



Jérémy Khouani^{1,3}, Gaëtan Gentile^{1,4},
Marilou Fromentin³, Aurélie Janczewski¹,
Jérôme Borlot³, Thibaud de La Fournière³,
Priya Tamby³, Clémence Tabélé^{2,3},
Marie Vermersch³, Sarah Dempure³,
Aurélie Tinland^{2,3}, Quentin Ecosse³,
Léo Blatrix³, Pascal Auquier^{2,3},
Maeva Jego^{1,3}

1. Département universitaire de médecine générale, Faculté des sciences médicales et paramédicales, Aix-Marseille Université, Marseille, France

2. EA3279, Centre d'études et de recherche sur les services de santé et la qualité de vie (CEReSS), Aix-Marseille Université, Marseille, France

3. Hôpitaux universitaires de Marseille, APHM

4. Institut des neurosciences des systèmes, Inserm 1106, Aix-Marseille Université, Marseille, France

jeremy.khouani@univ-amu.fr
exercer 2021;177:418-23.

PASS Mobile et PREMENTADA : protocole de recherche

Prévalence des symptômes psychiatriques et des comorbidités somatiques chez les patients entamant une demande d'asile

Mobile health unit and PREMENTADA: primary care in primary health care; innovative care management for asylum seekers

CONTEXTE

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été créées dans le cadre de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et sont régies par la circulaire de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 18 juin 2013^{1,2}. Rattachées aux établissements de santé participant au service public hospitalier, l'objectif des PASS est de proposer aux personnes en situation de précarité une prise en charge médicosociale dans une perspective de retour vers le droit commun.

Les patients ayant une couverture maladie et un besoin de soins peuvent avoir accès aux soins de premier recours donnés par les médecins traitants. Ceux n'ayant pas de couverture maladie ont un accès plus difficile aux soins ambulatoires. Les PASS sont, avec les structures associatives ou spécifiques (protection maternelle et infantile [PMI], centres de planification et d'éducation familiale [CPEF], centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic [CeGIDD], centres de lutte antituberculeuse [CLAT], etc.), les dispositifs pouvant répondre à leur besoin de soins.

En 2019, le gouvernement français a fixé par décret un délai de carence de trois mois avant affiliation possible aux personnes majeures en demande d'asile à la protection universelle maladie (PUMa)³. En 2020, à la suite de la

fermeture des frontières liée à la crise sanitaire, 86 620 personnes ont déposé une première demande d'asile en France, soit 28 % de moins qu'en 2019, première année de baisse après plusieurs années de hausse soutenue⁴.

En 2017, une étude sur le profil des patients ayant consulté au sein des centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde constatait que 2 631 patients (11 % de la file active) étaient en demande d'asile (DA)⁵. La seule étude similaire réalisée en PASS s'est limitée à la sous-population des personnes nées à l'étranger ; elle dénombrait 519 (61,2 %) patients primo-arrivants (moins de 1 an de séjour en France)⁶. L'application du décret instaurant un délai de carence avant affiliation à la PUMa, conjuguée à l'état des connaissances sur le profil des patients consultant en PASS ou CASO, permet de formuler l'hypothèse que, pour les DA présents sur le territoire depuis moins de trois mois, les PASS constituent un lieu de soins préférentiel.

L'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants abonde en ce sens en identifiant les PASS comme une structure pivot dans la mise en place des « rendez-vous santé des primo-arrivants »². Ces « rendez-vous santé » ont été définis comme un premier contact médical pour ces patients au cours duquel

L'annexe est consultables en ligne à l'adresse : www.exercer.fr

Liens d'intérêts :
les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec le contenu de cet article.

des priorités de prise en charge ont été identifiées : santé mentale, évaluation du statut vaccinal, dépistages, etc. En dehors de certaines initiatives régionales, et malgré l'existence de ces recommandations institutionnelles, la mise en place effective de ces « rendez-vous santé » peine à voir le jour^{7,8}.

L'un des aspects clés des dispositifs de soins aux personnes en situation de précarité réside en leur capacité à réaliser des actions d'« aller vers » les personnes les plus éloignées du système de soins. Le rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la médiation en santé reprend cette notion d'« aller vers » : « *déplacement physique (...) vers les lieux fréquentés par la personne* »⁹. Certaines collectivités territoriales ont même édité une note de cadrage sur la réalisation de ces actions mobiles¹⁰. Ces recommandations concernant les actions d'« aller vers », conjuguées à l'existence de l'instruction relative au parcours santé des migrants primo-arrivants, ainsi que la prise en charge *de facto* de patients en demande d'asile en PASS, ont conduit à la construction à Marseille d'une action depuis 2020 : la PASS mobile.

PLANIFICATION : L'UNION DU SOIN ET DE LA RECHERCHE

La PASS Mobile est financée par réponse à l'appel à projets du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes démunies (PRAPS) de l'agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elle est constituée d'une équipe médicosociale (médecin, infirmier.e, assistant.e social.e). Elle se déplace directement à la structure du premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA), portée à Marseille par l'association Forum réfugiés, à l'aide d'un camion adapté à la réalisation de consultations, entretiens infirmiers et sociaux en son sein. Les demandeurs d'asile (DA) localisés dans les Hautes-Alpes, Alpes-de-Haute-Provence, Vau-

cluse et Bouches-du-Rhône dépendent de la SPADA de Marseille. En 2019, celle-ci a accueilli 6 935 DA dans le cadre de leur première demande d'asile, avant leur rendez-vous en préfecture au Guichet unique pour demandeur d'asile (GUDA)¹¹. Pour ces DA n'ayant pas d'affiliation possible à un régime de protection sociale, la PASS Mobile constitue donc la porte d'entrée dans le système de soins. Cette action de proximité permet un repérage précoce des vulnérabilités et une intégration précoce dans un parcours de soins rationalisé par les médecins généralistes de la PASS. Elle s'inscrit dans la lignée des recommandations de l'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

L'état actuel des connaissances concernant l'état de santé somatique des DA est pauvre pour les personnes en cours de procédure de DA n'ayant pas encore obtenu leur hypothétique statut de réfugié (37,7 % des DA en 2020 se sont vu octroyer la protection internationale)^{4,12-15}. Celles-ci suggèrent qu'il s'agit d'une population :

- en meilleure santé que les nationaux à leur arrivée en France⁸. Ceci a été décrit comme le « *healthy migrant effect* » : les personnes qui s'engagent dans un parcours d'exil doivent avoir un état de santé qui le permet¹⁶ ;
- dont l'état de santé « *tend à s'aggraver avec la durée de présence* » en France, du fait notamment de leurs conditions de vie en France^{8,17} ;
- chez qui sont retrouvés des problèmes essentiellement infectieux, métaboliques et cardiovasculaires chez ces sujets jeunes (les 18-35 ans représentent près de 74 % des DA majeurs)^{12-15, 18}.

Cependant, ces données concernent des populations différentes : réfugiés, définis comme bénéficiaires de la protection internationale à la suite d'une décision favorable de l'Office français de protection des réfugiés et des apatrides à l'issue de la procédure d'asile, les personnes concer-

nées résidant régulièrement sur le territoire français et ayant un titre de séjour valable dix ans, des personnes hébergées en centre d'accueil ou limitées aux populations qui avaient déjà une demande de soins.

Concernant les troubles mentaux, nous n'avons pas retrouvé à ce jour d'études portant sur le dépistage des pathologies mentales de cette population en France, malgré des données sur des populations proches (migrants au sens large, réfugiés)¹⁹⁻²¹. Ces données suggèrent une forte prévalence des états de stress post-traumatique (ESPT) et troubles anxiodépressifs, avec une forte hétérogénéité et des qualités d'étude variables^{12, 22-25}.

Au vu de ces éléments, la PASS Mobile s'est engagée dans un projet de recherche dont l'objectif est de recueillir les données usuelles du soin courant de son action concernant l'état de santé psychique et somatique des personnes s'engageant dans une procédure de demande d'asile. Il s'agit de mesurer la prévalence des symptômes psychiatriques et des comorbidités somatiques chez les DA : PREMENTA-DA. Ce projet a obtenu un financement dans le cadre d'un appel à projets régional (Groupements interrégionaux pour la recherche clinique et d'innovation [GIRCI] soins primaires).

IMPLANTATION

PREMENTADA (PREvalence des symptomatologies MENTALes et comorbidités somatiques chez les DA) est une étude épidémiologique observationnelle transversale monocentrique de prévalence.

Les critères d'inclusion sont :

- âge supérieur à 18 ans ;
- se présenter à la SPADA de Marseille ;
- personne détentriche d'un récépissé de passage en préfecture datant d'au maximum vingt et un jours, ou n'ayant pas encore eu de rendez-vous en préfecture mais étant déjà enregistré à la SPADA de Marseille et ayant un rendez-vous au GUDA fixé ;

**Avez-vous ? */****

Des problèmes cardiaques
(infarctus, troubles du rythme, opération du cœur, etc.)

Des problèmes vasculaires
(hypertension, accident vasculaire cérébral, etc.)

Des problèmes de sang
(anémie, leucémie, etc.)

Des problèmes respiratoires
(asthme, emphysème, etc.)

Des problèmes aux yeux
(glaucome, cataracte, difficultés pour voir, etc.)
ou des problèmes d'audition

Des problèmes d'estomac
ou d'œsophage
(reflux, gastrite, etc.)

Des problèmes de côlon
(constipation, diarrhée chronique, hernies, etc.)

Des problèmes de foie
ou de pancréas
(hépatite, pancréatite, etc.)
ou virus de l'hépatite B ou C

Des problèmes urinaires
(infection, incontinence, problème de prostate, etc.)

Des problèmes de peau
ou des problèmes ostéo-articulaires
(arthrose, ostéoporose, etc.)

Des problèmes de reins (infection)

Des problèmes neurologiques
(maux de tête persistants, épilepsie, etc.)

Des problèmes de surpoids,
de diabète, de thyroïde ou autres
problèmes hormonaux

Des problèmes psychiatriques

Le virus de l'immunodéficience humaine

Un cancer

Des traumatismes crâniens

Tableau - Items de la « *Cumulative illness rating scale* » (CIRS)²⁸, échelle évaluant la multimorbidité

* Cinq modalités de réponse : aucun problème, problème actuel léger ou ancien, problème ou maladie modérée, problème sévère ou chronique difficile à traiter, problème très sévère ou nécessitant un traitement immédiat ou défaillance d'un organe ou incapacité fonctionnelle grave.

** Deux modalités de réponse complémentaires : précisions sur le problème ou la maladie, traitements en cours pour le problème ou la maladie.

- ayant les capacités cognitives de consentir à la participation à l'étude.

Le critère de non-inclusion est l'existence de troubles cognitifs (démence, retard mental) ou de difficultés de langage limitant la compréhension et l'expression (langue maternelle). L'interprétariat téléphonique est utilisé pour chaque personne allophone, de sorte que l'absence de maîtrise de la langue française ne soit pas un facteur limitant l'inclusion ni une source d'erreur lors du recueil de données.

Le *Refugee Health Screener* (RHS-15) est une échelle validée de dépistage d'une symptomatologie anxieuse, dépressive ou de stress post-traumatique pour des populations proches (réfugiés résidant en Europe) de la population cible^{26,27} (**annexe 1**, en ligne).

Le critère de jugement principal est l'existence d'une symptomatologie anxieuse, dépressive ou de stress post-traumatique dépistée par un score RHS-15 supérieur ou égal à 12 et/ou un score au thermomètre de détresse/d'angoisse supérieur ou égal à 5.

Concernant les critères de jugement secondaires, la multimorbidité est évaluée par la « *Cumulative illness rating scale* » (CIRS)²⁸ [**tableau**]. Cette échelle, composée de 14 items correspondant chacun à un appareil, offre une évaluation complète des pathologies par système d'organes, sur la base d'une cotation de 0 à 4, permettant d'obtenir un score final cumulé. Elle a été choisie parmi les différentes échelles de comorbidités existantes, car elle a déjà fait l'objet d'une étude chez les personnes sans abri et est mieux corrélée à la qualité de vie liée à la santé^{29,30}.

La réalisation d'un prélèvement biologique permet de mesurer la prévalence des infections sexuellement transmissibles (sérologies VIH, TPHA-VDRL, antigène HBs-PCR ADN viral si positif ; anticorps anti-HBs et anti-HBc, sérologie VHC-PCR ARN viral si positive ; PCR Chlamydiae et gonocoque sur le premier jet d'urine), de l'insuffisance rénale (créatininémie), du diabète (glycémie à jeun), des

dysthyroïdies (TSH), de la bilharziose et de l'anguillulose (sérologies), d'une grossesse évolutive (HCG sanguin) chez les femmes en âge de procréer. Sont également mesurés : numération sanguine, CRP, bilan hépatique (gamma-GT, phosphatases alcalines, transaminases, bilirubine, albumine), sérologie tétanique (titrage quantitatif des anticorps). Un adressage systématique au centre de lutte antituberculose est réalisé pour recueillir *a posteriori* la prévalence dans notre échantillon d'une tuberculose maladie ou d'une infection tuberculeuse latente.

L'hypothèse est qu'au moins 20 % de la population est atteinte d'une affection parmi les trois affections suivantes : trouble de stress post-traumatique, dépression, trouble anxieux. Sous cette hypothèse, pour un degré de précision de l'estimation de 8 %, pour un risque de première espèce de 5 %, il est nécessaire d'inclure 451 patients. Les auteurs anticipent que 10 % des patients inclus ne participeront pas à la totalité de l'évaluation. Ainsi, l'effectif total prévu de PREM-TADA est de 497 sujets à inclure en six mois, du 1^{er} mars au 31 août 2021. La **figure** présente le diagramme de l'étude.

Les données relatives au RHS-15, à l'échelle de comorbidité CIRS, aux caractéristiques sociodémographiques, à la consommation de tabac, au traitement suivi, de même que les données cliniques (indice de masse corporelle et pression artérielle) et celles obtenues lors du prélèvement biologique seront colligées dans un cahier d'observation électronique (REDCap) par les techniciens d'études cliniques (soignants de formation initiale) à l'aide, si nécessaire, d'un interprète téléphonique.

L'analyse sera conduite sur l'ensemble de la population incluse. Les critères de jugement principaux et secondaires seront décrits sous la forme de moyennes (ou pourcentages pour les variables qualitatives), d'écart types, ainsi que de médianes et quartiles permettant de préciser les prévalences observées.

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche non interventionnelle (catégorie 3) au sens de l'article L1121-1 alinéa 3. À ce titre, il a reçu un avis favorable du comité de protection des personnes (CPP) Sud-Ouest et Outre-Mer IV (avis n° 20.10.09.57715/CPP2020-11-093a/2020-A02691-38). Un des médecins investigateurs de l'étude délivre l'information et recueille l'absence d'opposition avant d'inclure les personnes éligibles.

RETOMBÉES ATTENDUES ET PERSPECTIVES

L'élaboration de la PASS Mobile a répondu à un besoin du territoire local, de même qu'aux recommandations institutionnelles relatives au parcours santé des patients primo-arrivants. La synergie entre cette action de soins et le projet PREMENTADA vise un triple objectif.

Premièrement, les résultats de PREMENTADA constitueront de premières données françaises concernant l'état de santé des DA ne se limitant pas aux personnes hébergées en centre d'accueil des demandeurs d'asile consultant au sein de centres de soins ou ayant obtenu le statut de réfugiés. Ces éléments épidémiologiques concernant les personnes primo-arrivantes seront un appui aux institutions en charge de l'organisation de l'offre de soins primaires à ce public. Si l'instruction relative au « rendez-vous santé » des primo-arrivants existe, PREMENTADA permettra de publier des données issues d'une organisation efficiente du soin aux DA primo-arrivants. Il s'agit « d'aller vers » ces populations, proposer une première évaluation globale de la santé, prendre en charge et orienter précocement, de sorte de prévenir les ruptures de soins, recueillir des données probantes pour permettre une auto-évaluation des actions menées⁷.

Deuxièmement, pour ces patients en DA venant d'arriver sur le territoire français, cette offre de soins constitue la porte d'entrée dans le système de

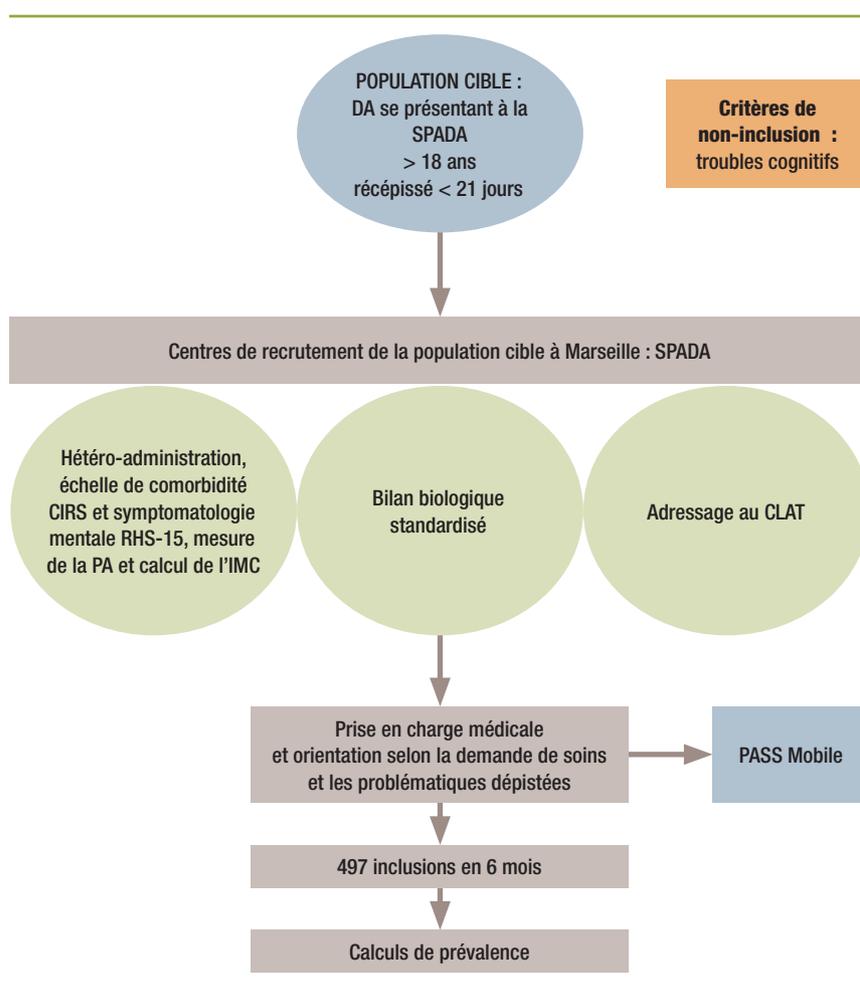


Figure - Schéma de PREMENTADA

soins primaires. Il revient aux médecins généralistes, référents de ces soins de premier recours, de s'engager dans la construction de parcours de soins efficaces. Si ces patients n'ont pas accès pour un temps au dispositif médecin traitant du fait de leur absence de couverture maladie, ceux-ci peuvent faire profiter de leurs compétences les institutions sur le plan organisationnel, voire investir le champ des PASS à court, moyen et long terme. Aussi, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent constituer un espace de synergie ville-hôpital susceptible de s'emparer de la question des soins aux DA primo-arrivants. En effet, la mise en place de parcours de soins efficaces pour cette population répond

à au moins deux missions socles des CPTS : faciliter l'accès à un médecin traitant une fois leur affiliation à la PUMa effective, et développer des actions territoriales de prévention. Pour rappel, l'arrêté du 21 août 2019 encadrant les CPTS recommande de « porter une attention plus particulière à certains patients en situation de fragilité »³¹. Il existe également des dispositifs innovants en soins primaires au sein desquels les patients ont accès au médecin traitant dans l'attente de leur affiliation à une couverture maladie : les PASS de ville^{32,33}. Sur un modèle similaire, de futurs projets pourraient s'attacher à donner accès à ces patients DA au médecin traitant dans l'attente de leur affiliation à la PUMa.



La troisième perspective est l'évolution réglementaire et législative. La pertinence du décret ministériel instaurant un délai de carence de trois mois pour les DA pourrait être remise en question si les DA constituaient une population avec une prévalence élevée de pathologie mentale ou infectieuse, hypothèse de l'étude PREMENTADA. En effet, en sus d'un

parcours de soins optimal, la prise en charge précoce de problématiques de santé limite et rationalise les coûts de santé (moindre recours aux urgences, moindre hospitalisation, etc.)³⁴.

Si les ressources de la PASS Mobile permettent une action hebdomadaire, la force de PREMENTADA est de permettre une présence quotidienne à la

SPADA et ainsi une plus grande proportion de patients dépistés et pris en charge. Finalement, PREMENTADA ayant une durée prévue de six mois, il reviendra aux collectivités et aux institutions tutélaires (ARS, DGOS, etc.) de décider ce qu'il adviendra de ce dispositif de soins primaires innovant, financé par des appels à projets annuels : arrêté ou diffusion nationale ? ◆

Résumé

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été créées en 1998. L'objectif des PASS est de proposer aux personnes en situation de précarité une prise en charge médicosociale dans une perspective de retour vers le droit commun. Pour les patients en demande d'asile (DA) présents sur le territoire depuis moins de trois mois, les PASS constituent un lieu de soins préférentiel. En 2018, une instruction relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants identifie les PASS comme une structure pivot pour les « rendez-vous santé » des primo-arrivants. Cette instruction, conjuguée aux recommandations concernant les actions d'« aller vers », a conduit à la construction à Marseille d'une action depuis 2020 : la PASS Mobile. Elle est constituée d'une équipe médicosociale et se déplace directement à la structure du premier accueil des demandeurs d'asile (SPADA).

L'état actuel des connaissances concernant l'état de santé somatique et psychique des DA est pauvre. La PASS Mobile s'est donc engagée dans un projet de recherche dont l'objectif est de mesurer la prévalence de symptômes psychiatriques et des comorbidités somatiques chez les DA : PREMENTADA. Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale monocentrique de prévalence. Le critère de jugement principal est l'existence d'une symptomatologie anxieuse, dépressive ou de stress post-traumatique dépistée par un score du *refugee health screener* (RHS) 15 supérieur ou égal à 12 et/ou un score au thermomètre de détresse/d'angoisse supérieur ou égal à 5. La multimorbidité est évaluée par la « *Cumulative illness rating scale* » (CIRS), et la réalisation d'un prélèvement biologique permettra de mesurer la prévalence de certaines pathologies.

PREMENTADA permettra de recueillir de premières données françaises concernant l'état de santé des DA primo-arrivants. Pour ces patients en DA venant d'arriver sur le territoire français, il revient aux référents des soins de premier recours de s'engager dans la construction de parcours de soins efficaces : les médecins généralistes.

→ **Mots-clés** : immigrants sans papiers ; réfugiés ; soins de santé primaires ; équipe mobile de soins.

Summary

Permanence of access to health care (PASS in French) were created in 1998. The objective of the PASS is to offer people in precarious situations medico-social care with a view to returning to common law. For patients seeking asylum (AS) who have been in the region for less than 3 months, the PASS constitutes a preferential place of care. In 2018, an instruction relating to the establishment of the health course for recently arrived migrants identifies the PASS as a pivotal structure for "health appointments for newcomers". This instruction, and the recommendations for actions to move towards, has led to the construction in Marseille of an action since 2020: the mobile PASS. It is made up of a medico-social team and goes directly to the Structure for the first reception of asylum seekers (SPADA in French). The current state of knowledge regarding the state of somatic and mental health of AS is poor. The mobile PASS is therefore engaged in a research project whose objective is to measure the prevalence of psychiatric symptoms and somatic co-morbidities in AS: PREMENTADA. This is a single-center, cross-sectional observational epidemiological prevalence study. The primary endpoint is the existence of anxious, depressive or post-traumatic stress symptomatology, detected by an RHS 15 score ≥ 12 and / or a distress / anxiety thermometer score ≥ 5 . Multiple morbidity is assessed by the CIRS scale and the taking of a biological sample will make it possible to measure the prevalence of some pathologies. PREMENTADA will make it possible to collect the first French data concerning the state of health of newly arrived AS. For these AS patients who have just arrived in France, it is up to the primary care referents to engage in the construction of efficient care pathways: general practitioners.

→ **Key words**: undocumented Immigrants; refugees; primary health care; mobile health unit.

Références

1. République Française. Circulaire DH/AF 1/ DGOS/SP 2/DAS/RV 3 n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
2. République Française. Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
3. République Française. Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 relatif à la condition de résidence applicable aux demandeurs d'asile pour la prise en charge de leurs frais de santé.

4. Office français de protection des réfugiés et apatrides. Les premières données de l'asile 2020 à l'Ofpra. Paris : Ofpra, 2021. Disponible sur : <https://ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-premieres-donnees-de-l-asile-0> [consulté le 12 octobre 2021].
5. Médecins du monde. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2017. Saint-Denis : MDM, 2017. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-l-observatoire-de-l-accès-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2017> [consulté le 12 octobre 2021].
6. Tapié de Celeyran F, Georges C, Astre H, Aras N, Grassineau D. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consul-

tant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd 2017;(19-20):396-405.

7. République Française. Instruction n°DGOS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.
8. Haut Conseil de la santé publique. Visite médicale des étrangers primo-arrivants. Paris : HCSP, 2015. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672> [consulté le 12 octobre 2021].
9. Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Saint-Denis : HAS, 2017.

- 10. Agence régionale de santé d'Île-de-France.** Actions d'« aller-vers » auprès des personnes en situation de grande précarité - Référentiel régional. Paris : ARS-IDF, 2019. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/47938/download> [consulté le 12 octobre 2021].
- 11. Forum réfugiés-Cosi.** Rapports d'activité 2019. Villeurbanne : FR-Cosi, 2020. Disponible sur : <https://forumrefugies.org/images/l-association/rapports-activites/RA-FRC-2019.pdf> [consulté le 12 octobre 2021].
- 12. Comité pour la santé des exilés.** Migrants/étrangers en situation précaire - Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels 2015. Saint-Maurice : SPF, 2015. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/migrants-etrangeurs-en-situation-precaire-soins-et-accompagnement-edition-2015> [consulté le 12 octobre 2021].
- 13. Vanino E, Tadolini M, Attard L, et al.** Systematic tuberculosis screening in asylum seekers in Italy. *Clin Infect Dis* 2017;65(8):1407-9.
- 14. Kortas AZ, Polenz J, von Hayek J, et al.** Screening for infectious diseases among asylum seekers newly arrived in Germany in 2015: a systematic single-centre analysis. *Public Health* 2017;153:1-8.
- 15. Ceccarelli G, Sulekova LF, Milardi GL, Lopalco M, Vita S, Gabrielli S.** Prevalence of intestinal parasitic infections among asylum seekers. *Can Fam Physician* 2018;64(2):88.
- 16. Moullan Y, Jusot F.** Why is the « healthy immigrant effect » different between European countries? *Eur J Public Health* 2014;24(1):80-6.
- 17. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C.** Inégalités de santé liées à l'immigration en France. *Revue économique* 2009;60(2):385-411.
- 18. Eurostat.** Asylum applications in the EU member states 2008-2020. Luxembourg : Eurostat, 2021. Disponible sur : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics [consulté le 12 octobre 2021].
- 19. Guisao A, Jangal C, Laporte A, Quéré M, Riou F.** La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens. *Bull Epidemiol Hebd* 2017;(19-20):382-8.
- 20. Huaume H, Kellou N, Tomasino A, Chappuis M, Letrilliart L.** Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative dans les centres de médecins du monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *Bull Epidemiol Hebd* 2017;(19-20):430-6.
- 21. Chaud P.** Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015-octobre 2016. *Bull Epidemiol Hebd* 2017;(19-20):374-81.
- 22. Foo SQ, Tam WW, Ho CS, et al.** Prevalence of depression among migrants: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(9).
- 23. Kartal D, Alkemade N, Eisenbruch M, Kissane D.** Traumatic exposure, acculturative stress and cultural orientation: the influence on PTSD, depressive and anxiety symptoms among refugees. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018;53(9):931-41.
- 24. Wang Z, Wang L, Jing J, Hu C.** Prevalence of mental disorders in migrants compared with original residents and local residents in Ningxia, China. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):366.
- 25. Tinghög P, Malm A, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Lundin A, Saboonchi F.** Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open* 2017;7(12):e018899.
- 26. Bosson R, Schlaudt V, Williams M, et al.** Evaluating mental health in Cuban refugees: the role of the Refugee Health Screener-15. *Journal of refugee & global health* 2017;1(1).
- 27. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, et al.** The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35(2):202-9.
- 28. Hudon C, Fortin M, Vanasse A.** Cumulative illness rating scale was a reliable and valid index in a family practice context. *J Clin Epidemiol* 2005;58(6):603-8.
- 29. Brett T, Arnold-Reed DE, Troeung L, Bulsara MK, Williams A, Moorhead RG.** Multimorbidity in a marginalised, street-health Australian population: a retrospective cohort study. *BMJ Open* 2014;4(8):e005461.
- 30. Fortin M, Hudon C, Dubois M-F, Almirall J, Lapointe L, Soubhi H.** Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:74.
- 31. République Française.** Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019. .
- 32. Médecins du monde.** La PASS de ville de Marseille, prix régional de l'innovation en santé. Paris : MDM, 2020. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2020/10/12/la-pass-de-ville-de-marseille-prix-regional-de-linnovation-en-sante> [consulté le 12 octobre 2021].
- 33. Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.** Pass de ville à Marseille : un dispositif innovant d'accès aux soins. Marseille : ARS-PACA, 2019. Disponible sur : <https://www.paca.ars.sante.fr/pass-de-ville-marseille-un-dispositif-innovant-dacces-aux-soins> [consulté le 12 octobre 2021].
- 34. Bartoli F, Rey JL, Fellinger F, Saulière J, Hemous C, Latourniere JY.** L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions. Paris : IGAS, 2019. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf> [consulté le 12 octobre 2021].