

Protéger la santé psychique et reconnaître l'exceptionnelle gravité des psychotraumatismes

A l'heure où nous écrivons cet article, les premiers bilans du confinement dessinent des dégâts de grande ampleur pour la santé mentale concernant la population générale, alors que les conditions de vie et d'accès aux droits des migrants/étrangers en situation précaire, que nous nommerons exilés dans la suite de cet article, se sont encore dégradées. La question des syndromes psychotraumatiques des exilés, et notamment de la reconnaissance de leur gravité dans le cadre du Droit au séjour des étrangers malades (Dasem), se situe ainsi au croisement de deux phénomènes de santé publique particulièrement négligés et maltraités par les pouvoirs publics, et depuis de longues années : la santé mentale en général, et la santé des exilés en particulier.

Droit au séjour pour raison médicale, du droit de la santé au contrôle de l'immigration

C'est en 1997 (Loi Debré) et 1998 (Loi Chevènement) qu'ont été consacrés par le législateur la protection contre l'expulsion puis le droit au séjour des étrangers en raison d'un double risque médical : le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge de la maladie, et le risque d'insuffisance des soins appropriés en cas de retour dans le pays d'origine. Cette reconnaissance a notamment bénéficié de la lutte contre le sida dans les années 1990, et de la prise de conscience, à l'époque, qu'une politique de santé publique efficace allait de pair avec le respect des droits humains. Dans le domaine du droit à la santé, cela signifiait la garantie de l'accès aux soins et la continuité des soins pour tous les malades, sans discrimination. Toutefois, si la question du VIH a été l'aiguillon de cette reconnaissance, les premières études conduites à l'époque par le ministère de la Santé auprès des associations de santé des étrangers et par le ministère de la Justice en prison ont très vite permis de constater la part prépondérante des troubles psychiques et des maladies chroniques parmi les personnes étrangères à protéger [47].

Fondé sur des critères médicaux, le Dasem constitue, avec le droit d'asile, le seul dispositif de « régularisation des étrangers » théoriquement indépendant des politiques de contrôle de l'immigration mises en œuvre par les préfetures. Le respect du secret médical impose en effet aux préfetures de suivre l'avis des médecins en charge de l'évaluation, tout en décidant de la forme de la protection accordée selon des conditions administratives (carte de séjour temporaire si les conditions sont remplies, autorisation provisoire de séjour pour les étrangers résidant en France depuis moins d'un an, ou encore assignation à résidence en cas de « troubles à

l'ordre public », notamment pour les sortants de prison). Cette procédure place ainsi les médecins au cœur d'un processus de régularisation des étrangers particulièrement exposé sur le plan politique et médiatique au cours des dernières années. Dans ce contexte, l'application effective du Dasem repose sur la capacité des médecins à exercer leur mission de protection de la santé dans le respect des principes déontologiques et des instructions du ministère de la Santé, sans tenir compte des logiques de contrôle de l'immigration à l'œuvre dans les autres dispositifs de régularisation.

Entre 1998 et 2017, l'évaluation médicale pour le droit au séjour était effectuée sous l'égide du ministère de la Santé, successivement par les médecins inspecteurs de santé publique (Misp), puis les médecins des ARS. Appliqué de manière très favorable au cours des premières années pour l'ensemble des pathologies, le Dasem a connu une première dégradation depuis 2003, avec le ministère de la « Sécurité intérieure » puis la présidence Sarkozy et les ministères de « l'Identité nationale » [28]. « *Le droit au séjour des étrangers malades constitue la faille majeure du système* » : dès 2002, le rapport Escoffier de l'Inspection générale de l'administration sur l'admission au séjour des étrangers annonçait le nouveau cap, suivi depuis lors par tous les ministères de l'Intérieur. Pour calfeutrer « la faille », il faut rendre le dispositif de plus en plus inaccessible. C'est ce qui est mis en œuvre dans l'accès à la procédure administrative, et régulièrement dénoncé par les associations et institutions de défense des droits [13, 17].

Mais ces pratiques préfectorales se heurtent à la « boîte noire » que constitue la décision du médecin en charge de l'évaluation. On voit alors se développer un climat de suspicion à l'égard, non plus seulement des étrangers et de leurs soutiens habituels considérés comme « angéliques » et/ou « militants », mais aussi désormais des médecins, depuis les psychiatres intervenant en soutien de leurs patients [6] jusqu'aux médecins inspecteurs de santé publique dont le « manque de compétence » conduirait à des « dérives manifestes » selon le rapporteur des débats sénatoriaux concernant la loi de « maîtrise de l'immigration » de 2003 [55]. Les médecins en charge se plaignent régulièrement à leur ministre de tutelle, de la Santé, des pressions qu'ils subissent de la part des services préfectoraux en réaction à de supposés « pourcentages excessifs d'avis positifs » [54]. Et les premiers responsables sont désignés : puisque les troubles psychiques constituent la majorité des demandes et des accords, le principal problème vient des psychiatres, et du crédit à accorder à leur avis. « *Le sida, on l'a ou on l'a pas. Les problèmes*

Pour le collectif Dasem psy (Droit au séjour des étrangers malades)

François Journet
Psychiatre,
association SPPNI
(Soutien aux patients
en précarité Nord-
Isère)

Claire Mestre
Psychiatre à
Bordeaux, présidente
de l'association
Ethnotopies

Francis Remark
Psychiatre à
Périgueux

Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky
Professeure en
anthropologie,
psychologue
clinicienne à l'hôpital
Avicenne de Bobigny

Arnaud Veisse
Médecin, directeur
général du Comede
(Comité pour la
santé des exilés)

Laure Wolmark
Psychologue
clinicienne,
coordinatrice santé
mentale du Comede

*Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 61.*



psy... », expliquait un conseiller du Premier ministre lors d'une rencontre avec l'Observatoire du droit à la santé des étrangers [43].

Pourtant, si ces pressions influencent certains médecins, comme on peut l'observer dans les écarts de taux d'accord du Dasem par département jusqu'en 2017 [13], la plupart continuent d'interpréter les critères médicaux dans le sens des obligations déontologiques et des recommandations du ministère de la Santé [39], et le taux global d'avis médicaux favorables se maintiendra entre 73 % et 78 % entre 2008 et 2014 (données non publiées en 2015 et 2016). La réforme de l'immigration de mars 2016, en transférant l'évaluation médicale à l'Ofii, agence sous tutelle du ministère de l'Intérieur, va parachever le processus, avec dès 2017 une chute des taux à 53 % pour l'ensemble des pathologies et à 23 % pour les troubles psychiques. En théorie pourtant, les critères d'évaluation médicale et les instructions du ministère de la Santé n'ont pas changé par rapport à la période précédente.

Les arguments mis en avant par le service médical de l'Ofii pour justifier la baisse de la protection traduisent l'intégration dans le raisonnement des médecins concernés de deux restrictions depuis longtemps demandées par les ministères de l'Intérieur : réserver la protection aux seuls malades dont l'évolution grave doit intervenir à court terme, « dans un horizon qui ne soit pas trop éloigné » selon une circulaire du ministère de l'Intérieur, et doit survenir de façon « certaine » et non « probable » (selon le rapport 2017 de l'Ofii, « les médecins ne peuvent évidemment fonder leurs avis sur des données statistiques »). Ces arguments, qui aboutiraient notamment à retirer la protection à des personnes suivies pour une infection à VIH à un stade « asymptomatique », remettent directement en cause la protection et la continuité des soins pour les personnes atteintes de psychotraumatisme en cas de retour dans le pays d'origine. Plus encore, la clinique auprès des exilés met en lumière des risques spécifiques en cas de rupture de la continuité des soins en France pour les personnes concernées.

Aspects cliniques, thérapeutiques et épidémiologiques des psychotraumatismes

Les expériences de soignants concordent pour décrire les effets du traumatisme psychique, désormais largement décrits par une riche littérature psychiatrique et psychologique. Les symptômes, tout d'abord, ne sont pas spécifiques aux exilés, mais sont très fréquemment rencontrés parmi cette population. Ils peuvent handicaper, parfois lourdement, celles et ceux qui ont à vivre avec, et aboutir à des passages à l'acte, particulièrement auto-agressifs. Citons seulement ici les plus graves et les plus fréquents des symptômes rencontrés dans les syndromes psychotraumatiques : angoisse massive, reviviscences traumatiques accompagnées de sentiment de détresse intense, troubles graves du sommeil, dont des terreurs nocturnes avec cris et agitation, hypervi-

gilance, mais aussi troubles majeurs de l'attention et de la mémoire, retrait social, hallucinations, idées de persécutions, idéation suicidaire et passage à l'acte auto-agressif. Il n'est ainsi pas rare que le tableau de psychotraumatisme, lorsqu'il devient sévère, prenne la forme d'un traumatisme complexe, incluant des troubles de la personnalité et de la relation à soi ou même d'une psychose post-traumatique.

Dans le cas des exilés, la très longue attente d'une hypothétique régularisation dans des conditions de vie précaires, les discriminations [23], ainsi que l'isolement et l'exclusion de la société d'accueil accentuent les effets du psychotraumatisme et conduisent souvent à des tableaux cliniques sévères où la dépression et les troubles anxieux s'associent au traumatisme. La suspicion à l'égard des étrangers, et particulièrement le déni de reconnaissance du traumatisme que peut constituer le rejet de la demande d'asile [46] sont de nature à aggraver les symptômes traumatiques des personnes exilées.

Des années sont souvent nécessaires pour que le « traitement approprié » porte ses fruits et permette de stabiliser l'état psychique des patients ou d'assister à une évolution significative. Pendant cette période parfois longue, les conditions de vie elles-mêmes, d'hébergement, de nourriture, de soins, et pour les personnes allophones d'apprentissage de la langue française, sont très souvent précaires, accentuant à leur tour les manifestations psychiques, sans parler du risque pour ces personnes fragiles de basculer dans l'addiction à divers produits, même si ce phénomène ne semble concerner qu'une minorité de patients. Le traitement associe prise en charge psychothérapeutique, prescription de psychotropes, parfois recours à l'hospitalisation. Pour le besoin de protection – au-delà des symptômes –, il s'agit de prendre en compte le vécu traumatique et les violences qui en sont l'origine, ainsi que le risque de réimmersion dans l'environnement traumatogène en cas de retour forcé au pays.

La relation avec des soignants, psychologues, médecins généralistes, psychiatres, est un autre élément fondamental de cette clinique particulière auprès de ces personnes exilées en demande de protection [12]. Cette relation de soin constitue le cadre dans lequel les troubles psychiques des exilés peuvent être entendus, puis décrits pour faire valoir la gravité de leur état et la nécessité de poursuivre les soins. Lorsqu'elle s'établit en confiance, cette relation constitue une condition essentielle du soin et de l'amélioration de l'état psychique des personnes exilées, ce d'autant plus qu'elles se trouvent en situation d'isolement et d'exclusion sociale. Elle s'intensifie à certains moments du traitement où est revécue la détresse péritraumatique. La perspective d'une interruption brutale de cette prise en charge, en cas « d'éloignement » contraint vers le pays d'origine, est génératrice d'angoisse pour les exilés, avec le risque de compromettre l'amélioration de leur état psychique [7], voire de favoriser de nouvelles décompensations

plus graves si elle intervient dans un moment où le travail thérapeutique s'approche des éléments les plus traumatiques de l'histoire du patient.

Les données épidémiologiques étayent ces expériences cliniques partagées par l'ensemble des soignants intervenant auprès de ces personnes exilés [58]. Parmi 14 294 personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede entre 2008 et 2017, le taux de prévalence des troubles psychiques graves était de 183 pour 1000, soit deux fois plus que les maladies cardiovasculaires et dix fois plus que l'infection par le VIH [13]. Ces troubles sont plus fréquents parmi les femmes (248 *versus* 156), et parmi les exilés d'Europe de l'Est (taux global 246), d'Afrique centrale (240), d'Afrique de l'Ouest (225) et d'Asie centrale (216). Les taux les plus élevés sont observés entre 20 et 40 ans, culminant à 221 pour 1000 entre 20 et 25 ans. La fréquence de ces psychotraumatismes est corrélée aux antécédents de violences dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil, près de trois fois plus élevée parmi les personnes ayant subi des tortures ou des violences de genre ($p < 0,001$). Il existe une forte corrélation entre les psychotraumatismes, les violences subies et les indicateurs de vulnérabilité sociale, en particulier la précarité du quotidien et de l'hébergement et plus encore l'isolement relationnel.

Ces troubles psychiques sont constitués pour les deux tiers de syndromes psychotraumatiques (64 %) et de traumatismes complexes (5 %), formes cliniques plus fréquentes parmi les demandeurs d'asile et les victimes de violence intentionnelle. Les tableaux dépressifs (22 %) sont plus souvent retrouvés chez les exilés en situation de détresse sociale (23 % de l'ensemble des personnes ayant effectué le bilan de santé) et les personnes déboutées de leur demande d'asile. Le retentissement de ces troubles est conséquent, tant aux plans de la concentration, de l'attention et de la mémoire (50 % de l'ensemble des patients suivis en psychothérapie, et 54 % parmi les personnes en demande d'asile) que des idées suicidaires (29 % de l'ensemble au cours

de l'année écoulée, et 39 % des hommes victimes de violence de genre), alors que 5 % des patients ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie (8 % parmi les femmes victimes de violence de genre).

Au regard de ces données, on observe que la part des troubles psychiques parmi les motifs de demande de Dasem (22 % en 2017 *versus* 14 % pour le VIH) est relativement faible eu égard à leur fréquence et leur gravité au sein des populations concernées. Il est d'autant plus préoccupant de constater les pratiques d'évaluation médicale restrictive au sein de l'Ofii, qui se traduisent par le rejet de plus des trois quarts des demandes effectuées sur ces motifs depuis 2017. Face à la gravité des troubles psychotraumatiques et de leurs conséquences, le choix par le service médical de l'Ofii de réduire la clinique à une liste de symptômes n'est pas à la hauteur des enjeux de santé publique. Comme leurs prédécesseurs Misp et médecins des ARS, et comme le font également la plupart des thérapeutes intervenant dans la procédure, les médecins de l'Ofii doivent au contraire tenir compte de l'environnement social et politique des sujets dans leurs pays, mais aussi de l'intentionnalité des violences subies. Enfin, il est indispensable de prendre en considération le fait que les médecins, psychologues et centres de soins spécialisés qui existent en France manquent cruellement dans la plupart des pays concernés, confirmant le risque d'insuffisance de soins appropriés en cas de retour dans le pays d'origine, ce qui fonde également le besoin de protection par la reconnaissance du Dasem.

Avec moins de 1 % des étrangers en France protégés sur ce fondement, le droit au séjour pour raison médicale constitue un dispositif essentiel pour garantir la continuité des soins pour les étrangers malades en général, et en particulier pour les personnes atteintes de psychotraumatisme. Dédié à la protection de la santé pour l'une des populations les plus vulnérables du pays, ce dispositif doit ainsi rompre avec la tutelle du ministère de l'Intérieur et réintégrer les services du ministère de la Santé. ●

Bibliographie générale

1. Abubakar I., et al. The UCL – Lancet Commission on Migration and Health : The health of a world on the move. *The Lancet*, 2018, 392.10164 : 2606-2654, p. 2610.
2. Académie de médecine. Communiqué sur la vitamine D et la Covid-19, publié sur le site de l'Académie de médecine le 18 mai 2020.
3. Airault R. Voyages et risques de décompensations psychiatriques. *Adsp*, septembre 2011, n° 76.
4. Aldridge R. W., Nellums L. B., Bartlett S., et al. Global patterns of mortality in international migrants : A systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2018, 392 : 2553-6.
5. Arnaud A., Lioret S., Vandentorren S., Le Strat Y. Anaemia and associated factors in homeless children in the Paris region : the ENFAMS survey. *The European Journal of Public Health*, 2017, vol. 28, n° 4 : 616-24.
6. Asensi H. Des désagréments de la psychiatrie pour les étrangers malades. *Comede, Maux d'exil*, 2008, n° 25.
7. Baubet T., Saglio-Yatzimirsky M.-C. Santé mentale des migrants : des blessures invisibles. *Revue du Praticien*, juin 2019, n° 6 : 672-675.
8. Beauchemin C., Hamel C., Simon P. *Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France*. Paris : Ined, 2016 : 624 p.
9. Chambon N., Traverso V., Zeroug-Vial H. Médiateurs, pairs, interprètes... au secours du soin. *Rhizome*, 2020/1, 75-76 : 7-16.
10. Charles M.-A., Thierry X., Lanoe J.-L., et al. Cohort Profile : The French National cohort of children ELFE : birth to 5 years. *Int J Epidemiol*. [Sous presse].
11. Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (Pass).
12. Comede. Personnes étrangères atteintes de psychotraumatismes, quelle protection ? *Maux d'exil*, novembre 2019, n° 61.
13. Comede. Rapports d'activité et d'observation de 2004 à 2019.
14. Deniker P., Lemperière T., Guyotat J. *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris : Masson, 1990.
15. Desgrées du Loû A., Lert F. (dir). *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. La Découverte, 2017 : 360 p. <https://www.cairn.info/parcours-de-vie-et-sante-des-africains-immigres--9782707196453.htm>
16. Diallo M. A., Goralski N. *Maintenant je vais raconter*. Actes Sud Junior, 2019.
17. Défenseur des droits. *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*. Défenseur des droits, rapport 2019.
18. ENFAMS. https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_samu_social_pdf.pdf
19. Fassin D. L'inégalité des vies. Leçon inaugurale présentée le 16 janvier 2020 au Collège de France. <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/inaugural-lecture-2020-01-16-18h00.htm>
20. Gentilini M., Kerouedan D. et al. *L'immigration en France : situation sanitaire et sociale*. Académie nationale de médecine, rapport, 26 février 2020.
21. Georges-Tarragano C. (dir). *Soigner (l') humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Presses EHESP, 2015.
22. Georges-Tarragano C., Soffer D., Aras N., Atwa M., Castié M., Astre H., Mechali D. La méthode SIMPLE pour les situations complexes. Au plus tôt, tous ensemble. *Gestions hospitalières*, 2020, 592 : 627-31.
23. Hamel C., Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Série «Trajectoires et origines (TeO)». Enquête sur la diversité des populations en France». Ined, Documents de travail, janvier 2013, n° 190.
24. Haut Conseil de la santé publique. *Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés*. HCSP, 7 novembre 2019.
25. Haute Autorité de santé. *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques*. HAS, 2017.
26. Hinton D. E., Lewis-Fernández R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder : implications for DSM-5. *Depress Anxiety*, septembre 2011, 28 (9) : 783-801.
27. Huaume H., Kellou N., Tomasino A., et al. Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. *BEH*, 2017, 19-20 : 430-6.
28. Hénocq M., Veïsse A. Hommes et médiations, à propos du droit au séjour des étrangers malades. *Hommes & Migrations*, 2009, n° 1282 : 44-53.
29. Instruction n°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primoarrivants.
30. Jaafari N., Markova I. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2011, 169 (7) : 409-427.
31. Jauffret-Roustide M., Serebroshkaya D., Chollet A., Barin F., Pillonel J., Sommen C., Avril E., Chevalliez S., Weill-Barillet L. Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris. ANRS-Coquelicot Study, 2011-2013. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 20 juin 2017, n° 14-15 : 285-290.
32. Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. État de santé des populations immigrées en France. Irdes, *Documents de travail*, juillet 2008, n° 14. <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT14EtatSantePopulImmigrFrance.pdf>
33. Kerouedan D. « La demande d'asile dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire en période d'épidémie de la Covid-19 en France ». *Alternatives humanitaires*, juin 2020. <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2020/06/17/la-demande-dasile-dans-le-contexte-de-letat-durgence-sanitaire-en-periode-depidemie-de-covid-19-en-france/>



Bibliographie générale

34. Kotobi L., Lemonnier C. « Ethnographier les itinéraires thérapeutiques en santé reproductive pour mieux comprendre l'accès/recours aux soins : le cas des femmes en difficulté dans le Médoc » et « La santé reproductive et génésique, un objet de recherche sensible et peu visible ». In : Kotobi L., Lemonnier C. Santé reproductive : routines, normes, invisibilités. *Sociologie Santé*, 2015, n° 38 : 199-233 et 5-17.
35. Lamarque I., et al. Analyse du profil sociodémographique et clinique de patients schizophrènes en fonction du traitement neuroleptique reçu. *L'Encéphale*, juin 2006, vol. 32, n° 3P1 : 369-376.
36. Levesque J.-F., Harris M. F., Russell G. Patient-centred access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 2013, 12:18.
37. Lydié N., Beltzer N., Fénies K., Halfen S., Lert F., Levu S., et al. *Les Populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Éditions Inpes, « Études Santé », 2007.
38. Ministère de la Justice, DPJJ-MMNA. Rapport annuel d'activité 2018.
39. Montigny J. Privilégier la protection de la santé : une préoccupation du SMISP. Comede, *Maux d'exil*, 2009, n° 26.
40. Médecins du monde. 2017 *Final Legal Report on Access to Healthcare in 16 European Countries*. Mdm, 2017. https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/import-from-old-site/files/2017_final-legal-report-on-access-to-healthcare-in-16-european-countries.pdf
41. Médecins du monde. *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du monde en France*. Paris : Médecins du monde, 2018.
42. OMS. CIM-10/ICD-10. Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F). Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Coordination générale de la traduction française : Pull C. B. 2008.
43. Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE). Entretien avec le cabinet du Premier ministre sur le droit au séjour des étrangers malade. Propos recueilli par le représentant du Comede, 2011.
44. O'Donnell C. A. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Publication en ligne, avril 2018. DOI : 10.1093/acrefore/9780190632366.013.6
45. Pannetier J., Ravalihasy A., Lydié N., Lert F., Desgrées du Loû A., et Parcours Study Group. Prevalence and Circumstances of Forced Sex and Post-Migration HIV Acquisition in Sub-Saharan African Migrant Women in France: An Analysis of the ANRS-PARCOURS Retrospective Population-Based Study. *The Lancet Public Health*, 2018, 3 (1) : e16-23. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30211-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30211-6)
46. Pestre E. *La Vie psychique des réfugiés*. Paris : Payot et Rivages, 2010 (poche 2014).
47. Polo Devoto J., Veïsse A. *Malades étrangers en situation irrégulière, quelle santé ? Étude épidémiologique à l'établissement hospitalier pénitentiaire national de Fresnes*. Ministère de la Justice, 1993.
48. Rapport d'activité 2018 de l'Ofpra. https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dacti-vite_2018.pdf.pdf
49. Rouillon F., Niro V. Épidémiologie de la schizophrénie. *Act. Méd. Int. - Psychiatrie*, novembre 2000, (17) n° 9.
50. Sauvegrain P., Stewart Z., Gonthier C., Saurel-Cubizolles M., Saucedo M., Deneux-Tharoux C., Azria E. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. *Bull épidémiol hebd*, 2017, 19-20 : 389-395.
51. Schmengler H., El-Khoury Lesueur F., Yermachenko A. Maternal Immigrant Status and Signs of Neurodevelopmental Problems in Early Childhood: The French Representative ELFE Birth Cohort. *Autism Research*, 2019, 1845-1859, <https://doi.org/10.1002/aur.2181>
52. Spira A. Inégalités sociales de santé. *Bull Acad Natl Med*, 2020, 204 : 486-492.
53. Stern T. A. *Massachusetts General Hospital Study Guide for Psychiatry Exams*. Elsevier, 2019. ISBN : 978-0-323-73296-3 (2019).
54. Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP). Pressions croissantes sur les MISIP pour les dossiers dits « Étrangers Malades ». Lettre à la ministre de la Santé, 2007.
55. Sénat. Courtois J.-P. Rapport sur la loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 sur la maîtrise de l'immigration.
56. Tapié de Céleyran F., Astre H., Aras N., Grassineau D., Saint-Val T., Toolan M., et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. *Bull Épidémiol Hebd*, 2017, (19-20) : 396-405.
57. Vandentorren S., Le Méner E., Oppenheim N., et al. Characteristics and health of homeless families : the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. *Eur J Public Health*, 2016, 26 (1) : 71-6.
58. Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacobelli M., Bamberger M., Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exiliés. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, septembre 2017 : 19-20.
59. Vuillermoz C., Vandentorren S., Brondeel R., Chauvin P. « Unmet healthcare needs in homeless women with children in the Greater Paris area in France ». *Plos One*, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184138>
60. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Report on the Health of Refugees and Migrants in the WHO European Region. No Public Health Without Refugee and Migrant Health*. WHO, 2018. <http://www.euro.who.int/en/publications/html/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018/en/index.html>
61. <https://www.samusocial.paris/sites/default/files/2019-02/EtuRes-AdoSansLog-V3-04.02.19.pdf>