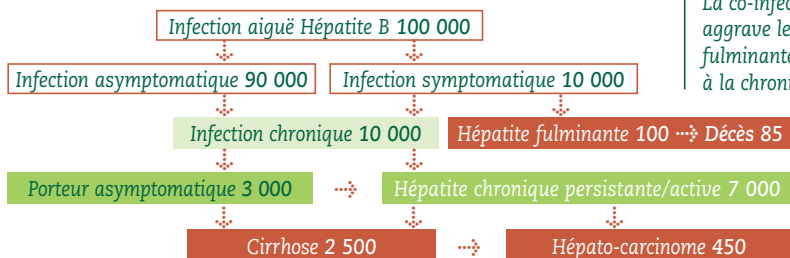
**Le virus de l'hépatite B est présent partout dans le monde.**

L'OMS distingue 3 situations épidémiologiques évaluées par le taux de portage chronique de l'AgHBs :

- Une zone de faible endémie : < 2 % en Australie, Amérique du Nord, Europe de l'Ouest ;
- Une zone de moyenne endémie : 2 à 7 % en Europe de l'Est, Républiques de l'ex-Union soviétique, pays méditerranéens, Proche-Orient, Amérique du Sud ;
- Une zone de forte endémie : 8 à 20 % en Afrique subsaharienne et Asie de l'Est. Dans cette zone, la contamination est précoce, favorisant le passage à la chronicité.

**Parmi les exilés pris en charge au Comede (cf. page 224), les prévalences les plus élevées sont retrouvées pour les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest (Côte-d'Ivoire 79 p. 1 000, Mali 75, Sénégal 67, Guinée 61, Mauritanie 59), et à un moindre degré d'Afrique centrale (28), de Chine (24) et de Turquie (22).**

### HISTOIRE NATURELLE DE L'HÉPATITE B



### ➤ ZOOM

**Le virus de l'hépatite B (VHB) est particulièrement contagieux : 10 fois plus que le VHC, 100 fois plus que le VIH.** La contamination est sexuelle (augmentée par les partenaires multiples, les autres IST), sanguine (matériel médical mal stérilisé, partage de brosse à dents ou de rasoir), périnatale, au sein de la famille ou de certaines collectivités (enfants). Le virus delta (VHD) est un virus déficient qui ne peut se multiplier qu'en présence du virus de l'hépatite B. Sa recherche ne se fait que chez les porteurs de l'AgHBs. La co-infection VHB/VHD aggrave le risque d'hépatite fulminante et celui du passage à la chronicité.



>> PRATIQUE

**DÉPISTAGE ET VACCINATION**

**La proposition du dépistage d'emblée est justifiée pour tous les exilés, compte tenu de la fréquence et de la gravité potentielle du VHB : Ag HBs, Ac Hbc, Ac HBs (56 €).**

**La vaccination est recommandée (cf. page 237) lorsque l'anticorps anti HBs et l'antigène HBs sont négatifs (ENGERIX B, GENHEVAC B x 1, 19 €) : injection IM à 0, 1 et 6 mois ; particulièrement pour :**

- Les personnes vivant avec des porteurs du VHB, dont les nouveaux-nés de mère Ag HBs+ ;
- Les exilés susceptibles de retourner dans les régions de forte prévalence (Asie, Afrique) ;
- Les personnes présentant des risques de contamination sexuelle (partenaires multiples, IST) ;
- Les personnes porteuses du VIH et/ou du VHC.

**CLINIQUE ET BIOLOGIE**

**Hépatite B aiguë** : après une durée moyenne d'incubation de 11 semaines (4-23), l'hépatite aiguë est généralement asymptomatique ou évoque une virose banale (fatigue, nausées, douleurs musculaires et articulaires). Dans 20% des cas, ces signes sont suivis d'un ictère avec augmentation des transaminases (ALAT). Diagnostic : Antigène HBs positif, puis Ag Hbe positif, Anticorps Hbc positif, présence d'ADN viral (charge virale). Evolution favorable : disparition de l'Ag HBs, Ag HBe, ADN viral et apparition des Ac anti-HBe et Ac anti-HBs. L'asthénie (fatigue) peut persister plusieurs mois.

**Hépatite B chronique** : elle est définie par la persistance de l'antigène HBs plus de 6 mois après l'infection initiale. Les facteurs de risque d'évolution vers la cirrhose sont l'intensité de la répllication virale (Ag Hbe positif et ADN viral positif), la présence d'une nécrose hépato-cellulaire (cf. PBH infra) et la consommation régulière d'alcool. La disparition du virus est rare (1 %), mais la répllication virale s'interrompt spontanément chaque année chez 10 % des porteurs (Ag Hbe négatif, ADN viral négatif, Ac Hbe positif).

**Cirrhose et cancer** (carcinome hépatocellulaire) : diagnostiquée par la ponction-biopsie hépatique (PBH), la cirrhose est irréversible et évolue pour son propre compte même en l'absence de répllication virale. Le taux de survie dépend de la gravité de la cirrhose (55 % à 5 ans). Le risque de carcinome justifie une surveillance avec échographie tous les 6 mois.

**PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE**

**HÉPATITE CHRONIQUE : AG HBS+ > 6MOIS**



- Protection maladie indispensable, si besoin en admission immédiate CMU/AME
- ADN viral, Ag HBe, Ac HBe, Ac anti-D, ALAT,  $\gamma$ GT, PAL, TP + Echographie hépatique

ADN VIRAL-, AG HBE-

Aug. ADN VIRAL, AG HBE+



En médecine générale :  
- ALAT/2 mois pendant 6 mois  
- Puis suivi/3 mois avec ALAT

Avec le médecin spécialiste :  
- Discussion en vue de traitement  
- Suivi > 1/mois

**Qui faut-il traiter ?** Les critères du traitement sont histologiques ( $\gamma$  A1 et  $\geq$  F2). L'objectif est d'obtenir la guérison ou de prévenir l'évolution vers la cirrhose. En terme de santé publique,

le traitement permet de réduire le nombre de porteurs et le risque de transmission.

<b>Score</b>	<b>Activité</b>	absente A0	minime A1	modérée A2	sévère A3	
<b>METAVIR</b>	<b>Fibrose</b>	absente F0	minime F1	modérée F2	sévère F3	cirrhose F4

**Comment traiter ?** Le traitement de 1<sup>ère</sup> intention est l'interféron alfa, pendant 4 à 6 mois (parfois prolongé à 9 mois), injections de 5 à 10 MU x 3/semaine (2 300 €/mois) :

- Interféron  $\alpha$ 2a (ROFERON 1, LAROFERON), interféron  $\alpha$ 2b (INTRONA, VIRAFERON) sur prescription hospitalière. Parmi les contre-indications : femme enceinte, atteinte sévère du cœur, du rein, du foie, du système nerveux (épilepsie). Effets secondaires : syndrome grippal systématique, risque de dépression, anxiété. Le suivi médical régulier est indispensable.
- Le bénéfice est confirmé sur un suivi de 7 ans dans 40 % des cas (14 % sans traitement) : amélioration de la qualité de vie, baisse de la mortalité, baisse de la survenue de cancer, normalisation des ALAT, disparition de l'ADN viral, augmentation Ac HBe. Une bithérapie associant l'interféron alfa et la lamivudine (ZEFFIX<sup>o</sup>) peut être proposée d'emblée ou en cas d'échec de l'interféron.
- Pour les patients qui ne peuvent ou ne veulent pas utiliser le traitement par interféron alfa, la lamivudine peut être prescrite en monothérapie (risque d'échappement thérapeutique élevé).

### CERTIFICATION MÉDICALE POUR LE DROIT AU SÉJOUR (cf. page 316)

**Les sans-papiers atteints d'hépatite B chronique et ressortissants des pays en développement remplissent les critères médicaux de «régularisation».** En effet, le traitement antiviral est inaccessible dans la quasi-totalité de ces pays, et ne figure pas dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS. En outre, l'état de nombreux systèmes de santé ne permet pas la surveillance médicale et biologique requise. Pour les «porteurs asymptomatiques» (hépatite chronique inactive), le droit au séjour est justifié par le risque non négligeable (10 à 15 % dans la littérature médicale) de réactivation de la maladie.

**En pratique, les taux de reconnaissance du droit au séjour de ces personnes sont en baisse régulière depuis 3 ans,** notamment en cas d'hépatite chronique inactive avec surveillance annuelle. Parmi 168 réponses documentées par le Comede depuis 4 ans, le taux de refus des préfectures est passé de 3% jusqu'en 2002, à 35% en 2003 et à 50% au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2004. Les recours gracieux et/ou contentieux doivent argumenter sur la notion de risque d'exceptionnelle gravité. ■



 >> ZOOM

### CONSEILS DE PRÉVENTION (en dehors de la vaccination) :

- Relations sexuelles : promotion des pratiques à moindre risque et utilisation du préservatif ;
- Vie sociale : éviter le partage des rasoirs et brosses à dent ;
- Éviter les tatouages, piercing ou encore l'acupuncture par des non-professionnels ;
- Grossesse et accouchement (le dépistage du VHB est obligatoire dans le bilan de grossesse) : le nouveau-né reçoit dans le 1<sup>er</sup> jour après la naissance une séro-vaccination par immunoglobulines-anti VHB et la première injection de vaccin (IVHEBEX 30 UI/kg).

## AUTRES PATHOLOGIES : TUBERCULOSE

**La tuberculose est une maladie infectieuse aggravée par la malnutrition et la précarité. Transmissible par voie aérienne, l'infection tuberculeuse provoque une tuberculose-maladie généralement dans 10 % des cas, et jusqu'à 50 % des cas selon l'âge et l'état sanitaire du sujet (notamment immunodépression). La tuberculose est une pandémie mondiale (1,5 million de morts en 1999) dont le dépistage radiologique reste justifié pour les exilés récemment arrivés en France et les migrants en situation de précarité, et dont le traitement dure au moins 6 mois.**



### >> CHIFFRE

**En France, le taux d'incidence est stable depuis 1997** à 11,1 /100 000, ainsi que le taux de mortalité à 1,2 /100 000. Depuis 1970, la proportion de décès parmi l'ensemble des patients atteints de tuberculose est stable à 10 %. Si l'incidence est en baisse dans la population française, elle augmente chez les personnes de nationalité étrangère depuis 1999.

### ÉPIDÉMIOLOGIE

**La tuberculose est due à une mycobactérie** (*Mycobacterium tuberculosis*, *bovis*, *africanum*), bacille tuberculeux ou bacille de Koch (BK). Bien que tous les organes puissent être atteints, la tuberculose est le plus souvent une maladie pulmonaire, ce qui explique la transmission inter-humaine par voie aérienne. Les localisations extra-pulmonaires, plus fréquentes chez les exilés d'Afrique de l'Ouest et d'Asie du Sud, ne sont pas contagieuses.

**Un tiers de la population mondiale est infectée par le BK**, dont 95 % dans les pays en développement. L'épidémie d'infection à VIH a augmenté jusqu'à 40 % l'incidence de la tuberculose dans certaines grandes villes d'Afrique subsaharienne. Le taux d'incidence mondiale est en augmentation de 0,4 % par an, et l'augmentation est beaucoup plus rapide en Afrique subsaharienne et dans les pays de l'ex-Union soviétique. Les exilés récemment arrivés en France, qui ont souvent subi des incarcérations prolongées et qui ont voyagé dans des conditions difficiles, sont particulièrement exposés au risque de la maladie.

### INFECTION TUBERCULEUSE ET TUBERCULOSE

L'infection tuberculeuse résulte de l'inhalation de BK au contact d'un malade qui expectore/crache des bacilles. Elle est le plus souvent latente, asymptomatique. Lorsqu'elle associe des signes généraux discrets (érythème noueux, conjonctivite

phlycténulaire) et des anomalies radiologiques (adénopathies, chancre tuberculeux) elle doit être considérée comme une tuberculose-maladie. Le diagnostic repose sur la positivité de l'IDR chez les personnes non vaccinées et ayant eu au préalable un test négatif (cf. encadré). En France, l'infection tuberculeuse expose 10% des sujets à la tuberculose-maladie dont 5 % précocement et 5% au-delà de 2 ans (jusqu'à 50 % des cas dans certains pays du Sud).

## DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

### Diagnostic clinique :

- Signes généraux communs à toutes les formes de la maladie : asthénie/fatigue et altération de l'état général, fébricule vespéral, sueurs nocturnes, inappétence, amaigrissement.
- Signes de la tuberculose pulmonaire : bien qu'il existe des formes peu symptomatiques, on constate le plus souvent une toux d'abord sèche puis productive avec expectoration de plus en plus abondante. Une toux isolée depuis plus d'un mois doit faire pratiquer une radiographie de thorax. Quelquefois le début est aigu avec hémoptysie, pneumothorax, pleurésie, dyspnée.
- Les signes des localisations extra-pulmonaires ne sont pas spécifiques. Associés aux signes généraux, ils font évoquer une tuberculose ganglionnaire (adénopathies), une péricardite tuberculeuse (douleurs thoraciques, tachycardie, dyspnée), une atteinte hépatique ou péritonéale (douleurs abdominales, hépatomégalie, ascite), rénale (douleurs lombaires, dysurie, leucocyturie), méningée (céphalées, troubles psychiatriques), ostéo-articulaire du rachis ou mal de Pott (douleurs rachidiennes) et multiviscérale (atteintes multiples).

**Diagnostic radiologique.** Les manifestations radiologiques sont variables : nodules, opacités parfois excavées, infiltrats prédominant aux lobes supérieurs (notamment à droite) et postérieurs, adénopathies hilaires, épanchement pleural. Un semis de micronodules dans les 2 champs pulmonaires évoque une miliaire tuberculeuse. La radiographie thoracique standard est suffisante dans la plupart des cas. Le scanner peut être utile pour avérer ou préciser le diagnostic, notamment chez l'enfant, et évaluer les séquelles en fin de traitement.

### Le diagnostic formel de la tuberculose est bactériologique.

Les examens bactériologiques permettent d'identifier le BK et, avec un antibiogramme, de s'assurer de la sensibilité au traitement.



### >> ZOOM

#### L'INTRA-DERMO-RÉACTION À LA TUBERCULINE (IDR)

L'injection de 0,1 ml de tuberculine doit être intradermique à la face antérieure de l'avant-bras, et sa lecture après 72 heures mesure l'induration par la palpation :

- IDR positive si  $\varnothing$  de l'induration  $\geq 5$  mm. Une IDR très positive ( $\geq 10$  mm), très fréquente chez les exilés, doit être interprétée avec prudence (pas de chimio-prophylaxie systématique).
- Une IDR négative n'exclut pas la maladie (sujets âgés, immunodépression sévère).



**➤ >> ZOOM**

**CHEZ LES PATIENTS VIH+, le diagnostic dépend de l'immunité (cf. page 256) :**

- Si  $CD4 > 500 /mm^3$ , les signes sont les mêmes que pour le sujet immunocompétent.
- Si  $CD4$  entre 200 et  $500 /mm^3$ , IDR+ et les formes pulmonaires restent les plus fréquentes.
  - Si  $CD4 < 200 /mm^3$ , IDR souvent négative et les formes extra-pulmonaires dominant, l'altération de l'état général est souvent profonde et la dissémination n'est pas rare.

Deux méthodes de référence sont réalisables dans tous les laboratoires :

- **L'examen microscopique direct** permet d'identifier le BK en tant que bacille acido-alcoolo-résistant (BAAR par coloration de Ziehl-Nielsen). Si le résultat est positif (BAAR+), le malade est bacillifère et contagieux. Si le résultat est négatif, la contagiosité est très faible.
- La mise en culture sur milieu spécialisé (Lowenstein-Jensen) s'impose dans tous les cas pour isoler un bacille non retrouvé à l'examen direct et s'assurer par l'antibiogramme de la sensibilité au traitement. Les cultures se positivent en 2 à 8 semaines. De nouvelles techniques bactériologiques peuvent être pratiquées dans des laboratoires spécialisés.
- **Les prélèvements se font sur les expectorations pour la tuberculose pulmonaire** (3 jours consécutifs le matin au réveil). En cas de recueil impossible ou de résultat négatif à l'examen direct, il faut réaliser un tubage gastrique le matin au réveil ou une fibroscopie bronchique si la radiographie est normale et l'examen direct négatif.
- Si une localisation extra-pulmonaire est suspectée, la recherche de BK peut être faite dans les urines (3 jours consécutifs), ou à l'hôpital par ponction lombaire, hémoculture, biopsie...



**➤ >> ZOOM**

Dans le cadre de la lutte antituberculeuse, chaque département est doté de CAT qui ont pour mission à titre gratuit pour tous les patients (Art L.220 CSP) :

- Le dépistage de la tuberculose, et l'investigation dans l'entourage du patient infecté ;
- Le suivi médical des patients atteints, la délivrance des médicaments et la vaccination par le BCG.

**PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE**

L'hospitalisation est justifiée devant une altération de l'état général, une contagiosité, ou une résistance au traitement. Le traitement ambulatoire est possible lorsqu'il n'y a pas de BAAR à l'examen direct, quand l'état général est préservé et sans autre affection. Au-delà des examens clinique, radiologique, bactériologique et de l'IDR, le bilan initial comprend NFS, VS/CRP, ASAT-ALAT, créatininémie, uricémie, et sérologie VIH avec l'accord du patient.

**Le traitement de la tuberculose-maladie dure au moins 6 mois** (9 à 12 mois dans les formes extra-pulmonaires) et associe plusieurs antibiotiques. Il doit débuter sans délai pour un malade bacillifère (BAAR+). Il peut être débuté malgré des résultats BAAR- si la clinique est très évocatrice. La quadrithérapie négative les prélèvements en 2 à 3 semaines. Le malade hospitalisé peut sortir sans risque de contaminer son entourage. Le traitement anti-tuberculeux doit être pris à jeun en une seule prise :

- Isoniazide 5 mg/kg/jour x 6 mois (RIMIFON 200 cp 50 mg 44 € et 100 cps 150 mg 50 €)

- Rifampicine 10 mg/kg/jour x 6 mois (*RIFADINE 30 gel 300 mg 15 € et 120 ml sol buv 2% 7 €*)
- Pyrazinamide 25 mg/kg/jour x 2 mois (*PIRILENE 60 cp 500 mg 8 €*)
- Ethambutol 15 mg/kg/jour x 2mois (*DEXAMBUTOL 50 cp à 500 mg 5,5 €*)

Les formes combinées, plus simples à prendre, favorisent l'observance et diminuent le risque de résistance, qui est le plus souvent dû à la prise anarchique des médicaments :

- RIFATER, cp 50 mg isoniazide + 120mg rifampicine + 300 mg de pyrazinamide (*60 cp 25 €*)
- RIFINAH, cp 150 mg isoniazide + 300 mg rifampicine (*30 cp 22 €*)

## SURVEILLANCE DU TRAITEMENT D'UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE

	J1	J10-J15	J30	M2	M4	M6
consultation	•	•	•	•	•	•
bactériologie	•	si BAAR+, contrôle à J15		si expectoration		si expectoration
radio thorax	•	•	•	•	•	•
ASAT-ALAT	•	•	•	si anomalie		
uricémie	•	•				
ex. ophtalmo.	•	si ethambutol	si ethambutol			
créatininémie	•	•				

**Le traitement mène à la guérison à condition d'être bien conduit.** Le malade doit être prévenu de la durée du traitement. En cas de multi-résistance (BK résistant à isoniazide et rifampicine), le traitement doit être conduit en milieu spécialisé (il fait appel aux anti-tuberculeux restés sensibles associés à d'autres molécules).

**La surveillance après guérison dure de 12 à 24 mois,** avec suivi clinique et radiologique.

## PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

**La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (DO) :** le signalement de tout cas de maladie ou d'infection latente chez l'enfant de moins de 15 ans doit être effectué par le médecin traitant à la DDASS sans délai et par tout moyen (il permet d'organiser l'enquête autour d'un cas), et la notification par une fiche de DO est transmise à la DDASS du médecin déclarant, où elle est anonymisée et adressée à l'InVS à des fins épidémiologiques.



 >> ZOOM

**DROIT AU SÉJOUR  
POUR RAISON MÉDICALE**  
(cf. page 77).

*En raison de la gravité de la maladie et de la nécessité d'un traitement régulier et onéreux, les sans-papiers atteints de tuberculose doivent être protégés contre l'éloignement durant la période du traitement et de la surveillance post-thérapeutique (délivrance du certificat médical non descriptif, cf. page 318). La personne qui souhaite demander une régularisation doit être informé du caractère temporaire et précaire des titres délivrés jusqu'à la fin de la prise en charge, les préfetures délivrant souvent des autorisation provisoires de séjour (APS) sans autorisation de travail.*

**Les difficultés de prise en charge sont inhérentes à la précarité socio-administrative (cf. page 18) :** statut, protection maladie et conditions d'hébergement. Outre un accompagnement social toujours nécessaire, le recours à un interprète professionnel est parfois indispensable lors des premières consultations. Le suivi médical d'un patient tuberculeux nécessite de contacter rapidement chaque patient ayant manqué un rendez-vous, ce qui nécessite que le service médical traitant dispose des coordonnées du patient (adresse et Tél +++). La gratuité de la prise en charge en CAT ne dispense en aucun cas de la nécessité d'obtenir une protection maladie intégrale, si besoin en admission immédiate (cf. page 207).

**PRÉVENTION ET DÉPISTAGE**

**La prévention commence par la prise en charge de la maladie.**

L'enquête et le dépistage de l'entourage du malade (famille, hébergeant, foyers) doivent être faits avec l'aide du médecin traitant, du médecin scolaire ou du médecin du travail, par les services de lutte anti-tuberculeuse, à la demande de la DDASS (via la DO). Il repose sur l'examen clinique, l'IDR et la radiographie de thorax. La conduite à tenir va de la simple surveillance à la mise en route d'une chimio-prophylaxie par isoniazide, dont l'hépatotoxicité doit être prise en compte. La surveillance est préconisée pendant 24 mois.

**Vaccination par le BCG.** Le Bacille de Calmette et Guérin est une souche vivante avirulente de bacille tuberculeux bovin. Il est injectable par voie intra-dermique au tiers moyen de la face postéro-interne du bras. Le contrôle de l'efficacité vaccinale par IDR n'est plus justifié. En France, le BCG est obligatoire pour tous les enfants à l'âge de 6 ans et plus tôt pour ceux vivant en collectivité (crèche, école maternelle), ou vivant dans un milieu à risques, ainsi que pour certaines catégories professionnelles exposées. Le BCG est contre-indiqué en cas de déficit immunitaire (VIH) et de dermatoses étendues en évolution. L'intérêt du vaccin est discuté chez les adultes et enfants de plus de 6 ans.

**Dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire.** La radiographie thoracique de face fait partie du bilan de santé indiqué pour les exilés récemment arrivés en France (cf. page 223). ■

## AUTRES PATHOLOGIES :

# ASTHME

*L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, caractérisée par une obstruction bronchique variable dans le temps.*

*Sous-diagnostiqué et insuffisamment pris en charge dans la population générale, l'asthme est potentiellement mortel. Le traitement de fond de l'asthme persistant (qui relève d'un traitement au long cours) est destiné à améliorer le confort, prévenir les crises et prévenir l'asthme mortel.*

VOIR AUSSI Prévention, exil et cultures page 218

### CLINIQUE

Les symptômes de l'asthme sont la toux, les sifflements (sibilants), une difficulté à respirer (dyspnée) et une oppression thoracique. Il existe des épisodes d'exacerbation des symptômes, ce sont les «crises d'asthme» décrites par les patients.

**Facteurs de risque d'asthme aigu grave.** En raison de la précarité de leur situation psycho-sociale, les exilés asthmatiques font partie du groupe de patients à risque de développer un asthme aigu grave. Autres facteurs de risque : asthme ancien et instable, hospitalisation ou recours aux urgences dans l'année écoulée pour crise grave, mauvaise observance des thérapeutiques prescrites, tabagisme persistant, infection bactérienne (sinusite) ou virale (grippe), intolérance à l'aspirine, autres facteurs de stress (froid, effort physique...).

**Signes d'asthme aigu grave :** crise ressentie comme inhabituelle et rapidement progressive. Signes de gravité immédiate : difficulté à parler, à tousser, agitation, sueurs, pâleur/cyanose, utilisation des muscles respiratoires accessoires ; fréquence respiratoire  $\gt$  30/min, fréquence cardiaque  $\gt$  120/min ; inefficacité des  $\beta$ 2-stimulants inhalés d'action brève.



### ➤ ZOOM

#### ÉPIDÉMIOLOGIE

**Dans le monde, 130 millions de personnes souffrent d'asthme** et on enregistre 180 000 décès par an dus à cette affection.

Au niveau mondial, on estime que les coûts associés à l'asthme dépassent ceux de la tuberculose et de l'infection à VIH-sida réunis. En France, la prévalence de l'asthme est de 6 à 10 % de la population. La mortalité de l'asthme, 2 000 morts par an, est en forte augmentation depuis 20 ans.

**Chez les exilés pris en charge au Comede,** l'asthme persistant est plus fréquent chez les personnes originaires d'Asie du Sud (Pakistan 19 p. 1000, Bangladesh 17, Sri Lanka), d'Afrique de l'Ouest (Sénégal 14, Nigeria 13, Mauritanie 10) et chez les Algériens (21).

## DEGRÉS DE SÉVÉRITÉ DE LA MALADIE ASTHMATIQUE ET APPROCHE THÉRAPEUTIQUE PAR PALIERS

La présence d'un seul critère suffit pour placer un patient dans le palier correspondant. Le but du traitement est la maîtrise de l'asthme : symptômes chroniques réduits au minimum, pas de limitation des activités, crises rares, besoin minimal des  $\beta_2$ -stimulants d'action brève.

### **PALIER 1 : intermittent**

#### Clinique

Symptômes < 1 /sem.  
Exacerbations brèves.  
Symptômes d'asthme nocturne < 2 /mois.  
Respiration normale entre les crises.  
DEP > 80 %.

#### Traitement de fond

Non nécessaire.

#### Traitement des symptômes

$\beta_2$ -stimulant inhalé d'action brève selon les besoins < 1 /sem  
Traitement plus intense si crise plus sévère.  
 $\beta_2$ -stimulant inhalé 15 à 30 min avant effort.

### **PALIER 2 : persistant léger**

#### Clinique

Symptômes > 1 /sem mais < 1 /jour.  
Crise pouvant retentir sur activité/sommeil.  
Symptômes d'asthme nocturne > 2 /mois.  
DEP > 80 %.

#### Traitement de fond

Corticoïde inhalé (200-500 mg) ou cromone.  
Si nécessaire, augmenter les corticoïdes inhalés à 800-1000 mg ou ajouter (si sympt. nocturnes)  $\beta_2$ -stimulant inhalé d'action prolongée.

#### Traitement des symptômes

$\beta_2$ -stimulant inhalé d'action brève < 4 fois/j.

### **PALIER 3 : persistant modéré**

#### Clinique

Symptômes quotidiens.  
Crise retentissant sur activité/sommeil.  
Symptômes d'asthme nocturne > 1 /sem.  
Utilisation quotidienne de  $\beta_2$ -stimulant inhalé.  
DEP > 60 % et < 80 %.

#### Traitement de fond

Corticoïde inhalé (800- 2000 mg ou plus) et  $\beta_2$ -stimulant inhalé d'action prolongée.

#### Traitement des symptômes

$\beta_2$ -stimulant inhalé d'action brève selon les besoins < 4 fois/j.

### **PALIER 4 : persistant sévère**

#### Clinique

Sympt. permanents.  
Crises fréquentes.  
Activités physiques limitées par l'asthme.  
Symptômes d'asthme nocturne fréquents.  
DEP < 60 %.

#### Traitement de fond

Corticoïde inhalé (800-2000 mg ou plus) et bronchodilatateur d'action prolongée ( $\beta_2$  inhalé et/ou oral et/ou théophylline) et corticoïde oral.

#### Traitement des symptômes

$\beta_2$ -stimulant inhalé d'action brève selon les besoins < 4 fois/j.

### **PALIER Inférieur :**

Revoir le traitement tous les 3 à 6 mois. Si asthme maîtrisé depuis plus de 3 mois, envisager une réduction du traitement par palier.

#### **Corticoïde inhalé :**

Budésonide, 1 bouffée à 200 mg /j ou 2 prises /jour si > 200 mg /j (PULMICORT TURBUHALER 200 mg poudre, récipient 200 doses, 43 €, R65 %).  
Effet optimal en 4 à 8 sem.

### **PALIER supérieur :**

Revoir le traitement tous les 3 à 6 mois. Si asthme maîtrisé depuis plus de 3 mois, envisager une réduction du traitement par palier.

#### **$\beta_2$ -stimulant inhalé d'action prolongée :**

Salmétérol, 1 bouffée à 50 mg x 2 /j (SEREVENT 50 mg poudre, boîte 60 doses, 34 €, R65 %).

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

**Demande Sécu+CMU-C si besoin en admission immédiate (ou AME/PASS)** (cf. pages 155 et 207). Soutien socio-juridique et aide à la vie quotidienne. Vaccination recommandée contre la grippe (1 dose 0,5 ml SC ou IM, 6 €, NR) et traitement de la rhinite allergique.

**Traitement de la crise/exacerbation par répétition des inhalations de  $\beta_2$ -stimulant d'action brève** : Salbutamol, 1 à 2 bouffées à 100 mg (SPREOR 100 mg susp. flacon 200 doses, 4 €, R65%). A renouveler après quelques minutes en cas de persistance  $\pm$  corticoïde oral : prednisolone 0,5 à 1 mg/kg/j pendant 3 à 10 jours (Gé cp 20 mg x 20, 5 €, R65%).

**Traitement de l'asthme aigu grave par  $\beta_2$ -stimulants nébulisés, oxygène et corticoïdes**

- Répétition des inhalations de  $\beta_2$ -stimulant, si possible à l'aide d'une chambre d'inhalation ;
- Oxygénothérapie et administration de  $\beta_2$ -stimulants nébulisés (à défaut, injection SC) ;
- Corticoïde systémique, en sachant qu'il n'exerce ses effets qu'après 2 à 3 heures ;
- Hospitalisation dans tous les cas, en urgence si l'état ne s'améliore pas après 30 min ou en cas de signe de détresse : impossibilité de parler, pause respiratoire, troubles de conscience.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

**Une Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)** est nécessaire 3 à 6 mois après le début du traitement comme examen de référence, parfois pour le diagnostic (formes mineures ou atypiques). La répétition des EFR au cours du suivi est à discuter avec le pneumologue.

**La mesure régulière du DEP** (Débit Expiratoire de Pointe ou «Peak-Flow») mérite d'être intégrée à l'éducation du patient asthmatique, et sa surveillance à court terme est utile pour l'évaluation clinique et le choix du traitement (Mini Wright, NR, 23 €). Les normes dépendent de la taille, du sexe et de l'âge (environ 400 l/min chez la femme et 700 chez l'homme).



## >> PRATIQUE

### Le patient doit être capable :

- De faire connaître ses besoins, de déterminer des buts et d'informer son entourage ;
- De comprendre son corps, sa maladie et les répercussions dans l'environnement familial, à l'école, au travail. Un malade chronique ne peut se soigner correctement s'il ne comprend pas sa maladie, comment on la diagnostique et comment on la soigne ;
- De repérer les symptômes précoces et les signes d'alerte ;
- De faire face à l'urgence, c'est-à-dire de décider dans l'urgence et d'être capable d'appliquer un protocole d'urgence ;
- De transférer ce qu'il a appris dans un contexte à un autre contexte (changement de travail, de lieu de vie, voyages) ;
- De mettre en pratique les connaissances acquises afin de les adapter à sa vie ;
- De savoir utiliser à bon escient les ressources du système de soins (ne pas avoir recours systématiquement aux services d'urgences mais savoir qui appeler, quand et où consulter) ;
- De faire valoir ses droits, notamment en matière de protection maladie.

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS ASTHMATIQUES

L'éducation thérapeutique, centrée sur le patient, est un processus intégré dans la démarche de soins et destiné à faire acquérir et maintenir des compétences au patient, en particulier au patient asthmatique. Ces compétences sont transversales ; elles sont applicables à toutes les maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique structurée est plus efficace que l'information seule. Effectuée si besoin avec un interprète, elle est destinée à aider, écouter et comprendre le patient, définir des objectifs clairs et réalisables, établir une stratégie de questionnement qui renforce le rôle actif du patient dans la prise de son traitement et évaluer les acquis du patient. Elle comporte, après un diagnostic éducatif (recueil des informations sur le patient : personnalité, mode de vie, besoins, connaissance de la maladie et de sa thérapeutique, capacité à apprendre), un apprentissage à l'autogestion du traitement (appréciation des symptômes, plan de crise, mesure du DEP) et nécessite un suivi régulier (particulièrement en cas d'asthme sévère ou de risque de gravité).

### Un système à trois zones pour aider le patient à gérer ses symptômes :

- **Zone verte** : L'asthme est maîtrisé. Ni le sommeil ni les activités ne sont interrompus. Les symptômes sont minimes ou inexistants. Débit expiratoire (DEP) entre 80 et 100 % ;
- **Zone orange** : Vigilance devant la survenue de symptômes nocturnes, gêne de l'activité, toux, sifflements, oppression thoracique d'activité ou de repos, et/ou DEP entre 60 et 80 %. Il peut s'agir d'une exacerbation isolée (suivre alors le plan de crise) ou d'une détérioration progressive qui justifie une consultation médicale pour modifier la prise en charge ;
- **Zone rouge** : Alerte. Les symptômes gênent l'activité ou sont présents au repos. Si le DEP reste < 60 % malgré la prise immédiate d'un  $\beta_2$ -stimulant d'action brève, des soins médicaux rapides doivent être entrepris. Dans tous les cas, consulter rapidement un médecin.

### L'apprentissage d'un plan de crise doit faire l'objet d'une prescription écrite :

- **Crise légère** :  $\beta_2$ -stimulant inhalé d'action brève, 2 à 4 bouffées espacées de quelques minutes et répétées si nécessaire jusqu'à 3 fois la première heure. Les symptômes régressent et le DEP redevient supérieur à 80 % ;

- **Crise d'intensité moyenne** : La réponse au  $\beta_2$ -stimulant est incomplète, DEP entre 60 et 80 %. Poursuivre la prise espacée de  $\beta_2$ -stimulants inhalés, prendre une première dose de corticoïde oral (prednisolone 0,5 à 1 mg/kg) et consulter un médecin avant la nuit ;
- **Crise sévère** : La crise répond mal aux  $\beta_2$ -stimulants, DEP < 60 %. Faire appel à une visite rapide du médecin tout en poursuivant les  $\beta_2$  inhalés et en prenant une première dose de corticoïde oral. En cas de symptômes sévères d'emblée, d'aggravation rapide ou de délai d'attente du médecin, appel du 15 (régulation SAMU) pour transport médicalisé d'urgence ;
- **Après une crise**, l'amélioration est progressive et les  $\beta_2$ -stimulants inhalés doivent être poursuivis quelques jours. En cas de prise de corticoïde oral, la cure doit être poursuivie durant 3 à 10 jours en fonction de la gravité et de l'évolution (prednisolone 0,5 à 1 mg/kg/j).



**Association Asthme et Allergies**

3 rue Hamelin  
75116 Paris  
Tél : 01 47 55 03 56  
[www.asmanet.com](http://www.asmanet.com)

**Comité national contre les maladies respiratoires**

66 bd Saint-Michel  
75006 Paris  
Tél : 01 46 34 58 80

## CERTIFICATION MÉDICALE POUR LE DROIT AU SÉJOUR (cf. page 316)

**Les sans-papiers atteints d'asthme persistant et ressortissants de pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) remplissent les critères de «régularisation».** En effet, si les  $\beta_2$ -stimulants inhalés d'action brève sont d'accès relativement aisé, il en va différemment du traitement de fond en raison du coût des corticoïdes inhalés et des  $\beta_2$ -stimulants inhalés d'action prolongée, ainsi que de la carence en médecins (prescription et surveillance clinique). Or dans le cas d'un asthme persistant, l'insuffisance du traitement de fond conduit à la survenue d'asthme aigu grave.

**En pratique, les taux de reconnaissance du droit au séjour de ces personnes, proches de 100% il y a 3 ans, sont en baisse régulière depuis lors.** Parmi 95 réponses documentées au Comede, le taux de refus des préfectures est passé de 0% jusqu'en 2002, à 13% en 2003 et à 25% au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2004. Les rapports médicaux et recours destinés au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) doivent argumenter sur le degré de sévérité de la maladie et des autres risques d'asthme aigu grave ; ainsi que des indicateurs relatifs au système de santé du pays d'origine (cf page 26). ■

## AUTRES PATHOLOGIES : **DIABÈTE**

**Le diabète est une maladie chronique qui sévit principalement dans les pays du Sud. L'augmentation de sa prévalence et la gravité de ses complications justifient des mesures accrues de prévention et de dépistage dans la population. Sa prise en charge repose sur des mesures hygiéno-diététiques et des médicaments, mais aussi sur l'éducation du patient.**

Site de l'Association Française des Diabétiques : [www.afd.asso.fr](http://www.afd.asso.fr)



### >> CHIFFRES

#### ÉPIDÉMIOLOGIE

En 2000, le diabète touche 175 millions de personnes dans le monde, 23 millions en Europe et 2 millions en France, où l'on estime à plus de 300 000 les sujets diabétiques non dépistés. Parmi les exilés reçus au Comede et à âge égal, la prévalence du diabète est plus élevée chez les personnes originaires d'Asie du Sud (Bangladesh 42 p. 1000, Sri Lanka 34, Pakistan 27, Inde 20), d'Algérie (24) et du Congo (23). Les patients diabétiques d'Afrique centrale sont plus souvent hypertendus et ceux d'Asie du Sud plus souvent dyslipidémiques. La précarité dans laquelle vivent ces personnes aggrave les difficultés de prise en charge de la maladie.

#### DÉFINITION

**Le diabète est une hyperglycémie chronique.** La glycémie - quantité de sucre dans le sang - s'exprime en mmol/l ou en g/l (1 g/l=5,5 mmol/l). A l'état normal, la glycémie varie de 4 à 6 mmol/l, sans dépasser 6,1 mmol/l à jeun (à 8 heures) et 7,8 mmol/l après un repas. L'équilibre glycémique est notamment assuré par une hormone pancréatique, l'insuline, dont la sécrétion augmente après les repas (pics prandiaux). Il y a diabète lorsque :

- **Glycémie à jeun  $\geq 7$  mmol/l**, résultat contrôlé par un 2<sup>e</sup> prélèvement ;
- **Ou glycémie  $\geq 11,1$  mmol/l** à n'importe quelle heure, en présence de signes cliniques.

**Il existe deux types de diabète.** Le diabète de type 1 (DT1) représente 10 à 15 % des cas. Dû à une carence de sécrétion de l'insuline par destruction auto-immune des cellules  $\beta$  du pancréas, il survient chez des sujets jeunes, et doit être traité par insuline. Le diabète de type 2 (DT2) représente 80 à 85 % des cas. C'est une maladie à composante familiale qui s'extériorise après 40 ans chez un sujet sédentaire en surpoids, ayant une baisse de la sécrétion et/ou de l'action de l'insuline. Le traitement repose sur l'équilibre de l'alimentation, l'exercice physique et des comprimés hypoglycémifiants. L'insuline peut devenir nécessaire si l'équilibre n'est pas atteint, ou si des complications surviennent.

## BILAN ET SUIVI MÉDICAL

### Examen clinique :

- Calcul du poids normal, de la surcharge pondérale et de l'obésité à partir de l'indice de masse corporelle ( $IMC = P/T^2$ , normal entre 18,5 et 25). Il y a surcharge pondérale si  $IMC > 25$ , obésité si  $IMC > 30$  et obésité grave si  $IMC > 40$  ;
- Examen cardiovasculaire : tension artérielle (objectif TA  $\leq 14/9$  pour un diabète non compliqué,  $\leq 13/8$  si macroangiopathie,  $\leq 12/8$  si néphropathie), auscultation, palpation des pouls, ECG (recherche d'une ischémie silencieuse) ;
- Examen ophtalmologique du fond d'œil (FO) à la recherche d'une rétinopathie ;
- Examen de la peau, des muqueuses, des réflexes ostéotendineux (ROT) et de la sensibilité ;
- Examen des pieds (sensibilité, cors, durillons, mycose, infection cutanée, crevasse).

### Examens biologiques (CMU.C/AME indispensable, si besoin en admission immédiate).

- La surveillance du diabète repose sur le dosage de l'hémoglobine A1c (HbA1c normale entre 4 à 6 %) qui est le reflet de l'équilibre glycémique des 2 mois précédents. Il n'est pas nécessaire d'être à jeun. La glycémie n'a pas d'intérêt en dehors du dépistage.
- Bilan lipidique : triglycérides (TG 0,4-1,5 g/l = 0,4-1,7 mmol/l), cholestérol total (CT 1,5-2,5 g/l = 3,9-6,5 mmol/l), cholestérol HDL («bon cholestérol»,  $> 0,40\text{g/l} = 1,1\text{mmol/l}$ ).
- Créatininémie (7-13 mg/l = 60-120 mmol/l) et clairance de la créatinine.
- Protéinurie (bandelette urinaire) et microalbuminurie pour dépister une néphropathie.

**Le suivi médical doit être rapproché tant que l'équilibre glycémique n'est pas atteint**, puis intervient tous les 3 à 4 mois avec dosage de HbA1c, poids, TA, examen clinique, examen du carnet du diabétique. Surveillance annuelle : bilan lipidique, créatininémie, microalbuminurie, ECG, FO, ROT et examen des pieds dont examen au monofilament.

**La prévention des complications repose sur la normalisation du taux de l'HbA1c** (une baisse de 1 % de l'HbA1c diminue de 20 % le risque de complication). Outre la surveillance et le suivi,



### >> ZOOM

#### CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

*Le diabète type 1 débute souvent brutalement, avec polyurie, polydipsie (augmentation respective du volume d'urines et de boissons ingérées), amaigrissement, et glycémie  $> 11$  mmol/l.*

*Le diabète de type 2 est cliniquement asymptomatique pendant plusieurs années.*

*Ce temps de latence est favorable au développement de complications souvent graves : macroangiopathies (75% des diabétiques décèdent d'une complication cardiovasculaire dont 50% d'ischémie myocardique), rétinopathie (1<sup>ère</sup> cause de cécité en Europe), néphropathie (1<sup>ère</sup> cause de dialyse en Europe), pied diabétique (5 à 10% des diabétiques sont amputés), neuropathie.*

*Il faut penser au diabète devant une infection cutanée ou muqueuse récurrente, des douleurs inexpliquées des membres inférieurs, ou des troubles de l'érection.*



 >> PRATIQUE

**CONSEILS ALIMENTAIRES**

• **Diminuer les graisses et l'alcool +++**

• **Les protéides** se trouvent dans les viandes, les poissons, les œufs, le lait et les légumes secs. Il vaut mieux choisir les viandes maigres, privilégier les poissons, boire du lait demi-écrémé.

• **Les lipides** : limiter les acides gras saturés qui augmentent le LDL-cholestérol (viandes grasses, beurre, laitages, fromage, œufs), conseiller les acides gras polyinsaturés d'origine végétale (huile de maïs, soja, tournesol, volailles, poissons gras) et surtout les acides gras monoinsaturés (huile d'olive, arachide, colza).

• **Les glucides** sont principalement l'amidon (pain, pommes de terre, pâtes, riz), le saccharose (sucre de cuisine), le fructose (fruits) et le lactose (lait). Tous les glucides n'ont pas le même pouvoir hyperglycémiant, mesuré par l'index glycémique (effet hyperglycémiant global d'un aliment exprimé en pourcentage de celui d'une quantité isoglucidique de sucre ou de pain blanc). Il faut conseiller la consommation de glucides avec index glycémique faible, et éviter de manger seul un glucide à index glycémique élevé (le manger en fin de repas ou accompagné d'un aliment qui va en ralentir la digestion comme les légumes verts).

les autres facteurs de risque vasculaires doivent être traités :

- Traitement d'une hypertension artérielle associée (cf. page 297) avec prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion en 1<sup>ère</sup> intention.
- Traitement des dyslipidémies par statine en cas d'hyper-LDL-cholestérolémie (isolée ou avec hypertriglycéridémie < 3g/l) ou fenofibrate en cas d'hypertriglycéridémie > 3 g/l).
- L'aspirine à dose de 75 à 160 mg/j est recommandée en prévention primaire et secondaire pour les diabétiques hypertendus, et/ou dyslipidémiques.

**La prise en charge du diabète repose en grande partie sur l'éducation du patient** (cf. page 294) et nécessite d'aborder le mode de vie du patient (contexte social et administratif, alimentation, tabac, alcool, activités). La compréhension par le patient et son entourage de la maladie et du traitement favorise l'autonomie, l'observance et la baisse de l'incidence des complications. L'autocontrôle de la glycémie peut être effectué par un lecteur électronique, et la recherche de l'acétonurie par bandelette urinaire permet de dépister un déséquilibre. En cas de diabète type 1, le carnet de surveillance quotidienne, avec les doses d'insuline, les mesures de la glycémie et de l'acétonurie, est un instrument indispensable au malade et au médecin.

**TRAITEMENT HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE**

**Les mesures diététiques ont pour objectif de favoriser une alimentation équilibrée.** Les besoins alimentaires énergétiques sont couverts par les glucides (sucres) et les lipides (graisses), et les besoins de construction sont couverts par les protéides. Le diabète limite la réponse de l'organisme aux apports brutaux de glucides, c'est pourquoi il faut fractionner les apports en au moins 3 repas par jour. Les apports quotidiens doivent comporter 50 % de glucides, 35 % de lipides et 15 % de protéides. Le nombre de calories est calculé en fonction du poids et de l'activité physique. En cas de surpoids, le régime doit être modérément hypocalorique (un amaigrissement de 10 % du poids a déjà une influence sur la glycémie et l'insulinorésistance).

**L'exercice physique est recommandé dans tous les cas**, car il contribue à la baisse de la glycémie et de l'insulinorésistance, favorise la normalisation du poids ainsi que le bien-être physique et psychologique. En cas de DT1, l'auto-surveillance du diabète doit être bien maîtrisée pour une adaptation des doses d'insuline afin d'éviter les malaises hypoglycémiques. En cas de DT 2 pour un sujet sédentaire en surpoids, la reprise de

l'activité physique doit être progressive, après s'être assuré qu'il n'y a pas de contre-indication. Il faut tenir compte du contexte afin de conseiller sans décourager (la marche favorise les économies de transport...). Exemple d'activité efficace : 2 heures de marche à bonne allure, 1 heure de vélo ou une demi-heure de jogging 3 fois par semaine.

**L'arrêt de la consommation de tabac est hautement recommandé.**

## TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

**Le traitement du diabète de type 1 est l'insulinothérapie**, qui consiste en plusieurs injections par jour (2 à 4 pour une dose quotidienne de 0,6 à 0,9 U/kg). Il existe plusieurs types d'insulines selon leur durée d'action, toutes concentrées à 100 U/ml. Les insulines pré-mélangées contiennent une insuline d'action rapide et une d'action intermédiaire. Les injections peuvent se faire avec une seringue ou un stylo à usage unique ou réutilisable, dans le tissu sous-cutané profond de l'abdomen, des bras, des cuisses ou du haut des fesses.

**Le traitement initial du diabète de type 2 repose sur les mesures hygiéno-diététiques.** L'efficacité doit être appréciée après les premiers mois : une monothérapie est discutée si HbA1c > 6,5 % selon l'évaluation bénéfice-inconvénients, et recommandée si HbA1c > 8 %. Les sulfamides hypoglycémiant (*glibenclamide*, *DAONIL FAIBLE* à 1,25 mg, *HEMI-DAONIL* à 2,5 mg, *DAONIL* à 5 mg) augmentent l'insulinosécrétion (risque d'hypoglycémie sévère) et les biguanides (*metformine Générique cp 850 mg*) diminuent l'insulino-résistance (meilleure tolérance digestive après le repas) :

- La metformine est recommandée en 1<sup>ère</sup> intention si IMC > 27.
- Toujours débiter à doses faibles, à augmenter progressivement par paliers de 4 semaines.
- Evaluer à 3 et 6 mois par le dosage de l'HbA1c. Si la monothérapie est insuffisante à dose optimale, prescrire une bithérapie associant la metformine à un sulfamide hypoglycémiant (ne pas associer 2 sulfamides hypoglycémiant). Pour surmonter l'insulino-résistance, une nouvelle classe thérapeutique, les thiazolidine-diones (ACTOS, sur ordonnance «médicament d'exception») peut être associée de préférence aux biguanides. Si la bithérapie n'est pas suffisante à dose optimale, l'insulinothérapie sera envisagée à l'aide d'une équipe spécialisée.

// sur internet :

> [www.cerim.org](http://www.cerim.org), [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)



 >> ZOOM

### INDEX GLYCÉMIQUE

- ☹️ 70-100% glucose, sodas, pain blanc, biscottes, riz brun, pommes de terre, corn-flakes
- ☺️ 50-70% saccharose, riz blanc, semoule, betteraves, carottes, bananes, chocolat, glaces, miel
- 😊 < 50% pâtes, pain aux céréales, pommes, oranges, raisin, haricots blancs, lentilles, lait, yaourt, fructose



 >> ZOOM

### PRÉVENTION PRIMAIRE ET DÉPISTAGE

**La prévention primaire du diabète a pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel de la population** afin de diminuer l'incidence de l'obésité et des maladies métaboliques. Le Programme National Nutrition Santé a défini 9 objectifs prioritaires : augmenter la consommation de fruits et légumes, de calcium, de glucides, et l'activité physique, diminuer les apports de graisses et d'alcool, réduire la cholestérolémie, la TA, le surpoids et l'obésité.

**Le dépistage du diabète type 2 est recommandé tous les 3 ans en cas de facteur de risque :** collatéraux du 1<sup>er</sup> degré de diabétiques, surpoids, hypertension artérielle, dyslipidémie, insuffisance rénale, diabète gestationnel, et migrants originaires d'Asie du Sud.



**➤ ZOOM**

**DROIT AU SÉJOUR POUR  
RAISON MÉDICALE**

(cf. page 316)

**Les sans-papiers diabétiques traités par chimiothérapie et ressortissants de pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) remplissent les critères de «régularisation».**

*L'accès aux médicaments et la possibilité d'un suivi médical régulier déterminent en effet la qualité de la prise en charge et permettent de prévenir les complications de moyen et de long terme.*

**En pratique, les taux de reconnaissance du droit au séjour de ces personnes**

**sont en baisse régulière depuis 3 ans.** Parmi 114 réponses documentées au Comede, le taux de refus des préfectures est passé de 3% jusqu'en 2002 à 33% en 2003 et à 66% au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2004.

*Les rapports et recours médicaux destinés au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) doivent argumenter sur l'existence de complications, des autres facteurs de risque cardiovasculaire ainsi que des indicateurs relatifs au système de santé du pays d'origine (cf. page 26).*

**ÉDUCATION DES PATIENTS DIABÉTIQUES**

**Une consultation spécialisée d'éducation permet de compléter la prise en charge médicale.** Il est essentiel que les informations théoriques soient personnalisées à partir des situations concrètes que vit la personne. Pour les patients non francophones, la présence d'un interprète professionnel permet d'optimiser les échanges d'informations en vue d'aboutir à un savoir théorique et pratique. L'acceptation du diabète par le patient repose en effet en grande partie sur les possibilités de verbalisation du vécu, et le gain d'auto-nomie et d'auto-contrôle de la maladie favorise l'intégration sociale.

**Il n'y a pas de «petit diabète».** Le bénéfice d'une prise en charge précoce, même lorsqu'il n'y a «pas encore de complications», est indéniable. Le traitement du diabète repose sur les règles hygiéno-diététiques et, si nécessaire, les médicaments. Il est également indispensable de maîtriser une hypertension artérielle et/ou une dyslipidémie associée. Les objectifs de l'éducation thérapeutique portent ainsi sur l'équilibre de l'alimentation ; la maîtrise du poids ; l'activité physique ; l'arrêt du tabac ; enfin l'observance du traitement.

**Mise en œuvre de l'éducation du patient au Comede.** On ne peut apprendre son «métier de diabétique» en quelques minutes : l'information doit être conduite par étapes, dans une progression à la fois théorique et pratique, dans l'implication sur la vie quotidienne. L'expression dans la langue maternelle permet en outre de prendre en compte les représentations culturelles en matière de santé («comme je ne travaille pas, je n'ai pas besoin d'un petit-déjeuner» ou «je me sens fatigué, j'arrête le traitement»). La personne doit connaître également les situations critiques (malaise hypoglycémique, plaie des pieds) et savoir comment y faire face. En obtenant des résultats plus visibles, la planification d'objectifs successifs (ex : d'abord perdre un peu de poids, puis un peu d'activité physique chaque jour, puis viser la diminution de l'hémoglobine A1c...) favorise l'adhésion du patient et permet un contrôle plus efficace de la glycémie.

**Les limites à la modification des comportements sont de plusieurs ordres :** facteurs personnels («je ne sens rien, je ne suis pas malade»), idées fausses sur le diabète («on peut en guérir»), facteurs sociaux («si je ne cuisine pas comme chez nous, ils vont me mettre à la porte»), liés à l'accès aux soins («la pharmacie refuse l'aide médicale») et à la précarité («j'ai une plaie au pied car je suis dehors toute la journée en attendant le samu social», «je ne suis pas venu au rendez-vous car je n'ai pas de ticket de métro»). Dans un contexte d'exil et d'exclusion, l'éducation du patient participe à une prise en charge nécessairement pluridisciplinaire du diabète. Pour ne pas laisser la personne dans son isolement psychologique et social, des entretiens réguliers doivent pouvoir être proposés. ■

## AUTRES PATHOLOGIES : HYPERTENSION ARTÉRIELLE

*L'hypertension artérielle (HTA) est une élévation anormale de la pression artérielle au repos. Son origine est multifactorielle, faisant intervenir des facteurs individuels et des facteurs d'environnement. Dans la majorité des cas, on ne retrouve pas de cause médicale de l'HTA, on parle alors d'HTA essentielle. L'HTA constitue un facteur de risque cardiaque et vasculaire, dont la prise en charge est justifiée par les complications à long terme qu'elle entraîne.*

VOIR AUSSI Prévention, exil et cultures page 218

### ÉPIDÉMIOLOGIE

En France, 10 à 15 % des adultes sont hypertendus. Parmi les exilés (cf. page 224), l'HTA est plus fréquente chez les ressortissants d'un pays d'Afrique centrale (Congo RD 45 p. 1 000, Congo 37, Angola 36), et à un degré moindre chez ceux d'Afrique de l'Ouest (Côte-d'Ivoire 33, Sierra Leone 26), d'Asie du Sud (Inde 26, Sri Lanka 21) et de Haïti (16). La prévalence de l'HTA est plus élevée dans certaines populations originaires d'Afrique subsaharienne, sa survenue plus précoce, et ses complications plus sévères et plus fréquentes. Ces particularités seraient liées à des facteurs constitutionnels (responsabilité du gène de l'angiotensinogène dans la résorption accrue de sodium) et environnementaux.

### CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

L'HTA est le plus souvent asymptomatique, découverte lors d'un examen systématique. Elle peut provoquer des céphalées en cas d'augmentation brutale (la «poussée hypertensive» justifie une prise en charge médicale rapide). Sa gravité tient à ses conséquences à long terme : insuffisance cardiaque avec hypertrophie ventriculaire (fréquente chez les Africains), accident vasculaire cérébral hémorragique, insuffisance rénale, plus rarement insuffisance coronaire, accident vasculaire oculaire, artérite des membres inférieurs, dissection aortique.



### ➤ >> ZOOM

L'OMS qualifie de transition épidémiologique l'augmentation des maladies non transmissibles - incluant l'HTA - observée dans les pays en développement, dont les effets délétères sur la santé viennent s'ajouter à ceux des maladies infectieuses et parasitaires. Cette transition est liée à une alimentation inappropriée (consommation accrue d'aliments industriels gras, salés ou sucrés), la sédentarité, l'obésité et une consommation excessive d'alcool. En 2002, l'HTA serait responsable de 7 millions de décès prématurés dans le monde et de 4,4 % des années de vie en bonne santé (AVCI) perdues. Cette estimation fait de l'HTA le deuxième facteur de risque sanitaire après l'infection à VIH-sida (6,3 % AVCI perdues).

**HTA essentielle de l'adulte, non compliquée, permanente**

9 ≤ PAD < 11mmHg  
et/ou 14 ≤ PAS < 18mmHg ;

**HTA sévère**

PAS ≥ 180mmHg  
ou PAD ≥ 110mmHg.



**➤ ZOOM**

**AUTRES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE :**

- Age > 45 ans chez l'homme et > 55 ans chez la femme
  - Sexe masculin
  - Tabagisme
- Dyslipidémie avec HDL-cholestérol < 0,35 g/l et LDL > à 1,9 g/l
- Antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce
  - Obésité
  - Sédentarité
  - Consommation excessive d'alcool
  - Diabète
- Précarité socio-économique

**LÉSIONS DES ORGANES-CIBLES :**

- Atteinte cardiaque
- Atteinte vasculaire
- Atteinte rénale

**TROUBLES CLINIQUES ASSOCIÉS :**

- Maladie coronarienne
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral
- Artériopathie périphérique
  - Insuffisance rénale

**La définition de l'HTA** repose sur la mesure à l'aide du tensio-mètre des pressions artérielles diastolique (PAD) et systolique (PAS) chez un patient au repos depuis 5 minutes (voir ci-contre).

**Le diagnostic est confirmé par la permanence de l'HTA** sur des mesures répétées avant d'instituer un traitement médicamenteux : chiffres élevés mesurés deux fois lors de trois consultations successives espacées sur une période d'au moins trois mois.

**- PRISE EN CHARGE MÉDICALE**

**L'objectif principal n'est pas tant de faire baisser la pression artérielle que de réduire le risque cardiovasculaire global.** La première démarche consiste à évaluer ce risque en recherchant d'autres facteurs de risque et/ou signes de gravité (voir ci-contre).

**L'estimation de ce risque individuel détermine la stratégie de la prise en charge et le pronostic du patient hypertendu.** Le risque peut être quantifié (de faible à élevé) en tenant compte de la sévérité de l'HTA (de légère à modérée) et du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire ou d'une atteinte des organes cibles ou d'une maladie cardiovasculaire associée (groupe A à C, cf. tableau page 298).

**Le bilan initial conduit à une recherche étiologique de l'HTA dans certains cas :**

- S'il s'agit d'une HTA sévère ou d'un retentissement d'emblée sévère chez un sujet jeune ;
- Devant des signes cliniques ou biologiques évocateurs : céphalées/sueurs/palpitations en faveur d'un phéochromocytome ; hypokaliémie ; souffle dorsal d'une coarctation ; lombaire ou para-ombilical d'une sténose rénale, aspect en faveur d'un syndrome de Cushing.

**MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES**

**Le mode de vie et la qualité de l'observance sont essentiels :**

- Restriction sodée prudente (+++ chez le patient africain car plus grande sensibilité au sel) ;
- Réduction pondérale en cas de surcharge (cf. Nutrition page 228) ;
- Réduction de la consommation d'alcool et/ou de tabac (l'arrêt complet est recommandé) ;
- Pratique régulière d'un exercice physique (cf. page 231) ;

- Prévention et dépistage des autres facteurs de risque : diabète, dyslipidémies.

**Ces objectifs doivent être adaptés selon l'environnement de chaque patient** : situation administrative, ressources, conditions d'hébergement et possibilités d'adaptation des repas. Il est essentiel de personnaliser les informations théoriques, et de s'assurer de bonnes conditions de communication (interprète professionnel si besoin). Si, dans certains cas, les mesures hygiéno-diététiques sont suffisantes pour normaliser la pression artérielle, la précarité des patients conduit à débiter plus rapidement un traitement médicamenteux. Les mesures hygiéno-diététiques doivent de toute façon accompagner le traitement médicamenteux.

## TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

**Il s'agit d'un traitement à vie à prendre quotidiennement.**

Le traitement doit toujours être assorti d'une information du patient sur les nécessités et les conditions du suivi thérapeutique. Cette information est essentielle pour recueillir l'adhésion d'un patient asymptomatique à une thérapeutique très prolongée.

**Parmi les différentes classes de médicaments antihypertenseurs disponibles**, les produits de référence sont les diurétiques et les  $\beta$ -bloquants :

- Les diurétiques constituent le traitement de première intention notamment chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne dans l'attente de l'évaluation des facteurs de risques et de l'atteinte des organes cibles. Ils sont répartis en trois classes : les thiazidiques (hydrochlorothiazide 1/2 à 1 cp 25 mg/j avec contrôle Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> - *ESIDREX 20 cp*, 2 €, R65 %) sont les plus utilisés ; les diurétiques de l'anse (furosémide) sont les seuls actifs en cas d'insuffisance rénale ; les diurétiques distaux (spironolactone) sont anti-kaliurétiques, à l'opposé des précédents et sont en général combinés aux thiazidiques et contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale ;
- Pour les autres patients, outre les diurétiques, les  $\beta$ -bloquants restent les traitements les mieux validés, surtout en cas d'angor, après un infarctus, en cas de grossesse ou de tachyrythmie : aténolol 1 cp 100 mg/j (Gé, 28 cp, 7 €, R65 %), contre-indiqués en cas d'asthme ;
- Les antagonistes calciques sont efficaces mais de coût plus élevé ;
- Pour une majorité de patients, il sera toutefois nécessaire de recourir à une association de 2 principes actifs : le traitement



## ➤ ZOOM

### Bilan initial

- Protection maladie indispensable, si besoin en admission immédiate CMU.C ou AME/PASS ;
- Glycémie et kaliémie à jeûn, cholestérol total et HDL, triglycérides, créatininémie et clairance ;
- ECG, bandelette urinaire (quantification de protéinurie/hématurie si +) ;
- Echographie cardiaque seulement en cas de symptômes fonctionnel si douleur thoracique (dyspnée d'effort), clinique (souffle), ou ECG (troubles de la repolarisation ou BBG) ;
- Echographie des vaisseaux du cou.

### Surveillance d'une HTA essentielle, non compliquée et permanente

- Contrôle TA tous les 3 mois sauf si objectif non atteint ou nouveau symptôme ;
- Kaliémie à jeûn et créatininémie tous les ans ;
- Glycémie à jeûn, cholestérol total et HDL, triglycérides, ECG tous les 3 ans.

### La MAPA (Mesure Ambulatoire de Pression Artérielle)

- Elle permet de faire le diagnostic de la réaction d'alarme (effet blouse blanche) ;
- Elle permet de vérifier le bon équilibre sous traitement et la répartition des prises ;
- Dans le cas d'absence de rythme nyctéméral, la MAPA apporte des informations d'ordre pronostic, et oriente vers une HTA secondaire.

de deuxième intention est une bi-thérapie qui combine généralement une petite dose de diurétiques à un  $\beta$ -bloquant, à un inhibiteur de l'enzyme de conversion, à un inhibiteur calcique ou un anti-hypertenseur central (méthyl-dopa).

### DÉCISION THÉRAPEUTIQUE SELON LE GROUPE À RISQUE

GROUPES	CARACTÉRISTIQUES	PAS 130-139 PAD 85-89	PAS 140-159 PAD 90-99	PAS > 160 PAD > 90
<b>A</b>	Pas d'ATCD cardio-vasculaire Pas de diabète Pas de maladie rénale Pas de FDR cardio-vasculaire	Traitement hygiéno- diététique préventif	Traitement hygiéno- diététique 6 mois	Traitement médicamenteux d'emblée
<b>B</b>	Pas d'ATCD cardio-vasculaire Pas de diabète Pas de maladie rénale <b>FDR cardio-vasculaire</b>	Traitement hygiéno- diététique 6 mois	Traitement hygiéno- diététique 3 mois	Traitement médicamenteux d'emblée
<b>C</b>	<b>ATCD cardio-vasculaire et/ou diabète et/ou maladie rénale</b>	Traitement médicamenteux d'emblée	Traitement médicamenteux d'emblée	Traitement médicamenteux d'emblée

ATCD : antécédent FDR : facteur de risque



#### >> PRATIQUE

**En pratique, les taux de reconnaissance du droit au séjour de ces personnes, proches de 100% il y a 3 ans, sont en baisse régulière depuis lors.** Parmi 132 réponses documentées au Comede, le taux de refus des préfectures est passé de 0% jusqu'en 2002 à 32% en 2003 et à 75% au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2004. Les rapports et recours médicaux destinés au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) doivent argumenter sur le pronostic, l'existence de complications et/ou d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire ainsi que sur les indicateurs relatifs au système de santé du pays d'origine (cf. page 26).

**La présence de facteurs de risque ou d'atteinte des organes cibles conditionne l'utilisation préférentielle de certaines molécules, en tenant compte des contre-indications :**

- Chez un patient diabétique, commencer le traitement en monothérapie par certains inhibiteurs de l'enzyme de conversion (captopril ou enalapril) ;
- En cas de complications de l'HTA, préférer les inhibiteurs de l'enzyme de conversion en cas d'insuffisance cardiaque, les diurétiques suite à un accident vasculaire cérébral et les  $\beta$ -bloquants après un infarctus du myocarde ;
- Chez le sujet âgé, les diurétiques sont supérieurs aux  $\beta$ -bloquants en terme d'efficacité préventive et d'effets indésirables ; les anticalciques sont également préconisés.

### DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

cf. ci-contre et page 316)

**Les sans-papiers hypertendus qui relèvent d'un traitement médicamenteux et ressortissants de pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) remplissent les critères de «régularisation», d'autant plus que l'HTA est sévère et/ou qu'il existe des complications et d'autres facteurs de risque cardiovasculaires associés. L'accès aux médicaments et la possibilité d'un suivi médical régulier déterminent en effet la qualité de la prise en charge et permettent de prévenir les complications de moyen et de long terme. ■**

## AUTRES PATHOLOGIES :

# SATURNISME

*Le saturnisme désigne les conséquences pathologiques de l'intoxication par le plomb, un toxique cumulatif dont les effets peuvent être neurologiques, rénaux ou hématologiques. C'est une maladie chronique dont les symptômes sont peu spécifiques, et que seul le dosage de la plombémie permet de diagnostiquer. Le saturnisme de l'enfant et de la femme enceinte est un problème majeur de santé publique. Depuis les années 60, les recherches sur les effets du plomb ont conduit l'OMS à réviser régulièrement à la baisse les seuils d'actions chez l'enfant.*

Sources : Conférence de consensus, Lille, novembre 2003

### ÉPIDÉMIOLOGIE

**Les sources du plomb sont multiples** : atmosphère, eaux de boisson (canalisations anciennes), sites industriels, professions et activités de loisirs (tir, céramique, poterie...), peintures anciennes (logements construits avant 1949).

**Depuis les années 80, des cas de saturnisme ont été découverts chez des jeunes enfants, vivant dans des immeubles anciens, vétustes et souvent insalubres**, où d'anciennes peintures contenant du plomb sont accessibles sous forme d'écaillés ou de poussières. Les enfants en bas âge sont particulièrement exposés : ils ingèrent plus souvent du plomb du fait de leur activité main-bouche, leur coefficient d'absorption digestive est élevé, et de leur système nerveux qui est en développement. Le plomb passe la barrière placentaire, mais il existe peu d'études concernant le risque de l'exposition au plomb de la femme enceinte.

### CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

**Chez l'enfant, la symptomatologie est souvent absente ou tardive, et lorsqu'elle existe elle est non spécifique (symptômes neurologiques, digestifs et anémie).** En dehors de l'encéphalopathie saturnine des intoxications sévères qui se traduit par une hypertension intracrânienne avec convulsions, on peut



### >> CHIFFRES

#### ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE DU SATURNISME INFANTILE (INSERM et RNSP, 1997)

- En France, 2,1% des enfants de 1 à 6 ans ont une plombémie  $\geq 100 \mu\text{g/l}$  ;
- En Île-de-France, le taux d'incidence annuel moyen est de 71,3 cas pour 100 000 habitants, ce qui laisse penser que tous les enfants intoxiqués par le plomb ne seraient pas dépistés ;
- En Île-de-France, 87% des enfants dépistés ont des parents originaires d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord et du Proche-Orient, et la plupart vivent dans un habitat dégradé antérieur à 1949.

## // sur internet :

> Des associations ont demandé réparation du préjudice causé aux enfants à la **CIVI (Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction)** : voir le site de l'afvs, [www.afvs.net](http://www.afvs.net)

observer des céphalées, des troubles de l'humeur, du comportement (hyperactivité), de la motricité fine, et une baisse des performances scolaires. Les signes digestifs sont variables (douleurs, diarrhée, constipation, manque d'appétit).

**Chez les femmes enceintes**, le plomb augmente les risques d'avortement, d'hypertension artérielle, de retard de croissance intra-utérine et d'altération de développement cérébral.

**Le diagnostic repose sur la plombémie.** Le dosage doit être réalisé par un laboratoire de référence. En France, un cas de saturnisme est défini par une plombémie  $\geq 100 \mu\text{g/l}$ .

## DÉPISTAGE

**Il repose sur le repérage des enfants et des femmes enceintes exposés, par une démarche ciblée, prenant en compte des facteurs de risque individuel et environnementaux :** Famille en situation de précarité ? Séjour dans un logement datant d'avant 1949 ? Écailles de peintures accessibles ? Travaux de rénovation dans un lieu de vie de l'enfant ? Proximité d'une source d'exposition industrielle ? Frère, sœur ou camarade intoxiqué ? Cette démarche exige des actions conjointes des services publics (services sociaux, hygiène, logement) et de santé (PMI, médecins généralistes, pédiatres, santé scolaire, hôpitaux et administrations de la santé).

## PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

PLOMBÉMIE	PRISE EN CHARGE
< 100 $\mu\text{g/l}$	<b>En cas de risque d'exposition :</b> signalement du logement au Préfet (attention : les travaux d'éradication du plomb doivent être effectués par des spécialistes équipés, et hors la présence des occupants). Plombémie tous les 3 à 6 mois jusqu'à l'âge de 3 ans. Traitement des carences en fer et calcium et alimentation équilibrée.
> 100 $\mu\text{g/l}$	<b>Déclaration obligatoire :</b> signalement à la DDASS pour enquête environnementale et mesures de prévention individuelle et collective autour du cas. Réduction/suppression des sources d'exposition. Protection maladie, si besoin en admission immédiate CMU.C ou AME/PASS. Demande d'exonération du ticket modérateur (ALD hors liste).
100-249 $\mu\text{g/l}$	Bilan clinique et Numération. Plombémie tous les 3 à 4 mois.
250-449 $\mu\text{g/l}$	Bilan hospitalier.
> 450 $\mu\text{g/l}$	Hospitalisation en urgence (risque majeur d'encéphalopathie si > 700) pour traitement par chélation (médicaments qui augmentent l'excrétion urinaire du plomb pour éviter la survenue de complications, restaurer la synthèse de l'hémoglobine et diminuer le stock osseux de plomb).

**Le système de surveillance du saturnisme est coordonné par l'InVS (Institut national de Veille Sanitaire) et repose sur le médecin prescripteur, le laboratoire, le centre antipoison et le Médecin Inspecteur de Santé Publique de la DDASS :**

- Tout enfant atteint doit bénéficier d'une surveillance renforcée du développement neuro-psychologique, notamment aux âges clés : 9 et 24<sup>e</sup> mois, 3-4 ans et 5-6 ans en école maternelle. Le suivi doit être poursuivi au-delà de 6 ans. Il est recommandé de noter les résultats sur le carnet de santé de l'enfant ;
- Les femmes enceintes suivies pour une intoxication dans l'enfance doivent être surveillées, avec dosage de la plombémie au 4<sup>e</sup> mois de la grossesse.

#### **Droit au séjour pour les parents d'un enfant atteint.**

L'intoxication par le plomb est une maladie grave dont la surveillance et le traitement ne sont pas accessibles dans les pays en développement. Les parents sans-papiers d'un enfant atteint de saturnisme relèvent d'une régularisation comme accompagnant de malade. La demande doit être faite pour chacun d'entre eux et qualifiée au titre de la protection de la vie privée et familiale (12 bis 7<sup>o</sup>), et non de la maladie (cf. page 80). Toutefois dans la plupart des cas, les préfetures délivrent une Autorisation Provisoire de Séjour (APS), sans droit au travail, à l'un des 2 parents. ■

## AUTRES PATHOLOGIES : DERMATOLOGIE

*Les patients récemment exilés présentent une pathologie dermatologique comparable à celle rencontrée en France pour une population de même âge, et les dermatoses «tropicales» sont exceptionnelles. La peau noire est toutefois susceptible de difficultés diagnostiques pour les médecins généralistes, ce qui justifie souvent le recours au dermatologue.*

### ASPECTS PHYSIOLOGIQUES DE LA PEAU NOIRE

Des zones de dépigmentation ou d'hyperpigmentation apparaissent fréquemment après un processus inflammatoire, en raison notamment d'une plus grande activité des mélanocytes. Une pigmentation inhomogène peut survenir par manque de soleil et débronzage en France avec cou noir, front noir, menton noir et centre du visage plus clair.

#### Des variantes de la peau normale peuvent être observées :

- dans la bouche : leucœdème buccal (plaques blanchâtres ou grisâtres de la face interne des joues), pigmentation bleutée ou gris bleu de la muqueuse prédominante sur les gencives ;
- sur la partie supérieure du bras : fine ligne de séparation entre zones claire et foncée ;
- le sternum : plaque d'hypopigmentation maculeuse allongée verticalement ;
- les mains : hyperpigmentation des plis palmaires, papules hyperkératosiques des paumes ;
- les pieds : macules brunâtres de forme et de taille variable ;
- les ongles : hyperpigmentation rectiligne en bandes, sur un ou plusieurs ongles ;
- le pénis : papules perlées de la couronne du gland ou du sillon balano-prépuce.

## MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES SUR PEAU NOIRE

**L'appareil pilo-sébacé est le siège prédominant de réactions folliculaires dans un grand nombre de dermatoses.** Il existe des affections particulières, comme l'acné chéloïdienne de la nuque, ou la pseudo-folliculite de la barbe (arrêt du rasage et coupe aux ciseaux).

**Tous les traitements topiques kératolytiques sont pigmentogènes.** Il est nécessaire de conseiller au patient d'interrompre les applications en cas d'irritation, laquelle survient parfois lors d'une utilisation intensive d'antiseptiques ou de produits détergents. L'usage d'huile et de produits cosmétiques gras sur les cheveux et le visage favorise la survenue d'acné. Celui de la tondeuse pour la coupe des cheveux ou de la barbe entraîne parfois une folliculite suivie d'une alopecie ou de cicatrices hyperchromatiques et parfois chéloïdes.

**Alopecie de traction.** Provoquée par des tresses serrées, une alopecie de la région pariétotemporale peut apparaître progressivement en raison de la traction prolongée sur le cuir chevelu. Sur les tempes et la nuque, l'application de produits défrisants à base de thioglycolate fragilise les cheveux et conduit à des alopecies partielles. Les tresses rajoutées ou les tissages (postiches cousus) constituent une alternative au défrisage.

**Chéloïdes.** De causes diverses (traumatisme, brûlure, chirurgie, vaccin, dermatoses), ces cicatrices sont fréquentes sur les oreilles, le cou, la région maxillaire, présternale ou dorso-lombaire. En raison du risque de dépigmentation, les dermocorticoïdes doivent être limités aux cas de cicatrice douloureuse. Devant un préjudice esthétique important, la réduction chirurgicale complétée par la radiothérapie est efficace dans la moitié des cas.

## PATHOLOGIE COURANTE

**Prurit.** Très fréquent, le prurit *sine materia* (absence de signe cutané) associé à une xérose est souvent provoqué par les modifications environnementales (froid et abaissement du degré hygrométrique), par l'eau calcaire (apparition du prurit après la douche), ou par l'utilisation de produits irritants (détergents), et soulagé par des traitements hydratants (*DEXERYL crème 250 g, 4 €*). Au terme de l'interrogatoire et d'un examen physique complet, le bilan de santé proposé aux exilés permet de rechercher de nombreuses autres causes de prurit.



**>> ZOOM**

**Attention à la sarcoïdose,** plus fréquente en Afrique centrale (lésions cutanées dans 20 à 50% des cas, papules, plaques, lésions pseudo-cicatricielles) **et à la syphilis secondaire** qui peut provoquer tout type de lésion dermatologique (TPHA-VDRL au moindre doute).

**Pytiriasis versicolor.** Fréquent en climat tropical avec profusion des lésions et confluence en larges plaques. Prédominantes sur le tronc, les lésions peuvent atteindre le cou et le visage sur peau noire. Traitement par imidazolés, dont Kétoconazole/KETODERM unidose : appliquer le contenu d'un tube (gel 2 % 20 g, 6 €, R35 %) sur tout le corps et le cuir chevelu, faire mousser le gel en insistant sur les zones atteintes, rincer après 5 minutes. Deuxième cure à 3 semaines et avant chaque exposition au soleil.

**Intertrigo mycosique.** Fréquent sur les plis inguinaux, avec erythème à bords nets (dermatophytose) ou émiétés (candidose), de contamination interhumaine (serviettes). Econazole émulsion 1 % 2/j jusqu'à disparition des lésions en 2 à 3 semaines (Gé, 6 €).

**Acné.** Sur peau noire, éviter les lavages multiples et décapants, les savons acides ou alcalins, les antiseptiques détergents, les huiles et cosmétiques gras. Traitement local des formes mineures (ERYACNE 4 %, 2 €). Pour les acnés plus sévères, éviter les kératolytiques à base de trétinoïne et préférer les antibiotiques par cyclines (Doxycycline 1cp 100 mg au repas du soir x 3 mois, 10 €/mois) à l'exception de la minocycline (MYNOCINE) qui peut provoquer des toxidermies gravissimes, et en évitant toute exposition directe au soleil (photosensibilisation). En cas d'acné chéloïdienne de la nuque, proscrire la tondeuse. En cas d'acné cortisonée (par utilisation intensive à visée esthétique), supprimer progressivement les corticoïdes et utiliser un antibiotique à large spectre (Amoxycilline-Acide clavulanique).

**Gale.** Fréquente chez les patients indiens et bengladais. Diagnostic à évoquer devant un prurit généralisé à exacerbation vespérale ou nocturne, avec notion de contagé de l'entourage. Les lésions sont plus souvent non spécifiques (lésions de grattage et excoriations, lésions papulo-urticariennes) que spécifiques (sillons, vésicules perlées, chancre scabieux de l'homme avec papules du gland). Elles sont situées dans la région interdigitale, la face antérieure des poignets, les aisselles, épaules, mamelons, épines iliaques, région lombo-fessière. Traitement oral par ivermectine, 200 mg/kg en 1 prise (STROMECTOL, cp 3 mg x 4, 20 €), ou application d'ASCABIOL (NR, s'adresser si besoin à la PASS de l'hôpital public le plus proche) et désinfection des vêtements et des draps (sac plastique fermé 5 jours ou 48 h avec un produit «insectes rampants»). Le prurit peut persister 10 à 15 jours (ATARAX efficace, 1 cp 25 mg). ■

## AUTRES PATHOLOGIES : HÉMATOLOGIE

*Les anomalies de la numération-formule sanguine (NFS) sont fréquentes, souvent bénignes et accessibles à des traitements simples, raison pour laquelle la NFS est un examen recommandé dans le cadre du bilan de santé pour les patients migrants. La drépanocytose hétérozygote (AS) est très fréquente et asymptomatique chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne. La forme homozygote (SS), grave, est la maladie génétique la plus fréquente en Île-de-France.*

VOIR AUSSI Parasitologie page 310

**ANÉMIES** (taux d'hémoglobine  $< 13$  g/100 ml chez l'homme,  $< 12$  g/100 ml chez la femme)

Les anémies chroniques sont habituellement bien tolérées, asymptomatiques, et découvertes sur la NFS. Elles sont fréquentes chez les femmes africaines et particulièrement accentuées chez les jeunes filles après les premières règles et chez les multipares. Toute femme africaine est potentiellement carencée en fer (anémie ou carence latente). Les causes en sont l'insuffisance d'apport en protéines animales du régime, la fréquence des règles abondantes (ménorragies) ou grossesses rapprochées, ainsi que la consommation d'argile pour les femmes d'Afrique centrale («mabele» en lingala, consommation parfois poursuivie en France). Il est indiqué de proposer systématiquement à toute femme africaine enceinte un traitement par fer (TARDYFERON, 1 cp x 2 /jour, 3 €), sans attendre le résultat de la NFS et quel que soit le stade de grossesse. La prise de mabele doit naturellement être interrompue.

En cas d'anémie sévère (Hb  $< 10$  g/100 ml, retentissement clinique avec fatigue, pâleur, tachycardie), des examens complémentaires seront pratiqués : numération des réticulocytes, ferritinémie, électrophorèse de l'hémoglobine, CRP, et examen parasitologique des selles à la recherche d'une ankylostomiase (vers hématophage, cf. page 310).

- Le bilan d'une anémie microcytaire ferriprive non corrigée par la prise de fer doit faire rechercher une hémorragie chronique (examen gynécologique, fibroscopie gastrique) ;
- Le bilan d'une anémie macrocytaire comprend le dosage de l'Acide Folique et de la Vitamine B12 ;
- Une anémie inflammatoire (ferritine et CRP en augmentation) doit faire rechercher une tuberculose ou infection par le VIH, particulièrement chez les patients d'Afrique subsaharienne ;
- La recherche du paludisme doit être effectuée en cas d'anémie et syndrome fébrile chez un patient arrivant d'Afrique tropicale (goutte épaisse + frottis mince). Toute femme enceinte doit recevoir des antipaludéens (souches adaptées à la grossesse sans immunisation préalable) ;
- En cas d'anémie du jeune enfant, il faut rechercher un risque d'exposition au plomb dans un habitat insalubre (cf. Saturnisme page 299).



**➤ ZOOM**

**NEUTROPÉNIE :**

*les inversions de formule leucocytaire sont fréquentes chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et correspondent à des neutropénies modérées. Elles ne nécessitent ni traitement, ni exploration au-dessus d'un nombre absolu de 500 polynucléaires neutrophiles/mm<sup>3</sup>.*

**HYPERÉOSINOPHILIE**

(Polynucléaires éosinophiles > 500/mm<sup>3</sup>)

Fréquentes, elles sont principalement dues à des helminthiases, particulièrement ankylostomiase, anguillulose et bilharzioses, et se normalise en plusieurs mois après traitement. Devant une hyperéosinophilie isolée (EPS et EPU négatifs), on peut :

- Rechercher un parasite par EPS (et EPU pour les patients d'Afrique de l'Ouest) 3 jours de suite ;
- Ou proposer un traitement d'emblée par albendazole 1 cp 400 mg/j x 3j pour tous, et pour les patients d'Afrique de l'Ouest, praziquantel 40 mg/kg en une prise après un repas.

**HÉMOGLOBINOPATHIES**

(anomalies de l'hémoglobine sur l'électrophorèse)

**Drépanocytose hétérozygote (hémoglobinosose AS, HbS = 22-50 %)**

Très fréquente chez les patients d'Afrique centrale, et à un degré moindre d'Afrique de l'Ouest, puis d'Haïti, elle est asymptomatique et ne nécessite donc aucun traitement. L'attention doit être portée sur l'information du couple de la possibilité d'une transmission de l'anomalie à la descendance. La possibilité d'interruption médicale de grossesse devant un diagnostic ante-natal de drépanocytose homozygote peut être évoquée préventivement. Il est indispensable de disposer de l'électrophorèse du futur père.

**Drépanocytose homozygote** (hémoglobinoze SS, HbS = 80-100 %) L'hémoglobinoze SS apparaît tôt dans l'enfance et se présente comme une anémie hémolytique chronique entrecoupée de crises hématologiques et vaso-occlusives, souvent compliquées d'infections bactériennes sévères. En Afrique, un enfant SS sur deux meurt avant 5 ans. Le dépistage précoce est un élément essentiel du pronostic, et doit être réalisé à la naissance chez tout enfant dont l'un des parents est d'origine africaine. Le diagnostic est effectué par la mise en évidence de drépanocytes sur les frottis sanguins, et l'électrophorèse de l'hémoglobine mesure la proportion d'hémoglobine S. Pour les enfants nés hors de France, une électrophorèse de l'hémoglobine s'impose lors du premier bilan. Il existe en effet des formes peu expressives, découvertes tard dans l'enfance, voire à l'âge adulte.

**Le double hétérozygotisme** (hémoglobinoze SC) a une expression clinique généralement moins sévère que l'hémoglobinoze SS. Cette affection peut toutefois être grave et retentir sur l'espérance de vie.

**La thalassémie mineure** (hétérozygote, défaut de production de certaines chaînes de la globine normale) réalise souvent une microcytose (*VGM* < 80 fl), avec ou sans polyglobulie, avec ou sans anémie modérée. Elle n'a ni retentissement clinique, ni conséquence thérapeutique. Le diagnostic est effectué par une électrophorèse de l'hémoglobine ( $\beta$ -thalassémie) ou par élimination ( $\alpha$ -thalassémie) et enquête familiale. Il permet d'informer les porteurs d'une anomalie génétique et transmissible de l'hémoglobine. ■



## >> ZOOM

### **PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE LA DRÉPANOCYTOSE HOMOZYGOTE**

#### **Bilan initial :**

Protection maladie indispensable, si besoin en admission immédiate CMU-C ou AME/PASS. Groupe sanguin, RAI et phénotypes érythrocytaires, bilan hépatique, Ag HBs Ag Hbc Ac Hbc, sérologie VHC, sérologie VIH. Radio de thorax. Echographie cardiaque. Examen ophtalmologique (dont exploration 3 miroirs).

#### **Médicaments :**

OSPEN 1 cp /j à 1 MUI (pour l'enfant < 5 ans, ORACILLINE 50.000 UI/kg/j en 2 à 3 prises) + 1 cp de SPECIAFOLDINE 1 cp /j 10 jours par mois.

#### **Vaccins :**

hépatite B, pneumocoque, méningocoque, Hemophilus influenzae.

#### **En cas de crise douloureuse :**

Repos, boissons abondantes, paracétamol. Si la douleur persiste, paracétamol codéiné. Si échec, aller à l'hôpital.

**Suivi nécessaire en milieu spécialisé** (service hospitalier d'hématologie ou pédiatrie).

**La demande de régularisation** (cf. pages 95 et 316) peut être discutée pour les parents sans-papiers d'un enfant atteint, et doit tenir compte des pratiques préfectorales en cours.

## AUTRES PATHOLOGIES : ORTHOPÉDIE

**Le chirurgien orthopédique est fréquemment sollicité par les exilés pour une prise en charge thérapeutique mais aussi pour un certificat médical destiné à la demande de statut de réfugié. Son intervention nécessite alors de connaître le contexte global de la demande et doit souvent s'intégrer dans une prise en charge multidisciplinaire, en raison du risque d'aggravation du préjudice consécutif à une réponse thérapeutique inadéquate.**

VOIR AUSSI Trauma et torture page 240



### >> ZOOM

#### ÉPIDÉMIOLOGIE

*La moitié des exilés ont subi des violences ou des tortures dans leur pays d'origine, mais une minorité d'entre eux présentent des séquelles physiques qui requièrent l'avis ou l'intervention d'un chirurgien. Les exilés originaires de zones de conflit armé et ancien sont particulièrement concernés, principalement les Tamouls du Sri-Lanka et les patients d'Afrique centrale (Congo RD, Angola). La plupart des consultants en orthopédie, surtout des hommes jeunes, évoquent un traumatisme survenu lors des mois ou des années précédentes.*

#### CLINIQUE

**Les douleurs constituent le principal motif de consultation.**

Elles peuvent être rapportées selon les dires du patient à des persécutions subies, plus rarement à des accidents. Elles s'intègrent souvent à une névrose traumatique favorisée par l'exil et l'exclusion, qui peut associer un syndrome de répétition (cauchemars, crises émotives), une angoisse importante, des troubles de la mémoire ou du sommeil (cf. page 244). Les bilans radiologiques lésionnels pratiqués en première intention sont alors le plus souvent inutiles.

**Le recours à l'orthopédiste est motivé par la douleur persistante et/ou le handicap.** Dans la moitié des cas, l'examen retrouve des séquelles physiques post-traumatiques, calcs vicieux de fracture, raideurs articulaires, arthroses (qui peuvent être primitives), cicatrices chéloïdes, luxations invétérées, amputations, paralysies. Un quart des patients ont déjà bénéficié d'une opération chirurgicale dans le pays d'origine. On retrouve parfois des séquelles de poliomyélite (paralysies) sans rapport avec le traumatisme évoqué.

#### PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE

**La prise en charge médicale initiale repose sur l'accueil et l'écoute du patient.** La pratique d'un bilan de santé, la délivrance d'un traitement antalgique simple et celle éventuelle d'un certificat médical constituent des réponses suffisantes dans la plupart des cas. Le recours au kinésithérapeute ou à l'ostéopathe peut être utile en cas de douleurs importantes. La psychothérapie

est parfois nécessaire, notamment en cas de persistance de douleurs mal expliquées. Le recours au chirurgien orthopédique est indiqué lorsqu'un bénéfice thérapeutique supplémentaire est envisageable, comme un traitement étiologique de la douleur, la réduction d'un handicap ou la réparation d'un préjudice esthétique important. Même en cas d'abstention chirurgicale, l'avis du spécialiste peut participer de la reconnaissance du traumatisme vécu par le patient et contribuer à l'amélioration de son état. L'obtention préalable d'une protection maladie est indispensable, si besoin en admission immédiate (cf. pages 207 et 155).

## PRISE EN CHARGE ORTHOPÉDIQUE

**Un geste chirurgical doit être envisagé avec beaucoup de précautions**, en raison des interactions médico-juridiques et des difficultés fréquentes de communication. Il est utile de revoir le patient plusieurs fois et de faire appel si besoin à un interprète professionnel afin de préciser la nature réelle du bénéfice attendu par le patient (soins et/ou certificat). Lorsqu'une intervention est décidée, il faut s'assurer de la bonne compréhension du traitement, de ses implications, ainsi que de l'adhésion du patient. Le plus souvent, l'intervention unique doit être préférée lorsqu'elle est possible, compte tenu de la précarité de la situation socio-administrative, ainsi que du risque de complications et d'absence de prise en charge en cas de retour au pays. Les arguments médicaux doivent primer sur toute autre considération pour la décision opératoire.

**Si l'intervention implique un programme de reconstruction long et complexe**, l'évaluation de la situation administrative doit être encore affinée. La reconnaissance du statut de réfugié est automatiquement assortie d'une carte de résident de 10 ans. En cas de refus du statut de réfugié, il faut évaluer les possibilités de régularisation pour raison médicale par la préfecture, en fonction des possibilités effectives de prise en charge dans le pays d'origine (cf. page 26). Le caractère temporaire du droit au séjour ainsi acquis doit être impérativement souligné, si besoin à l'aide de l'interprète. L'Allocation Adulte Handicapé est réservée aux patients détenteurs d'une carte de séjour d'au moins un an.

## CERTIFICAT MÉDICAL ET DEMANDE D'ASILE (cf. page 313)

**Il est très utile d'en connaître le contexte juridique et les principes de rédaction**, tant pour déchiffrer la demande du patient que pour y répondre avec efficacité. Dans la majorité des cas en effet, le certificat médical est destiné non à la régularisation (préfecture), mais à la demande d'asile (OFPPA et Commission des Recours des Réfugiés) pour illustrer les persécutions physiques évoquées dans la déclaration écrite ou orale. ■



### ➤ ZOOM

#### CERTIFICAT MÉDICAL ET DEMANDE D'ASILE

**Le contenu du certificat diffère selon les partenaires de la prise en charge :**

- Si le chirurgien intervient dans le cadre d'une prise en charge globale où le certificat est rédigé par un autre médecin, il peut se limiter à signaler les signes fonctionnels et physiques (douleur, cicatrices, cal vicieux...) qu'il aura constatés ;

- Si, au contraire, le certificat du chirurgien doit être présenté isolément à l'OFPPA ou à la Commission, il devra mentionner dans sa conclusion la «compatibilité entre les constatations cliniques et les déclarations de l'intéressé/e».

La «causalité», très complexe à établir, n'a pas à être évoquée sur les certificats destinés à la demande d'asile.

Les examens complémentaires ne sont utiles que s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) est plus sensible que le scanner pour retrouver des lésions à type d'œdème témoignant de contusions plus ou moins anciennes. La scintigraphie peut montrer des hyper-fixations osseuses, même en l'absence de fracture. Aucun examen n'est toutefois spécifique de la nature des traumatismes évoqués.

## AUTRES PATHOLOGIES : PARASITOLOGIE

**Chez les migrants récemment arrivés en France, la prévalence élevée des parasitoses intestinales et la gravité potentielle de certaines d'entre elles (anguillulose fréquente pour les ressortissants d'Asie du Sud, d'Afrique centrale et d'Amérique centrale) justifient le dépistage et/ou le traitement. La bilharziose urinaire est fréquente chez les patients d'Afrique de l'Ouest. Les autres parasitoses sont rares, mais le paludisme doit être prévenu en cas de voyage ultérieur au pays d'origine.**

VOIR AUSSI Bilan de santé page 222

### CLINIQUE

Les helminthiases intestinales sont souvent asymptomatiques, mais peuvent expliquer en partie les fréquentes douleurs abdominales dont se plaignent les exilés lors des premiers mois de séjour. L'ankylostomiase peut provoquer en cas d'infestation importante une anémie grave par carence en fer. Les autres complications sont exceptionnelles. En raison de la longévité de l'anguillulose (jusqu'à 10 ans par auto-réinfestation, quand les autres helminthiases disparaissent spontanément en quelques années), le risque ultérieur d'une anguillulose maligne en cas d'immunosuppression justifie de contrôler l'efficacité du traitement.

**D'autres parasitoses sont fréquemment dépistées dans les selles et les urines :**

- L'amibiase intestinale est presque toujours asymptomatique (kystes), mais tout porteur doit être traité en raison des risques d'amibiase-maladie (dysenterie, abcès hépatique) ;
- La giardiase (ou lambliaze) souvent asymptomatique, évoque parfois un ulcère gastrique ;
- La bilharziose urinaire, lorsqu'elle est symptomatique, se manifeste par une hématurie indolore microscopique ou macroscopique et des troubles urinaires divers.

➤ **A SAVOIR : certains patients donnent à leurs symptômes le nom de parasites qu'ils connaissent.** Ces auto-diagnostics sont le plus souvent erronés. La «malaria» évoque ainsi une fièvre, les «filaires» un prurit, et la «dysenterie» une diarrhée.



### >> PRATIQUE

#### TRAITEMENTS

##### Helminthiases :

- L'albendazole (ZENTEL cp 400 mg x1, 4€), bien toléré, est le seul traitement efficace sur tous les helminthes : ascaris, ankylostomes, trichocéphales, oxyures : 1 cp, à répéter après 1 semaine ; et anguillules : 1 cp/j x 3j (ainsi que sur les Giardia). Il est souhaitable de contrôler le traitement de l'anguillulose après 6 mois par EPS et NFS ;
- Le flubendazole (FLUVERMAL cp 100 mg x6, 3€) est efficace sur les ascaris, ankylostomes et trichocéphales : 1 cp x 2 /j pendant 3 jours ; mais pas sur les anguillules.

## DÉPISTAGE

Trois examens simples permettent le choix du traitement dans la plupart des cas : numération formule sanguine (NFS), examen parasitologique des selles (EPS) et examen parasitologique des urines (EPU). La répétition des EPS et EPU permet d'en améliorer la sensibilité (faux négatifs > 10 % avec 1 seul examen). Elle n'est cependant pas justifiée dans une démarche de dépistage.

L'examen parasitologique des selles (EPS) est recommandé pour les migrants originaires de zone tropicale et subtropicale, même plusieurs années après l'arrivée, afin de dépister des anguillules, dont la recherche doit être recommandée au laboratoire :

- Il retrouve des œufs d'*Ascaris lumbricoides* ; des œufs d'*Ancylostoma duodenale* ou de *Necator americanus* (ankylostomes), des larves de *Strongyloides stercoralis* (anguillules), des œufs de *Trichuris trichura* (trichocéphales), des kystes (et rarement des formes végétatives) d'*Entamoeba histolytica* (amibes pathogènes), ou des kystes de *Giardia intestinalis*.
- La découverte (fréquente) des parasites suivants n'a pas de signification pathologique : *Entamoeba coli*, *E. hartmanni*, *Endolimax nana*, *Pseudolimax butschlii*, *Blastocystis hominis*.

L'examen parasitologique des urines est recommandé pour tous les patients d'Afrique de l'Ouest ou d'Égypte. Il retrouve des œufs de *Schistosoma haematobium*.

La NFS permet l'orientation diagnostique en l'absence de preuve parasitologique :

- Une hyperéosinophilie (> 500 /mm<sup>3</sup>) signe le plus souvent une helminthiase intestinale et/ou une bilharziose urinaire (> 1 000, elle évoque une anguillulose et/ou une ankylostomiase) ;
- Une anémie microcytaire hypochrome doit faire penser à une ankylostomiase, même si les autres causes de carence en fer sont beaucoup plus fréquentes (cf. *Hématologie page 305*).

## PALUDISME (ou malaria)

Le paludisme est une maladie tropicale due à un parasite (plasmodium) transmis par un moustique (anophèle femelle). Environ 40 % de la population mondiale, vivant dans les régions tropicales et subtropicales, est exposée à la maladie. Le paludisme est responsable de plus de 300 millions de cas par an et d'au moins un million de décès. La maladie se traduit par une fièvre,



## >> PRATIQUE

**Amibiase intestinale** : le traitement doit associer un amœbicide tissulaire/le tinidazole (FASIGYNE, cp 500 mg x4, 4€) : 4 cp en 1 prise pendant 1 repas (ou métronidazole 1 cp 500 mg x3/j pendant 10 j) et un amœbicide de contact/ le tiliquinol-tilbroquinol (INTETRIX 40 gel, 6€) 2 cp x2/j pendant 10 j.

**Giardiase** : tinidazole 4 cp 500 mg en 1 prise, ou albendazole 1 cp 400 mg pendant 3 jours, ou métronidazole 1 cp 500 mg x 2/j pendant 5 j.

**Bilharziose urinaire** : praziquantel (BILTRICIDE cp 600 mg, réservé à l'usage hospitalier) 40 mg/kg après un repas. Efficace sur les autres schistosomes (60 mg/kg pour les Schistosomes asiatiques). Le traitement de la bilharziose urinaire doit être contrôlé après 6 mois par EPU et NFS.

**Devant une hyperéosinophilie isolée (EPS- et EPU-)**, 2 attitudes sont possibles :

- Rechercher un parasite par EPS (et EPU pour les patients d'Afrique Subsaharienne) pendant 3 j ;
- Proposer un traitement d'emblée par albendazole 1 cp 400 mg/j x 3j pour tous et, pour les patients d'Afrique de l'Ouest, praziquantel 40 mg/kg après un repas.

**Autres parasitoses :**

- Paludisme : voir p. suivante ;
- Loase (filariose à Loa loa) : ivermectine (STROMEKTOL 3 mg x4, 20€) 4 cp ;
- Petite douve du foie (*Dicrocoelium dendriticum*) : œufs en transit, pas de traitement ;
- Ténia du bœuf (*Taenia saginata*) et du porc (*Taenia solium*) : praziquantel 10 mg/kg en 1 prise, ou niclosamide (TREDEMINE cp 500 mg x4, 2€) 2 cp le matin à jeûn et 2 cp après 1 h.



 >> PRATIQUE

**ZONE I :**

*pas de chloroquino-résistance :*  
chloroquine 100 mg/j  
(NIVAQUINE 20 comprimés à  
100 mg, 3€, NR en prophylaxie)

**ZONE II :**

*chloroquino-résistance moyenne :*  
chloroquine 100 mg/j + proguanil  
200 mg/j (SAVARINE, 28 cp,  
15€, NR) ou atovaquone+  
proguanil (MALARONE, 1cp/j,  
12 cp, 15€, NR) ;

**ZONE III :**

*chloroquino-résistance élevée :*  
méfloquine 250 mg/sem  
(LARIAM 8 cp, 42€, NR,  
contre-indiqué en cas  
de grossesse) ou MALARONE.

**En cas de séjour de plus  
de 3 mois :** pas de chimiopro-  
phylaxie (traitement en cas  
de fièvre).

des frissons et divers autres symptômes (douleurs, troubles digestifs, troubles neuropsychiques, pâleur, ictère, splénomégalie...). Il existe 4 espèces de plasmodium : falciparum (le plus dangereux et le plus fréquent, résistance possible à la chloroquine) ; vivax (fièvre tierce bénigne) ; ovale (longévité 2 à 4 ans) et malariae (longévité 20 à 30 ans).

■ **En raison d'une immunité relative (ou «prémunition») entretenue par des expositions répétées, le paludisme est peu fréquent chez les migrants récemment arrivés en France.** Mais cette prémunition disparaît en l'absence d'exposition, c'est pourquoi les migrants retournant dans leur pays sont exposés aux mêmes risques que les autres voyageurs et doivent se voir proposer les mêmes mesures de prévention : protection contre la piqûre d'anophèle (dès la tombée du jour et pendant toute la nuit : port de vêtements longs, insecticides d'environnement, moustiquaires imprégnées et répulsifs) et chimioprophylaxie.

■ **La chimioprophylaxie doit être débutée la veille du départ en voyage (10 jours avant pour la méfloquine) et poursuivie 4 semaines après le retour (7 jours pour atovaquone+proguanil).** Elle doit être prise régulièrement, mais n'est jamais efficace à 100%. Elle dépend de l'existence ou non d'une chloroquino-résistance (voir ci-contre).

■ **Diagnostic : toute fièvre survenant dans le mois qui suit le retour d'un voyage en pays tropical doit faire suspecter un paludisme.** Le diagnostic repose sur la mise en évidence du parasite : sur frottis sanguin (peu sensible mais qui permet l'identification d'espèce) et goutte épaisse (plus sensible mais ne permet pas l'identification d'espèce).

■ **Traitement :**

- Plasmodium falciparum : halofantrine après un ECG normal (HALFAN 6 cp 250 mg, NR) 2 cp x 3 prises espacées de 6h, à répéter à demi-dose après 1 semaine, contre-indiqué chez la femme enceinte ; ou malarone (4 cp/j x 3 jours) ;
- Plasmodium vivax, ovale ou malariae : chloroquine 6 cp en une prise, 3 cp six heures plus tard, puis 3 cp/j en une prise les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> jours, peut être utilisée chez la femme enceinte ;
- Ne pas traiter par LARIAM s'il a été utilisé en chimioprophylaxie ;
- Hospitalisation immédiate pour quinine IV en cas de signe de gravité (encéphalite). ■

# CERTIFICATION MÉDICALE : CERTIFICATION ET DEMANDE D'ASILE

*Le contexte actuel de restriction du droit d'asile favorise la recherche de «preuves» de toutes sortes, au premier rang desquelles le «certificat médical de sévices et torture» destiné à l'OFPPRA ou à la Commission des Recours des Réfugiés (CRR). Un tel certificat n'est justifié sur un plan juridique que pour une minorité des demandes d'asile. Il est parfois utilisé pour l'accord du statut de réfugié. Il est également dangereux, pour la santé du patient et pour le droit d'asile, en raison de la place qu'il occupe dans le processus de sélection des réfugiés.*

VOIR AUSSI Droit d'asile page 48 et Trauma et torture page 240

## CONTEXTE ET DANGERS

■ **Attention à ne pas confondre certificat pour l'asile (OFPPRA/CRR) et certificat pour le séjour (préfecture)** (cf. page 316). Le second, certificat de «maladie grave», est néfaste pour la demande d'asile en laissant croire que l'exil aurait été motivé par des raisons médicales.

■ **Le certificat médical est facultatif pour la reconnaissance du statut de réfugié.** La convention de Genève applique en effet le terme de réfugié «à toute personne craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social, ou ses opinions politiques» (Art 1<sup>er</sup>A2). Le certificat médical peut être justifié lorsque les lésions post-traumatiques évoquées sont invisibles pour le juge, parce qu'il ne peut constater les signes du corps vêtu, ou parce qu'il n'a pas appris à déchiffrer les symptômes psychologiques.

■ **Mythe et limites de la «preuve».** La torture est un processus systématisé de destruction de l'intégrité physique, psychique et sociale, et ne laisse le plus souvent aucune «trace» probante. La plupart des séquelles physiques disparaissent en quelques semaines, et les signes psychologiques post-traumatiques n'ont aucune spécificité. Ainsi l'absence d'éléments médicaux ne peut être évoquée pour nier la torture. Inversement, la causalité des sévices évoqués n'étant presque jamais démontrable, la «compatibilité entre les constatations du médecin et les déclarations du patient» n'a pas valeur formelle de preuve.



## ➤ ZOOM

### ÉPIDÉMIOLOGIE

Bien que la demande soit croissante, seule une minorité des exilés (sur 52 204 demandes de statut de réfugié en 2003) joignent un certificat médical à leur dossier, plus souvent à la CRR qu'à l'OFPPRA. La demande du certificat est particulièrement fréquente chez les patients de Turquie (Kurdes), du Sri-Lanka (Tamouls) et de Mauritanie. Parfois à l'initiative du demandeur d'asile, elle émane le plus souvent de l'OFPPRA, de la CRR ou d'un avocat.



 >> ZOOM

**La conscience et la compréhension par le thérapeute de ses propres réactions de contre-transfert sont primordiales.**

La sur-identification ou la «toute-puissance» du «sauveur» accentuent le risque traumatique. La colère du certificateur vis-à-vis des tortionnaires, avec son risque de subjectivité, peut se tourner contre les instances de décision, les autres intervenants ou les patients en raison de l'exposition à un degré inhabituel d'anxiété ou de l'impression d'être «utilisé».

Cette colère peut conduire à la négation du traumatisme, par le refus de certifier ou la sous-estimation de la gravité, ou au contraire à sa stigmatisation notamment en situation «d'urgence», par une profession de foi sur la «crédibilité» de l'exilé.



**Rédaction du certificat**

(voir infra).

De préférence dactylographié, le certificat doit conclure à la compatibilité entre les déclarations du patient et les observations médico-psychologiques. En l'absence de symptomatologie, le certificat médical est contre-indiqué, dans la mesure où la retranscription exclusive des déclarations du patient renforcerait davantage la suspicion ou la négation de la parole du demandeur d'asile en prétendant la valider par celle du médecin.

**La demande du certificat «de sévices» est dangereuse pour la santé des patients.** En dépit de toutes les précautions, l'entretien risque de provoquer ou d'exacerber chez le patient des troubles post-traumatiques en sollicitant des souvenirs et impressions douloureux. Le risque est aggravé lorsqu'un tel entretien se situe hors du cadre d'une prise en charge thérapeutique, avant que ne s'instaure un climat de confiance entre le patient et le thérapeute. Aussi la prétendue «urgence» de l'obtention du certificat est-elle particulièrement nocive, surtout si les «confessions» doivent transiter par un accompagnant.

**EN PRATIQUE**

**Il s'agit d'une expertise officieuse réalisable par tout médecin,** la saisine d'expert médico-judiciaire n'étant jamais mise en pratique par la CRR. Pourvu que le médecin traitant soit informé du contexte de la demande et des règles de la certification, il est souhaitable qu'il rédige lui-même le certificat. La connaissance préalable du patient et la relation thérapeutique déjà instaurée permettent alors de limiter les risques traumatiques. A défaut, le recours à un médecin légiste est possible. Dans tous les cas, l'impartialité de l'expertise est indispensable vis-à-vis des deux parties.

**Evaluation préalable de la demande.** Le médecin est toujours en droit de refuser de délivrer un certificat qui n'est pas prescrit par un texte officiel. En outre, lorsqu'un tel certificat est demandé directement par un tiers, la déontologie conseille au médecin de refuser, sauf si cette demande est reprise à son compte par le patient. Mais, comme la certification, le refus risque d'accentuer l'angoisse du demandeur. C'est pourquoi la rédaction du certificat est indiquée s'il existe effectivement des signes post-traumatiques invisibles pour le juge. A défaut d'un certificat médical, la certification psychologique doit être généralement distinguée de la psychothérapie sur laquelle elle interfère négativement.

**Eviter la certification «en urgence» qui augmente les risques traumatiques,** surtout en l'absence de bonnes conditions de communication. L'évaluation de la demande et la rédaction du certificat réclament du temps, de préférence réparti entre deux ou trois consultations. Le recours à un interprète professionnel est parfois nécessaire. Bien que souvent signalée par les uns ou les autres, «l'urgence» n'est jamais justifiée. S'ils estiment qu'un certificat médical est nécessaire, l'OFPPRA et la CRR peuvent attendre le délai requis après l'entretien ou l'audience pour rendre leur décision. Pour rassurer le patient en vue de sa convocation, il peut être utile de lui remettre une attestation signalant qu'un certificat lui sera délivré. ■

## MODÈLE DE CERTIFICAT DESTINÉ À LA DEMANDE D'ASILE

Fait à ..., le ...

*Je soussigné(e) ..., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour M/Mme ..., né(e) le ..., de nationalité ..., [numéro de dossier s'il y a lieu], en vue de rédiger un certificat médical que l'intéressé(e) entend joindre à sa demande d'asile.*

[Déclarations du patient :

- Utiliser le style conditionnel : ...M. évoque ses activités politiques, il aurait été détenu, il déclare avoir été frappé...
- Reprendre le motif des persécutions (ethnie, religion, nationalité, groupe social ou opinions politiques).
- Reprendre les éléments en rapport avec les doléances et les constatations de l'examen. Cela peut concerner les circonstances et les conditions d'une détention ou des sévices – torture et autres violences – provoqués par les persécuteurs.
- Confronter si possible ces déclarations avec le récit écrit adressé à l'OFPPRA ou à la CRR pour la concordance des périodes et des faits.]

[Constatations de l'examen et/ou de la prise en charge :

- Doléances du patient : plaintes somatiques (douleur, handicap), ou psychologiques (troubles de la mémoire, troubles du sommeil, peurs, cauchemars, mauvaises nouvelles du pays).
- Conclusions de l'examen physique : localisation et caractéristiques des cicatrices et autres séquelles traumatiques, (préciser s'il y a lieu : ... attribuée à un coup de botte, une brûlure par cigarette...)
- S'il y a lieu, conclusions des examens complémentaires (radios)
- S'il y a lieu, mention d'un syndrome de névrose traumatique (cf. page 244) et/ou de dépression réactionnelle (cf. page 250).
- S'il y a lieu, mention de la prise en charge thérapeutique.]

[Conditions de l'entretien :

- L'entretien s'est déroulé en français / anglais, à l'aide d'un accompagnant / d'un interprète...*
- Difficultés du patient s'il y a lieu (pudeur, émotions), de l'accompagnant ou de l'interprète.]

*Ces constatations sont compatibles avec les déclarations de l'intéressé(e).*

*Certificat rédigé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.*

Signature



### >> PRATIQUE

- Les mentions relatives au dossier OFPPRA ou CRR sont inutiles dans le cadre de cette expertise officielle.
- La retranscription du récit écrit du demandeur n'est pas indiquée.
- Attention aux erreurs de l'interprète ou du traducteur
- La mesure centimétrique des lésions ne renforce pas la valeur probante du certificat.
- Les examens complémentaires ne sont utiles que s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique.
- La mention d'éléments médicaux indépendants des persécutions subies est inutile, voire néfaste pour la demande d'asile.
- La mention «faire valoir ce que de droit» n'est indiquée que dans des certificats prescrits par des textes officiels.

## CERTIFICATION MÉDICALE : **CERTIFICATION POUR LE DROIT AU SÉJOUR**

*Créé par la loi Chevènement de 1998 et maintenu dans la loi Sarkozy de 2003, le droit au séjour pour raison médicale concerne les étrangers atteints de maladie grave nécessitant une prise en charge régulière. Pour les exilés, la demande du certificat médical destiné à «la préfecture» croît à mesure que décroît le nombre de statuts de réfugiés accordés par l'OFPRA et la CRR. Les demandeurs et les intervenants sollicités doivent connaître les pratiques d'application de ce droit par les préfectures et les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) sollicités, et les médecins traitants doivent savoir évaluer la situation médico-juridique et rédiger le certificat et le rapport médical requis par la procédure.*

VOIR AUSSI Droit au séjour pour raison médicale page 77



### >> JURIDIQUE

#### TEXTES RÉGLEMENTAIRES

**Le 11° de l'Article 12 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945 indique le droit à la carte de séjour** (Une CST 1 an avec mention «vie privée et familiale» et autorisation de travail est délivrée à «l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.»

#### ÉPIDÉMIOLOGIE

En 2002, les préfectures ont délivré 8 987 Cartes de Séjour Temporaires (CST) pour raison médicale, ce qui correspond à 0,3 % des étrangers en séjour régulier et à environ 4 % des sans-papiers résidant en France (cf. page 12). Les trois quarts des étrangers régularisés sur ce critère sont africains. C'est parmi les ressortissants de Côte d'Ivoire, du Cameroun, des deux Congo, du Mali, du Sénégal, du Bangladesh et de Chine que la demande est la plus fréquente. En 2003 au Comede, un quart des demandes des patients ont donné suite à la constitution d'un dossier pour la préfecture, les critères médicaux de régularisation n'étant pas remplis dans les autres cas. L'application de ces critères préalables a conduit malgré tout à un refus des préfectures dans 32 % des cas, alors que les refus n'étaient que de 6 % en 2002.

## CONTEXTE ET DANGERS

**L'exilé débouté de sa demande d'asile est «Invité à Quitter la France»** (IQF 1 mois délivrée par la préfecture). Au terme de cette période, il se trouve en séjour irrégulier et menacé d'éloignement (cf. page 105). En cas d'affection grave, le retour au pays signifie souvent la rupture de la continuité des soins. A la demande du patient ou avec son accord, le médecin traitant peut intervenir dans le cadre d'une demande «de régularisation médicale».

**Ce «dernier espoir» d'obtenir une carte de séjour peut créer de nouvelles difficultés pour le demandeur et le thérapeute.** Conseillés par les proches ou l'association de soutien, certains sans-papiers déclarent à la préfecture des problèmes de santé conduisant à des refus systématiques. En cas d'accord, il arrive que le bénéfice social de la maladie et la crainte d'un refus de renouvellement de la carte de séjour en cas de guérison compliquent une prise en charge médico-psychologique axée sur l'amélioration de l'état de santé.

**Le rôle du médecin traitant pour la continuité des soins est contesté par certaines dispositions de la circulaire du 5 mai 2000** (cf. infra). A défaut d'être un praticien hospitalier, il doit être «agréé» par la préfecture. Il en résulte l'impossibilité pour le médecin traitant, lorsqu'il n'exerce pas à l'hôpital, de saisir directement le MISP alors qu'il est celui qui connaît le mieux le patient et coordonne la prise en charge. Le demandeur devra obtenir un rapport médical supplémentaire du médecin hospitalier ou «agréé». Certains médecins «agréés» pratiquent en outre le dépassement d'honoraires et refusent l'aide médicale État.

## EN PRATIQUE

**Attention à ne pas abandonner la demande d'asile pour la «régularisation médicale».** Le statut de réfugié a une portée symbolique (reconnaissance des craintes de persécutions) et pratique (mêmes droits que les nationaux) beaucoup plus grande que le statut précaire offert par l'Art 12 bis 11°. En cas d'affection grave concomitante à la demande d'asile, la «double demande» peut être envisagée sans renoncer a priori au statut de réfugié, même si elle reste difficile dans la pratique actuelle des préfectures (cf. page 92).

**L'évaluation préalable par un avocat ou une association spécialisés est recommandée,** en raison du risque pour l'étranger (mesure d'éloignement) et des autres possibilités juridiques de



## JURIDIQUE

- **La Circulaire du 5 mai 2000 précise la procédure : l'étranger fait sa demande à la préfecture compétente :** il est invité à «s'adresser à un médecin agréé ou au praticien hospitalier qui le suit», lequel «établit un rapport médical comportant obligatoirement des informations sur la/les pathologies en cours, le traitement en cours et sa durée prévisible» ainsi que «s'il dispose de cette information, la possibilité ou non de traitement dans le pays d'origine». Ce rapport est adressé sous pli confidentiel au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DDASS (ou, pour Paris, au médecin-chef de la Préfecture de Police). Le MISP transmet son avis au préfet.
- **Le Code de déontologie médicale rappelle les obligations du médecin en faveur de la continuité des soins :** Art. 47 : «Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée». Art. 50 «Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer [...] à un médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.»

régularisation (cf. page 80), notamment en cas de résidence en France depuis plus de 10 ans (pour cette demande, une attestation de suivi médical peut utilement être jointe au dossier).

**L'évaluation préalable par le médecin traitant est indispensable, et doit prendre en compte l'ensemble des arguments conduisant à la délivrance du rapport médical :**

- Pathologie et thérapeutique [*«l'état de santé nécessite une prise en charge médicale»*];
- Existence d'un risque de mortalité prématurée et/ou de handicap grave [*«dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité»*] (cf. Infection à VIH et autres pathologies) ;
- Existence d'un risque d'insuffisance de soins dans le pays d'origine [*«sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié»*] (cf. page 26).

## RÉDACTION ET DÉLIVRANCE DU CERTIFICAT ET DU RAPPORT MÉDICAL

**La délivrance d'un certificat médical non descriptif est utile, bien que non prescrite par les textes.** Dans la pratique, le certificat est réclamé au guichet de la préfecture pour pouvoir déposer la demande. En outre, ce certificat peut protéger le malade sans-papiers contre l'exécution d'une mesure d'éloignement dans l'attente du document délivré par la préfecture :

### LE CERTIFICAT MÉDICAL DESTINÉ AU GUICHET DE LA PRÉFECTURE

Lieu, date

*«Je soussigné(e) ... , Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de M/Mme... né/e le..., de nationalité..., (numéro de dossier s'il y a lieu) nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité.*

*Sous réserve de la poursuite de cette prise en charge médicale, l'état de santé de l'intéressé(e) est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle. Certificat remis en main propre à l'intéressé.»*

Signature

**La délivrance du rapport médical est indispensable**, à remettre dans une enveloppe fermée portant la mention «SECRET MEDICAL» (utiliser en priorité les enveloppes fournies par la préfectures) destinée au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP de la DDASS) ou, à Paris, au Médecin-Chef de la Préfecture de Police) (cf. Répertoire IDF). Le rapport médical actualisé peut être réclamé pour le renouvellement du titre de séjour, ainsi qu'en cas de recours gracieux consécutif à un avis défavorable du MISP (cf page suivante).

## LE RAPPORT MÉDICAL DESTINÉ AU MÉDECIN DE LA DDASS OU DE LA PRÉFECTURE

### (1) POUR UNE PREMIÈRE DEMANDE OU UN RENOUELEMENT

Lieu, date

*«Cher confrère, j'ai délivré à M/Mme... né(e) le..., de nationalité... (numéro de dossier s'il y a lieu) un certificat médical relatif à sa demande de carte de séjour sur le fondement de l'Art. 12 bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945.*

[Préciser :

- La nature de/s l'affection/s et les circonstances du diagnostic ;
- Les complications éventuelles et facteurs de risques associés (dont ATCD familiaux) ;
- Les modalités de prise en charge (surveillance, soignants et structures) ;
- Les modalités du traitement (molécules et posologie) ;
- La situation sociale et la protection maladie ;
- Le pronostic en l'absence de prise en charge.]

*Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de ce/tte patient/e. Bien confraternellement,»*

Signature

**En cas de recours contentieux consécutif à l'avis défavorable du MISP, le médecin traitant peut rédiger un certificat médical destiné au juge administratif (cf. page suivante).** Si l'argumentation de fond est la même que pour le recours gracieux, la forme du certificat doit tenir compte du risque de divulgation du secret médical au tribunal (la cause de la maladie n'est pas forcément à expliciter) et de la qualité du destinataire (expliquer les modalités de prise en charge et le pronostic en l'absence de prise en charge, éviter le jargon médical). ■

## LE RAPPORT MÉDICAL DESTINÉ AU MÉDECIN DE LA DDASS OU DE LA PRÉFECTURE

(2) POUR UN RECOURS GRACIEUX

Lieu, date

*«Cher Confrère... M/Mme..., né/é le..., de nationalité..., (numéro de dossier s'il y a lieu), s'est vu/é notifier le... une invitation à quitter la France suite à un refus de demande/ renouvellement de sa carte de séjour temporaire/autre obtenue pour raison médicale. Ce refus se fonde sur l'avis médical que vous auriez rendu le... selon lequel [Citer les motivations du refus selon la notification de la préfecture]. Je vous remercie de considérer à nouveau le risque que ferait courir l'interruption de la prise en charge médicale justifiée par l'état de santé de ce/te patient/é.*

[Argumenter selon le cas :

- Sur le risque d'exceptionnelle gravité de l'absence de la prise en charge médicale requise ;
- Sur le risque de défaut de la prise en charge médicale requise au pays d'origine : ce risque peut être évalué par les indicateurs de santé et d'accès aux soins du pays, fournis par l'OMS et le PNUD (cf. page 26), seules données objectives disponibles. Quelques autres sites internet fournissent des données destinées aux expatriés et touristes français, et ne sont donc pas pertinentes pour évaluer l'accès aux soins de la plupart des ressortissants nationaux.]

*Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de ce/te patient/é. Bien confraternellement,»*

Signature

## LE CERTIFICAT MÉDICAL DESTINÉ AU JUGE ADMINISTRATIF

(3) POUR UN RECOURS CONTENTIEUX

Lieu, date

*«Je soussigné(e) ... , Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de M/Mme... né/é le..., de nationalité..., (numéro de dossier s'il y a lieu) nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité*

[Argumenter selon le cas :

- Sur le risque d'exceptionnelle gravité de l'absence de la prise en charge médicale requise ;
- Sur le risque de défaut de la prise en charge médicale requise au pays d'origine (cf supra).]

*Certificat remis en main propre à l'intéressé.»*

Signature