

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Prévalence et prises en charge des troubles psychiques des primo-consultants à la PASS d'Angers : étude descriptive rétrospective de janvier à juin 2024

HORRUT Julie

Née le 25 août 1994 à Rennes (35)

Sous la direction de Dr LACAN Sophie et Dr FAYOL Anne

Membres du jury

Pr CONNAN Laurent | Président

Dr LACAN Sophie | Co-directrice

Dr FAYOL Anne | Co-directrice

Pr ROUGÉ-MAILLART Clotilde | Membre

Soutenue publiquement le :
1^{er} avril 2025



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée HORRUT Julie
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **05/03/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Au Professeur CONNAN, pour votre accompagnement et vos enseignements pendant mon internat. Vos valeurs professionnelles et humaines ont marqué mes apprentissages. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury.

Au Professeur ROUGÉ-MAILLART, pour m'avoir fait une place dans votre équipe et pour nos échanges riches de votre expérience. Je vous remercie de juger ce travail.

Au Docteur LACAN, pour ton soutien et ta rigueur. J'ai beaucoup aimé élaborer ma pensée au gré de tes remarques, toujours très ajustées. Merci d'avoir dirigé ce travail.

Au Docteur FAYOL, pour tout ce que j'ai appris à tes côtés, au sein de l'équipe du DiASM. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet de thèse et d'être présente aujourd'hui pour apprécier son aboutissement.

Au Docteur BAUDRY, pour ton enthousiasme lorsque mon travail était à ses débuts et pour nos discussions engagées.

Au Docteur CHAPPLAIN, pour nos discussions et votre regard sur mon travail.

À Benoit DA MOTA, pour tes compétences didactiques et tes réponses précises.

Aux équipes de la PASS et du DiASM, pour tout ce que vous m'avez transmis et ce que nous cultivons ensemble.

À tous·tes les professionnel·les et soignant·es qui ont inspiré, nourri, encouragé, soutenu mon parcours professionnel.

Aux bénévoles des associations de défense des droits humains, d'attiser mes convictions et nourrir mes réflexions.

Aux patient·es, qui m'ont touchée, fait rire ou pleurer, et surtout qui m'ont tant appris.

À ma famille et mes ami·es, pour votre soutien indéfectible, dans les hauts et dans les bas.

Liste des abréviations

AME	Aide médicale d'Etat
AMM	Autorisation de mise sur le marché
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CAES	Centre d'accueil et d'examen des situations
CCAS	Centre communal d'action sociale
CES	Centre d'écoute et de soins
CESAME	Centre de santé mentale angevin
CHGR	Centre hospitalier Guillaume Régnier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CMA	Conditions matérielles d'accueil
CMLG	Centre médical Louis Guilloux
CMP	Centre médico-psychologique
CNDA	Cour nationale des droits d'asile
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CN2R	Centre national de ressources et de résilience
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CPAR	Centre de préparation au retour
CPH	Centre d'hébergement provisoire
CSS	Complémentaire santé solidaire
DCI	Dénomination commune internationale
DIASM	Dispositif d'appui en santé mentale
DIM	Direction d'information médicale
DGOS	Direction générale de l'office de soins
DSM-V	<i>Diagnostic and statistical manual disorders</i> - 5 ^{ème} édition
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
HAS	Haute autorité de santé
HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRSN	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et noradrénaline
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
MSF	Médecins sans frontières
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRAHDA	Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile
PUMA	Protection universelle maladie
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SRS	Schéma régional de santé
TSPT	Trouble de stress post traumatique
UPAO	Unité psychiatrique d'accueil et d'orientation
UPSY	Unité psychiatrique des urgences

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODE

- 1. Caractéristiques de l'étude**
- 2. Population**
- 3. Déroulé de l'étude**
- 4. Données recueillies**
 - 4.1. Données socio-démographiques
 - 4.1.1. Interprétariat
 - 4.1.2. Situation administrative
 - 4.1.3. Situation familiale
 - 4.1.4. Types hébergement
 - 4.1.5. Assurance maladie
 - 4.2. Données médicales
 - 4.2.1. Symptômes et troubles
 - 4.2.2. Motifs de recours
 - 4.2.3. Médicaments
 - 4.2.4. Orientations
- 5. Statistiques**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population**
 - 1.1. Description de la population sur le plan socio-démographique
 - 1.1.1. Sexe
 - 1.1.2. Âge
 - 1.1.3. Pays et région d'origine
 - 1.1.4. Temps de présence en France
 - 1.1.5. Nécessité d'interprétariat
 - 1.1.6. Situation administrative
 - 1.1.7. Situation familiale
 - 1.1.8. Type d'hébergement
 - 1.1.9. Assurance maladie
 - 1.2. Description de la population sur le plan médical
 - 1.2.1. Antécédents psychiatriques et traitement en cours
- 2. Troubles psychiques**
 - 2.1. Symptômes psychiques
 - 2.2. Troubles psychiques
 - 2.2.1. Prévalence
 - 2.2.2. Prévalence selon nationalité
 - 2.2.3. Prévalence selon antécédents
 - 2.2.4. Nature des troubles
- 3. Motifs de recours**

4. Prises en charge

- 4.1. Prescriptions médicamenteuses
- 4.2. Orientations vers le soin spécialisé
- 4.3. Prises en charge globales

DISCUSSION

1. Objectif principal

- 1.1. Prévalence des symptômes et troubles psychiques

2. Objectifs secondaires

- 2.1. Motifs de recours
- 2.2. Prises en charge

3. Forces et limites

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Dès 1995, le rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité, exclusion » conduit par A. Lazarus alertait sur une « souffrance qu'on ne peut plus cacher » (1). Trois ans après, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (2) prévoyait la prise en compte de la précarité dans le système de santé, par la mise en œuvre de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) et la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux publics. Depuis, les PRAPS associés au schéma régional de santé (SRS), organisent et adaptent la réponse aux besoins de santé spécifiques des populations en situation de précarité, notamment en santé mentale. Dans cette perspective, en 2005, le fonctionnement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) a été cadré par une circulaire interministérielle (3). Ces équipes proposent des soins s'inscrivant dans une démarche d'« aller-vers ». Elles mènent des consultations dans les lieux de vie des personnes ou des structures sociales. Les EMPP correspondent à un dispositif « spécifique », accompagnant un public aux besoins spécifiques, intersectoriel¹, situé à l'interface du dispositif de soins de « droit commun »² et du dispositif social.

Malgré ces nouvelles dispositions, les constats sociaux se sont aggravés. Selon le dernier rapport de la Fondation pour le logement des défavorisés (ex-Fondation Abbé Pierre) (4), entre la dernière enquête « sans domicile » de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2012 (5) et 2023, le nombre de personnes sans domicile a augmenté

¹ Sectorisation en psychiatrie : organisation territoriale des soins, divisée en secteurs géographiques, en fonction de l'adresse des patients.

² Accessible à tous, sans conditions particulières.

d'environ 130%. Le nombre de personnes sans domicile (sans abri et sans logement selon grille ETHOS (Annexe I)) était estimé à 330 000 dont 10% de personnes dormaient à la rue. Par ailleurs, la comparaison des études de l'INSEE de 2001 (6) et 2012 et des études ciblées plus récentes (7-9) permet de mettre en lumière des modifications des caractéristiques de la population sans domicile. On note une progression de l'âge moyen, une augmentation importante de la part des personnes étrangères, une baisse de la part des hommes isolés et une augmentation du nombre de femmes, de familles et de mineurs.

Et, le lien entre précarité et moins bonne santé est démontré statistiquement. Concernant la santé mentale, l'étude SAMENTA (10) réalisée en Île-de-France en 2009 auprès de personnes sans domicile, montrait qu'un tiers des personnes présentait un trouble psychiatrique sévère (troubles psychotiques, troubles anxieux et troubles de l'humeur). La comparaison avec la population générale, réalisée dans cette étude, montrait une prévalence de troubles psychotiques 10 fois plus élevée et de troubles non sévères de l'humeur 3 fois plus élevée dans la population sans domicile.

Parmi la population en situation de précarité, les exilés présentent également une prévalence élevée de troubles mentaux, mais dont la nature diffère. Dans l'étude du Comité pour la santé des exilés (COMEDE) (11), parmi les 16 095 personnes ayant effectué un bilan de santé dans le centre, 16,6% présentaient des troubles psychiques graves, dont 60% un syndrome de stress post-traumatique. Les psychoses ne représentaient que 2% des troubles mentaux repérés.

Face à ces constats socio-démographiques et épidémiologiques, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie en 2019 par la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) et a publié en

janvier 2024 des recommandations de bonnes pratiques « Grande précarité et troubles psychiques » (12). Une déclinaison de ces recommandations s'adressait aux médecins généralistes et équipes de soins primaires. Elle rappelait l'importance du repérage et de l'orientation dans un réseau structuré.

Au cœur du soin primaire des personnes précaires, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont des organisations hétérogènes. Par exemple, en matière de santé mentale, en France, en 2021, parmi les 438 PASS, seulement 44 étaient exclusivement psychiatriques et 49 avaient une activité psychologue dédiée (13).

A la PASS d'Angers, les consultations sont assurées par des médecins généralistes. Au cours des consultations³, ils prennent en charge les patients dans leur globalité et complexité, avec des problématiques de santé multiples. La santé physique et la santé mentale sont souvent intriquées. Le médecin généraliste joue donc un rôle pivot dans le repérage de la souffrance psychique exprimée par des plaintes somatiques. Les troubles physiques peuvent parfois servir de médiation à l'établissement d'une relation de confiance et l'accompagnement vers des soins psychiques. Le patient peut être adressé vers l'EMPP ou des services de « droit commun » : entre autres, l'unité psychiatrique des urgences (USPY) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), l'Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (UPAO) de l'hôpital psychiatrique (ou Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME)), les centres médico-psychologiques (CMP) et les services d'hospitalisation.

³ 1989 consultations pour l'année 2024

Pour mettre en perspective les recommandations de la HAS sur la « grande précarité et [les] troubles psychiques », nous proposons de décrire la situation épidémiologique et les pratiques médicales à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers. L'objectif principal est d'estimer la prévalence des symptômes et des troubles psychiques dans la population des patients consultant pour la première fois à la PASS. Cette prévalence pourra être comparée à celle de la population française et celle d'études s'intéressant à des populations ayant des caractéristiques socio-démographiques semblables. Les objectifs secondaires poursuivis sont de décrire la nature des motifs ayant conduit la première consultation à la PASS et de décrire les prises en charge (médicamenteuses et orientations vers le soin spécialisé) mises en œuvre par les médecins.

MÉTHODE

1. Caractéristiques de l'étude

Pour répondre à ces objectifs, ce travail a pris la forme d'une étude descriptive rétrospective monocentrique. Un avis favorable du comité d'éthique du CHU d'Angers a été obtenu en septembre 2024 (numéro de dossier : 2024-157). L'étude a été enregistrée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en juillet 2024 (numéro d'enregistrement : ar24-0071v0). Elle correspond à la méthodologie MR-004 : traitement des données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Il s'agit plus précisément d'une étude portant sur la réutilisation de données.

2. Population

La liste des patients ayant consulté à la PASS du 1^{er} janvier 2024 au 30 juin 2024 a été obtenue auprès de la Direction d'information médicale (DIM) du CHU d'Angers.

Les patients ayant eu seulement une consultation avec l'infirmière ou avec la psychologue ou la médecin légiste ont été exclus. Seuls les dossiers des patients vus en consultation par un médecin généraliste ou un interne en médecine générale ont été étudiés.

Ensuite, nous avons sélectionné les dossiers des primo-consultants en excluant les patients connus à la PASS. Les mineurs et les personnes non stabilisées à Angers ont également été exclus car le dépistage est moins cohérent en l'absence de perspective de suivi. Enfin, nous

avons exclu les patients pour lesquels le motif de consultation nécessitait une prise en charge urgente, ne laissant pas de place au dépistage et ceux pour lesquels l'observation était absente.

3. Déroulé de l'étude

Nous nous sommes intéressés aux informations consignées par les médecins généralistes et les internes en médecine générale lors du bilan des personnes consultant pour la première fois à la PASS du CHU d'Angers. Estimant qu'un dépistage de qualité peut nécessiter du temps et une réévaluation, la deuxième consultation a été étudiée à condition qu'elle soit intervenue dans un délai \leq à 3 mois.

Le recueil de données a donc été effectué dans la première, plus ou moins la deuxième, observation médicale, mais aussi, dans la (ou les) prescription(s) issue(s) de ces consultations et dans l'observation associée rédigée par l'assistante sociale. Toutes ces observations sont informatisées.

Le recueil a été réalisé sur les ordinateurs du service. Les données ont été pseudo-anonymisées par un numéro d'anonymisation. La table de correspondance a été conservée distinctement dans un dossier sécurisé.

Les données ont été consignées dans un tableur Excel. Le traitement des statistiques a été réalisé avec ce même logiciel.

4. Données recueillies

4.1. Données socio-démographiques

Les données socio-démographiques recueillies étaient le sexe, l'âge, le pays et la région d'origine, le temps de présence en France, la nécessité ou non d'interprétariat, la situation administrative, la situation familiale, le type d'hébergement, et enfin, le type de couverture maladie.

4.1.1. Interprétariat

Pour les patients allophones, les consultations à la PASS d'Angers sont médiées par un interprète en présentiel ou par ISM interprétariat, un système d'interprétariat professionnel par téléphone. Il couvre 185 langues, et est disponible 24h/24 7j/7. L'utilisation de l'interprétariat répond aux exigences de bonnes pratiques de la HAS (14).

4.1.2. Situation administrative

Les différents statuts administratifs sont : « demandeur d'asile », « titre de séjour », « sans titre de séjour », « visa », « français », « étudiant étranger » et « européen actif », « européen inactif ».

Un demandeur d'asile est une personne qui a déposé une demande auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) pour obtenir le statut de réfugié, en raison de craintes fondées de persécution dans son pays d'origine. Tant que sa demande n'a pas été

rejetée ou acceptée, il bénéficie d'une protection juridique et matérielle, lui permettant de rester sur le territoire français en attendant la décision des autorités. Cette protection temporaire inclut un accès aux Conditions Matérielles d'Accueil (CMA), qui doivent couvrir ses besoins essentiels comme le logement et la nourriture.

Si la demande d'asile est acceptée, le demandeur obtient le statut de réfugié ou une protection subsidiaire, associés respectivement à des titres de séjour de 10 ans et 4 ans. Dans notre étude, les réfugiés sont donc dans la catégorie « titre de séjour ».

Si la demande d'asile est rejetée, la personne est « déboutée ». Elle peut faire appel auprès de la Cour Nationale du Droit d'Asile (CNDA). Pendant la durée du recours, le requérant dispose d'un récépissé attestant de sa régularité au séjour. Dans notre étude, ces personnes en attente de la décision de la CNDA sont « demandeurs d'asiles ». Toutefois, si les démarches aboutissent à un refus définitif, la personne sera « sans titre de séjour ».

Les motifs de délivrance d'un titre de séjour peuvent inclure des raisons professionnelles (par ex. titre de séjour *salarié* ou *travailleur temporaire*), des raisons familiales (par ex. titre de séjour *vie privée et familiale*), des raisons d'études (par ex. titre de séjour *étudiant étranger*), ou des motifs humanitaires (par ex. titre de séjour *pour raisons de santé* ou titre de séjour *réfugié*). La durée du titre de séjour peut être de 1 an, 2 ans, 4 ans ou 10 ans, selon le motif, et peut être renouvelée sous conditions. Dans notre étude, nous avons attribué la valeur « titre de séjour » aux personnes avec un titre de séjour à l'exception des « étudiants étrangers ».

Le droit au séjour pour les européens est différent. Les ressortissants des pays membres de l'Union Européenne (UE) ont le droit de séjourner en France sans avoir besoin d'un titre de séjour, grâce à la liberté de circulation des personnes au sein de l'UE. Néanmoins, pour s'établir durablement ils doivent prouver qu'ils disposent de ressources suffisantes (emploi, économies, ou autre moyen de subsistance). En pratique, cette condition est souvent remplie par un travail salarié. Il en découle deux catégories distinctes dans notre étude : les « européens actifs » et les « européens inactifs ».

Enfin, un « visa » est une autorisation d'entrée sur le territoire délivrée pour diverses raisons (tourisme, études, etc.), pour une durée définie et souvent courte. En général, cette situation administrative ne permet pas de prise en charge à la PASS, mais il est possible exceptionnellement, après une évaluation sociale, que le patient soit reçu en consultation.

4.1.3. Situation familiale

Pour la description de la situation familiale, seuls les proches présents en France sont pris en compte.

4.1.4. Types hébergement

Les différents types d'hébergement rapportés dans notre étude sont : « rue / halte de nuit », « squat / bidonville / caravane », « famille / entourage », « organisme / association », « hôtel financement par organisme », « hôtel autofinancement » et « autre ». Ces valeurs

correspondent aux réponses possibles d'un item présent dans les questionnaires médicaux et sociaux de la PASS.

L'hébergement par la (l') « famille / entourage » correspond à des hébergements par des compatriotes, des proches, ou des citoyens volontaires (notamment via le réseau de solidarité SOS Migrants).

L'hébergement par un(e) « organisme / association » correspond principalement au dispositif d'hébergement dédié aux personnes demandeuses d'asile et réfugiées, qui comprend les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), les centres d'accueil et d'examen des situations (CAES), les centres d'hébergement provisoire (CPH), les hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA), le programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRAHDA) et les centres de préparation au retour (CPAR). La valeur « organisme / association » inclut également les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les pensions de famille et les hébergements mis à disposition par les associations telles que Solidarités Femmes, le Refuge ou Le Mouvement du Nid.

L'« hôtel financement par un organisme » correspond aux hébergements à l'hôtel financés par le département, pour les femmes enceintes ou parents isolés d'enfant(s) de moins de 3 ans ou, à des mises à l'abri temporaires par le Service intégré d'accueil et d'orientation de Maine-et-Loire (SIAO 49).

Le volet « urgence » du SIAO coordonne, par la plateforme téléphonique du 115, l'attribution des places d'hébergement d'urgence (halte de nuit, accueils ruraux et péri-urbains, etc.). A Angers, la halte de nuit dispose de 61 places (40 pour les familles, couples et femmes seules et 20 hommes seuls). Les places sont réservées du mardi soir au vendredi

matin ou du vendredi soir au mardi matin. La saturation de la halte de nuit occasionne fréquemment une alternance de nuits à la « rue » et à la « halte de nuit ». Ainsi, les patients concernés sont inclus dans une même catégorie dans notre étude.

L'« hôtel en auto-financement » correspond à une situation rare, souvent temporaire où la personne paye elle-même le coût de nuits d'hôtel.

La catégorie « autre » correspond aux situations non définies précédemment, notamment le « logement personnel ». Ce dernier peut être, entre autres, la location d'une chambre ou d'un logement, social ou non.

Sauf « autre », tous ces types d'hébergement correspondent à la définition de « sans logement personnel » utilisée dans l'étude SAMENTA (10).

4.1.5. Assurance maladie

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) a pour mission de prendre en soin les personnes en situation de précarité et a pour spécificité de pouvoir proposer des soins gratuits aux personnes sans assurance maladie ou avec une assurance maladie incomplète.

Pour une personne en situation régulière, trois situations peuvent se présenter : elle n'a « aucune » assurance maladie, elle a seulement une « base » correspondant à la Protection Universelle Maladie (PUMA) ou elle a « une base et une complémentaire ».

Le type de complémentaire diffère selon les revenus de la personne. Si la personne n'a pas de revenu elle peut bénéficier de la complémentaire santé solidaire (CSS) sans participation financière, si elle a de faibles revenus elle pourra avoir la CSS avec participation financière et si elle travaille, en général, elle bénéficie d'une mutuelle privée.

Une quatrième situation existe et concerne les personnes en situation irrégulière. Elles peuvent prétendre à l'Aide médicale d'Etat (AME) après trois mois de présence en France.

Ce délai de 3 mois pour obtenir l'AME, s'applique aussi pour obtenir la PUMA. Avant ce délai, les personnes ne peuvent pas avoir d'assurance maladie et sont obligées, en dehors des situations urgentes, de consulter dans une PASS pour obtenir des soins gratuits.

En cas de « soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la santé de la personne ou de l'enfant à naître », le dispositif de soins urgents et vitaux permet une prise en charge, quel que soit le temps de présence sur le territoire français. C'est une modalité de financement parallèle à celle de la PASS. Cette situation ne concerne pas notre échantillon.

4.2. Données médicales

Les données médicales recueillies concernaient la présence et la nature des éventuels antécédents psychiatriques, la présence et les classes thérapeutiques d'éventuels psychotropes en cours, le motif de recours, la présence ou non de symptômes psychiques, le diagnostic psychique posé par le médecin et le type de prise en charge (nature du traitement prescrit et de l'orientation en soins spécialisés) dans les cas échéants.

4.2.1. Symptômes et troubles

Le recueil des symptômes psychiques a été effectué selon une variable qualitative à trois valeurs « présence », « absence » ou « non précisé ».

La valeur « non précisé » fait référence aux observations ne comportant aucune mention de l'état psychique du patient. Elle représente les données manquantes de l'échantillon.

La nature des antécédents psychiatriques et des diagnostics de troubles psychiques fait appel aux mêmes valeurs : « trouble dépressif », « trouble anxieux », « trouble de stress post-traumatique » (TSPT), « TSPT complexe », « trouble bipolaire », « trouble psychotique », « troubles du sommeil » et, « symptômes sans diagnostic précisé » ou « non précisé ».

La classification et les définitions de ces troubles correspondent à celles définies dans la 5^{ème} et dernière version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) et dans la 11^{ème} version et dernière version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11).

Nous choisissons de ne rappeler que les définitions du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et du trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe).

Le trouble de stress post-traumatique est défini dans le DSM-V (309.81) et dans la CIM-11 (6B40). Selon cette classification internationale des maladies, il « peut se développer après une exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants. Il se caractérise par tous les éléments suivants : 1) revivre l'événement ou les événements traumatiques dans le présent sous la forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars intrusifs saisissants. Cela peut survenir via une ou plusieurs modalités sensorielles et s'accompagne généralement d'émotions bouleversantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de sensations physiques intenses ; 2) l'évitement de pensées et souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement d'activités, de situations ou de personnes rappelant l'événement ou les événements ; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, visible par exemple sous la forme d'une hypervigilance ou d'une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. »

Le trouble de stress post traumatique complexe décrit un « trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants). Tous

les critères de diagnostic du TSPT sont satisfaits. En outre, le TSPT complexe se caractérise de façon sévère et persistante par 1) des problèmes de régulation de l'affect ; 2) l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et 3) des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. ».

Dans notre travail, les diagnostics de « troubles du sommeil » et « symptômes sans diagnostic précisé » ont été exclus du calcul de prévalence des troubles psychiques. Dans la CIM-11, les « troubles du cycle veille-sommeil » sont une catégorie distincte des « troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux ». De plus, dans la littérature, ils sont rarement pris en compte dans le calcul de prévalence.

4.2.2. Motifs de recours

La variable « motif de recours » était binaire : « psychique » ou « somatique ». Les motifs « somatiques » font référence à des symptômes ou signes mis en lien par le patient avec une cause organique et à des reprises de suivi de pathologies chroniques (par ex. hypertension artérielle, diabète, cancer, etc...). Les symptômes « psychiques » font référence à des symptômes ou signes mis en lien par le patient avec une cause psychique. Nous avons choisi, dans notre étude, de classer les plaintes liées au sommeil dans les motifs de recours « psychiques ».

4.2.3. Médicaments

Les classes thérapeutiques répertoriées dans l'étude sont : « antidépresseur », « anxiolytique », « hypnotique », « neuroleptique ou antipsychotique » et « thymorégulateur ».

Nous incluons dans « anxiolytique » les benzodiazépines et les antihistaminiques H1 sédatifs, quel que soit leur usage et dans « hypnotique » le zopiclone et le zolpidem. Les autres catégories font référence à des classifications pharmacologiques ne prêtant pas à interprétation.

Pour préciser la molécule utilisée, nous avons utilisé la dénomination commune internationale (DCI).

Ces dénominations ont été utilisées à la fois pour décrire les médicaments en cours lors de la première consultation et pour décrire les médicaments prescrits pour la prise en charge.

Pour les traitements en cours, nous avons recueilli la préexistence de l'ordonnance dans l'observation rédigée par le médecin.

Pour les prises en charge médicamenteuses, nous avons tenu compte des ordonnances associées à la première ou deuxième consultation, retrouvées dans le dossier informatique.

4.2.4. Orientations

Pour décrire les orientations en soins spécialisés, nous avons premièrement recueilli la « présence », l'« absence » ou le « refus par le patient » d'orientation.

Ensuite, les types d'orientation possibles étaient : « EMPP », « CMP », « UPSY », « UPAO », « psychologue autre », « hospitalisation » et « non précisé ».

A Angers, l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) porte le nom de Dispositif d'appui en santé mentale (DiASM). Son équipe est composée d'une coordinatrice fonctionnelle, d'une secrétaire, d'une psychiatre, de psychologues et d'infirmières. Les professionnelles tiennent des permanences auprès des partenaires : entre autres, le Centre communal d'action sociale (CCAS) d'Angers, les Maisons Départementales des Solidarités, la Mission Locale Angevine, l'Abri de la Providence, mais aussi, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU.

Les centre médico-psychologiques (CMP) sont les lieux de soins ambulatoires, rattachés à l'hôpital psychiatrique public (ou Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME)), chargés d'un secteur géographique déterminé⁴. Ils proposent des consultations médico-psychologiques et sociales aux personnes en difficulté psychique. Contrairement à une consultation chez un praticien libéral, les consultations en CMP sont gratuites. Toutefois, les traitements prescrits justifient l'obtention d'une couverture maladie.

⁴ Principe de sectorisation

L'unité psychiatrique des urgences (USPY) du CHU et l'Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (UPAO) du CESASME sont des services prenant en charge les troubles psychiques aigus ou les décompensations aiguës de troubles chroniques occasionnant une urgence réelle ou ressentie.

Les « psychologue autre », sont des professionnelles rattachées à des structures associatives (France Horizon, Solidarités Femmes, Abri de la Providence, etc.) ou sociales (Point d'accueil Santé Solidarité du Centre communal d'action sociale d'Angers) qui proposent un suivi gratuit.

Les orientations « proposées mais refusées par le patient » dénombrées correspondent aux refus mentionnés dans les observations.

5. Statistiques

Toutes les variables de l'étude sont des variables qualitatives, décrites par des effectifs absolus et des effectifs relatifs (en pourcentage).

Nous avons également décidé de ne pas réaliser de tests statistiques pour éviter de conclure de manière erronée. En effet, la taille de notre échantillon étant modeste, le risque de faux positifs liés aux fluctuations aléatoires est important. Par ailleurs, 90 données sur 218 sont manquantes, ce qui diminue la puissance de notre étude et risquerait d'induire des faux négatifs.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Entre le 1^{er} janvier 2024 et le 30 juin 2024, 475 patients ont consulté un médecin à la PASS d'Angers, et étaient donc éligibles pour cette étude. 257 ont été exclus : 100 car il ne s'agissait pas de leur première consultation à la PASS, 71 car ils étaient mineurs, 57 car le motif de la consultation était un motif urgent et 29 car ils n'étaient pas stabilisés à Angers. Un seul patient a été exclu à cause de l'absence d'observation. (Figure 1)

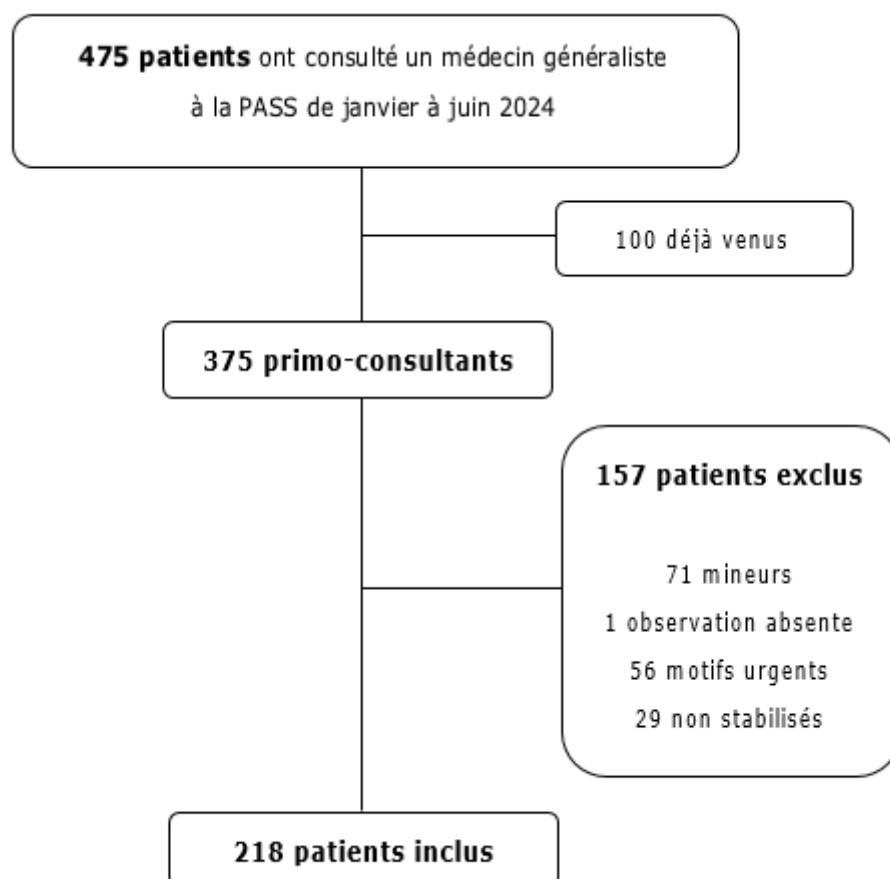


Figure 1 : Diagramme de flux

1.1. Description de la population sur le plan socio-démographique

1.1.1. Sexe

La population étudiée comprenait 133 hommes (61%) et 85 femmes (39%).

1.1.2. Âge

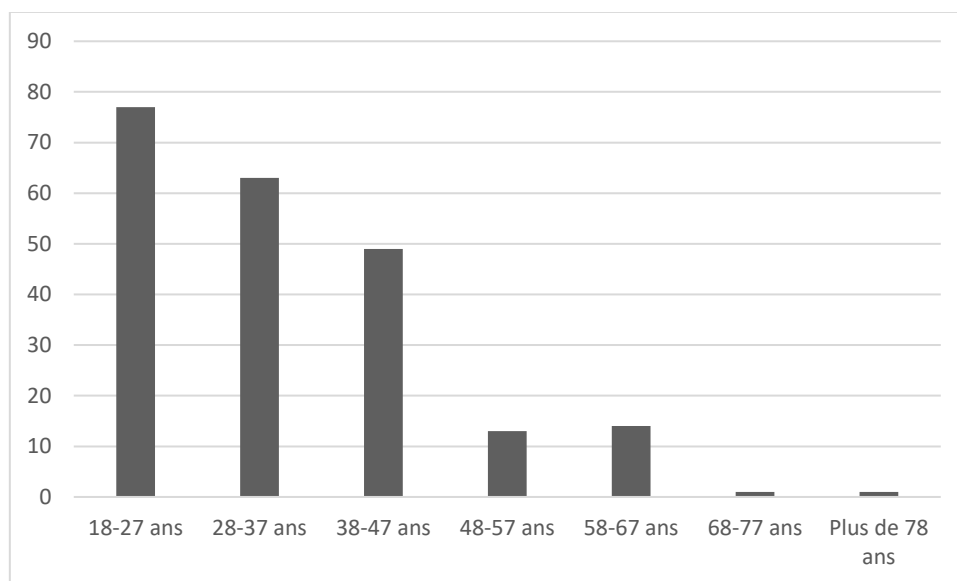


Figure 2 : Effectifs par catégorie d'âge

La catégorie d'âge la plus représentée était celle des 18-27 ans. Ensuite, les effectifs selon l'âge étaient décroissants. Seules deux personnes avaient plus de 68 ans. Le patient le plus âgé avait 84 ans.

1.1.3. Pays et région d'origine

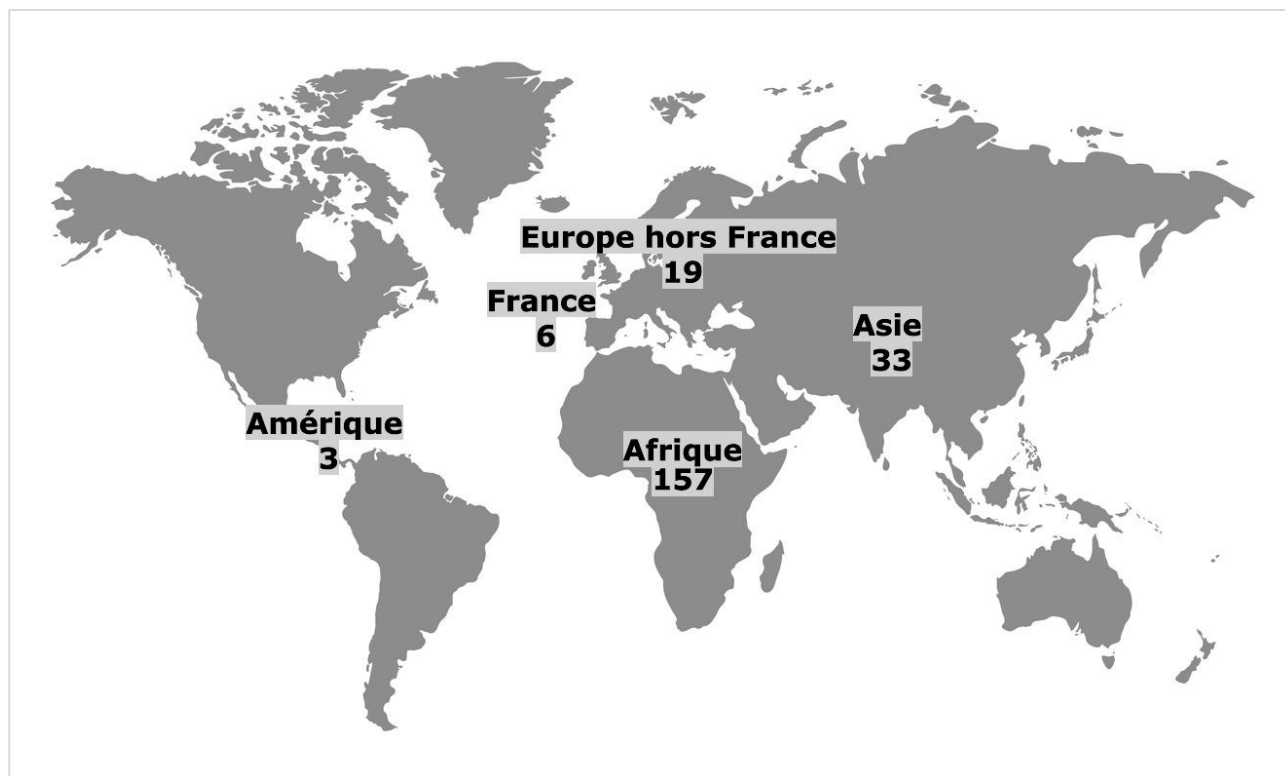


Figure 3 : Effectifs par continent d'origine

Les 218 patients inclus dans cette étude étaient de 50 nationalités et 4 continents différents.

97% (n=212) de l'échantillon étaient des personnes de nationalité étrangère.

La majorité (n=157) étaient originaires d'un pays d'Afrique. Les quatre origines les plus représentées étaient africaines : la Guinée (n=35), le Soudan (n=13), la Tunisie (n=12) et le Tchad (n=11).

Les Afghans (n=5) et les Géorgiens (n=5) constituaient les effectifs les plus importants d'Asie. Parmi les patients européens, les Roumains (n=10) étaient les plus nombreux et les Français sont au nombre de 6.

Les trois patients originaires d'Amérique étaient Équatorien, Colombien et Haïtien.

Tableau I : Effectifs par pays d'origine

Pays d'origine	Effectif	
Guinée	35	16%
Soudan	13	6%
Tunisie	12	6%
Tchad	11	5%
RDC	10	5%
Roumanie	10	5%
Somalie	10	5%
Cameroun	9	4%
Congo	7	3%
Côte d'Ivoire	6	3%
France	6	3%

Dans le tableau ci-dessus sont précisés les effectifs des pays d'origine strictement supérieurs à 5 personnes, par ordre décroissant.

1.1.4. Temps de présence en France

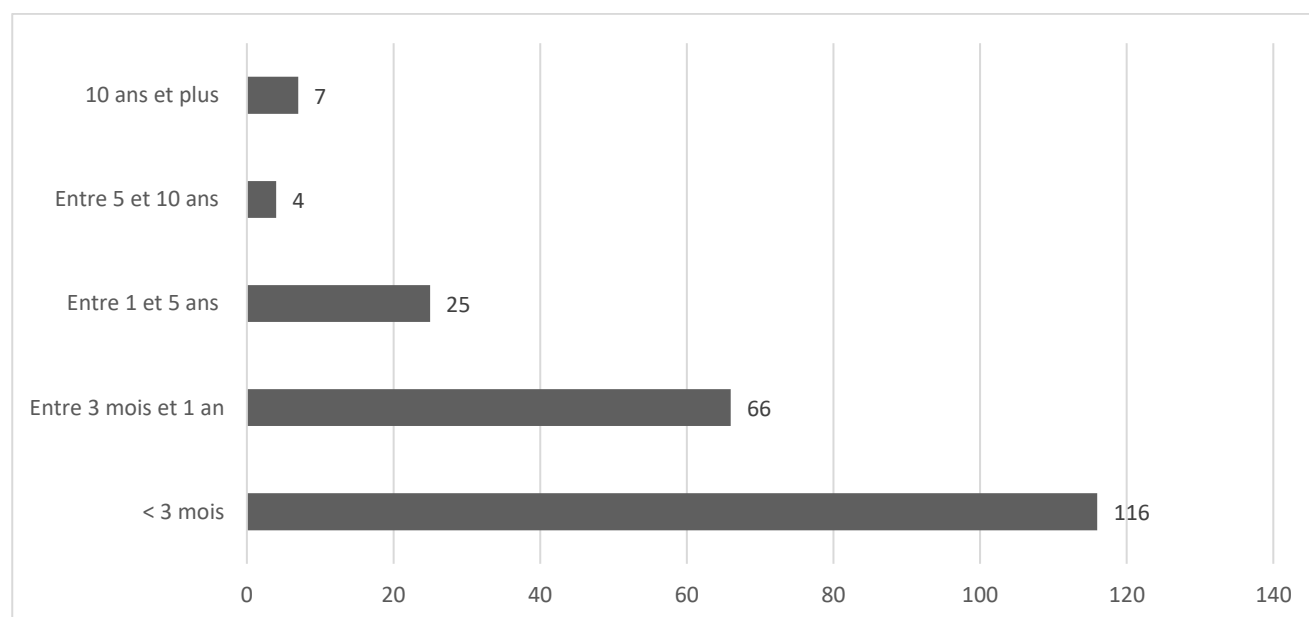


Figure 4 : Effectifs par temps de présence en France

Parmi les patients ayant consulté à la PASS d'Angers pour la première fois entre janvier et juin 2024, 53% (n=116) étaient en France depuis moins de 3 mois et 47% (n=102) avaient dépassé ce délai permettant l'accès aux droits à l'Assurance Maladie.

1.1.5. Nécessité d'interprétariat

Quarante pour cent (n=88) des patients étaient reçus en consultation avec l'aide d'un interprète. L'interprétariat a le plus souvent été utilisé en arabe soudanais (n=12), roumain (n=10) et somali (n=10). Ces langues correspondaient aux pays d'origine allophones les plus représentés dans l'échantillon étudié. Le français est parlé par les patients originaires de Guinée, Tunisie, Tchad et République du Congo.

1.1.6. Situation administrative

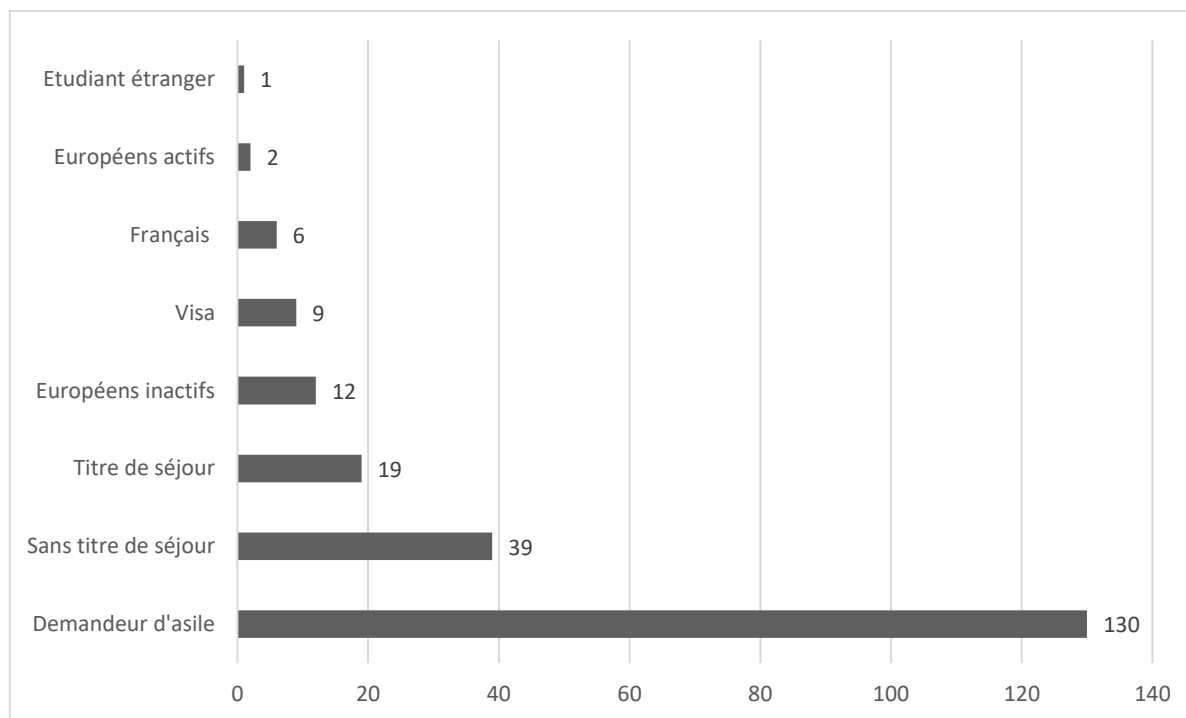


Figure 5 : Effectifs par situation administrative

Les demandeurs d'asile représentaient 60% de l'échantillon. Parmi eux, 34 nationalités (sur 50 dans l'étude) étaient représentées. Les Guinéens (n=28), Soudanais (n=10) et Somaliens (n=8) étaient majoritaires. Parmi les statutaires, les Ukrainiens (n=5) étaient les plus nombreux. Parmi les 39 personnes sans titre de séjour, 7 étaient tunisiennes. Ce qui correspond à la nationalité la plus représentée de ce groupe et aussi la situation principale des Tunisiens inclus dans cette étude.

1.1.7. Situation familiale

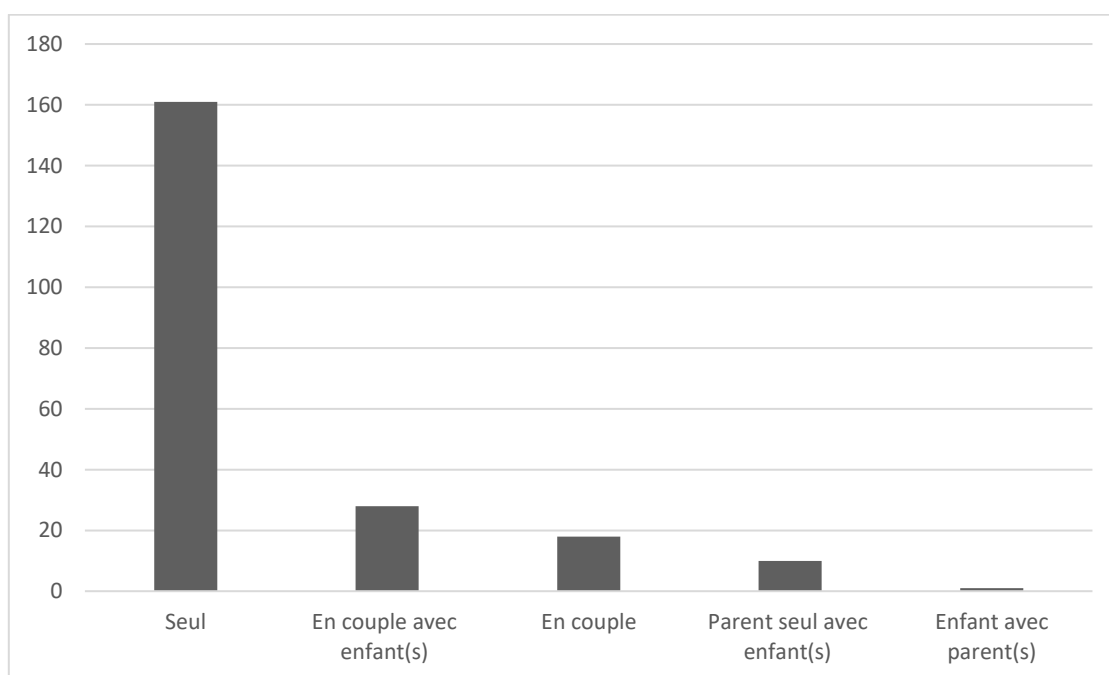


Figure 6 : Effectifs par situation familiale

Cent soixante et une personnes incluses (74%) étaient seules en France. Trente-huit personnes (17%) étaient des parents accompagnés de leur(s) enfant(s).

1.1.8. Type d'hébergement

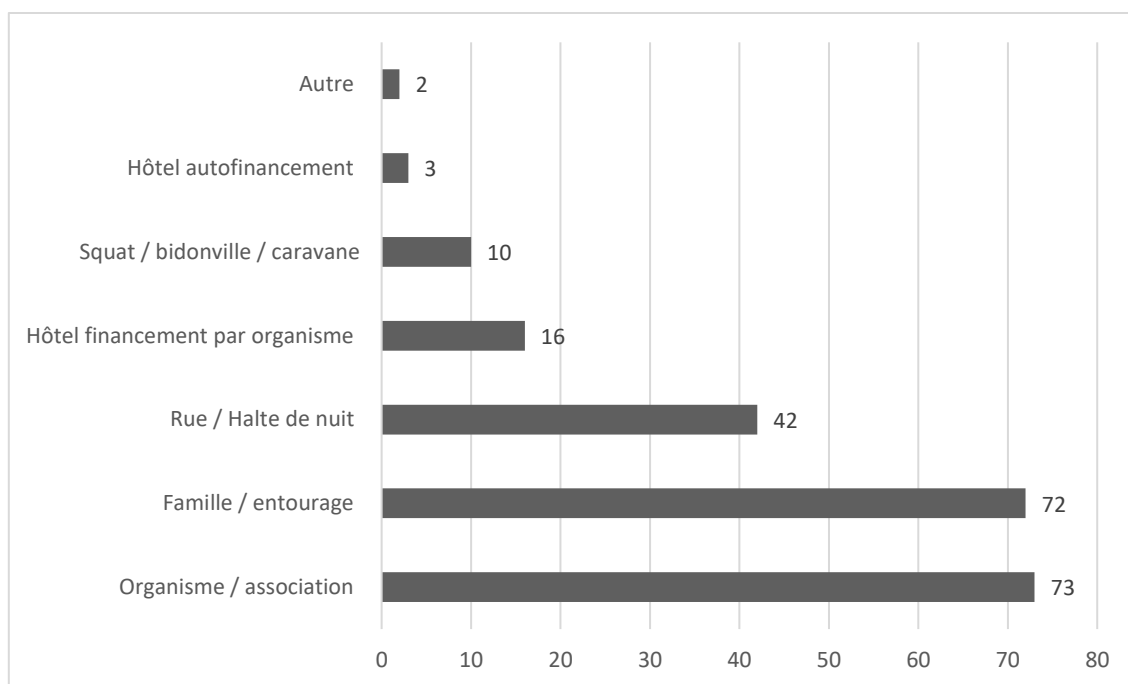


Figure 7 : Effectifs par type d'hébergement

Parmi les demandeurs d'asile de l'échantillon, 49% étaient hébergés par un(e) « organisme / association ». Les personnes « sans titre de séjour » étaient majoritairement (69%) hébergées par la (l') « famille / entourage ». Soixante et onze pour cent (n=10) des « européens », actifs ou inactifs, vivaient dans un(e) « squat / bidonville / caravane ».

Parmi les parents, seul ou en couple, d'enfant(s), 37% (n=14) étaient hébergés par un(e) « organisme / association », 34% (n=13) étaient hébergés par la (l') « famille / entourage » et 11% (n=4) vivaient en « squat / bidonville / caravane ».

Les types d'hébergement selon la situation administrative et la situation familiale sont détaillés dans les Annexes II et III.

1.1.9. Assurance maladie

191 personnes, soit 88% de l'échantillon, n'avaient aucune assurance maladie. Vingt-quatre personnes bénéficiaient d'une couverture de base, et 3 personnes d'une couverture complète avec une CSS.

1.2. Description de la population sur le plan médical

1.2.1. Antécédents psychiatriques et traitement en cours

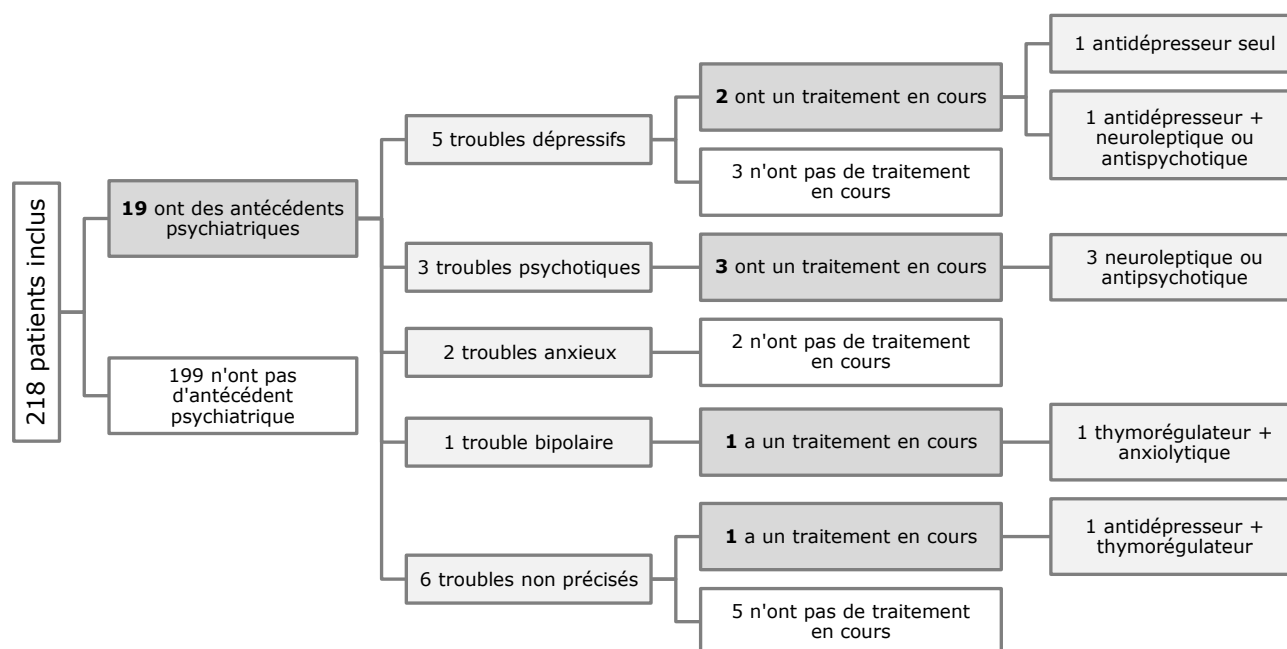


Figure 8 : Antécédents psychiatriques et traitements en cours

Dans l'échantillon de patients étudiés, 19 d'entre eux, soit 9%, ont évoqué des antécédents psychiatriques au médecin. La majorité avait souffert d'un trouble dépressif ou d'un trouble dont la nature n'a pas été précisée. Parmi ces patients, 7 avaient un traitement en cours lors de la première consultation à la PASS.

2. Troubles psychiques

2.1. Symptômes psychiques

Concernant les 218 patients inclus, les médecins ont rapporté la présence de symptômes psychiques pour 44% (n=95) d'entre eux et l'absence de symptômes psychiques pour 15% (n=33) d'entre eux. Pour 90 patients, soit 41% de l'échantillon, l'observation médicale ne comportait aucune mention concernant la santé mentale.

Dans l'échantillon complet (n=218), la prévalence des symptômes psychiques se situait donc entre 44% (aucun des « non précisé » n'a de symptôme) et 85% (tous les « non précisé » ont des symptômes).

Dans la population explicitement dépistée (n=128), la prévalence des symptômes psychiques était de 74% (n=95).

2.2. Troubles psychiques

2.2.1. Prévalence

Pour décrire la prévalence des troubles psychiques, les diagnostics de « trouble du sommeil » n'ont pas été retenus. Il y a également 18 patients pour lesquels le médecin a noté la présence de symptômes psychiques sans conclure à un diagnostic. Ces patients n'ont pas pris en compte dans le calcul de prévalence.

Le médecin a posé un diagnostic de trouble psychique pour 59 patients. Cet effectif correspondait à une prévalence comprise entre 27% (aucun des « non précisé » n'avait de trouble) et 68% (tous les « non précisé » avaient un trouble) dans l'échantillon total et 46% dans l'échantillon de patients explicitement dépistés.

2.2.2. Prévalence selon nationalité

Parmi les 6 français, ayant consulté à la PASS entre janvier et juin 2024, 83% (n=5) présentaient des symptômes psychiques.

Tableau II : Prévalences des symptômes selon nationalité (pays dont effectif total > 5)

Pays d'origine	Effectif	Prévalence
France	5	83%
Cameroun	6	67%
Guinée	18	51%
RDC	5	50%
Cote d'ivoire	3	50%
Congo	3	43%
Tchad	4	36%
Soudan	4	31%
Roumanie	3	30%
Somalie	3	30%
Tunisie	3	25%

2.2.3. Prévalence selon antécédents

Parmi les 19 patients ayant déclaré des antécédents psychiatriques, 17 avaient des symptômes lors de la première consultation à la PASS, 1 n'avait pas de symptôme et pour 1 patient il n'y avait pas de mention de sa santé mentale dans l'observation. Parmi les 95 patients pour

lesquels le médecin a relevé des symptômes psychiques, il y avait donc 78 personnes (82%) sans antécédents.

Parmi les 59 diagnostics de trouble psychique, 80% (n=47) ont été posés chez des personnes sans antécédent psychiatrique.

2.2.4. Nature des troubles

Tableau III : Natures des troubles psychiques

Troubles psychiques	Effectif	
Trouble de stress post traumatique	34	58%
Trouble dépressif	15	25%
Trouble anxieux	4	7%
Trouble psychotique	4	7%
Trouble bipolaire	1	2%
Trouble de stress post traumatique complexe	1	2%
Total	59	
Autres diagnostics		
Troubles du sommeil	18	
Symptômes sans diagnostic précisé	18	

Plus de la moitié (58%, n=34) des troubles psychiques diagnostiqués étaient des troubles de stress post-traumatique. Ce qui représente une prévalence sur l'échantillon complet de 16% et sur l'échantillon explicitement dépisté 27%.

Le deuxième trouble le plus fréquent était le trouble dépressif. Il concernait 15 patients de l'échantillon.

3. Motifs de recours

La première consultation était motivée pour 91% de patients (n=199) par un motif somatique, et pour 9% des patients (n=19) par un motif psychique.

Parmi les patients ayant des antécédents psychiatriques, cette tendance était moins marquée puisque 8 (42%) d'entre eux ont consulté pour un motif psychique et 11 (58%) pour un motif somatique.

Sur une période de 6 mois, à l'occasion de leur première consultation, seulement 19 patients sont venus pour un motif psychique. La nature des troubles diagnostiqués lors de ces consultations était variée.

Tableau IV : Natures des troubles révélés lors des consultations pour motif psychique

Nature du trouble	Effectif	
Trouble dépressif	7	37%
TSPT	4	21%
Trouble psychotique	3	16%
Symptômes sans diagnostic précisé	2	11%
Trouble anxieux	1	5%
Trouble bipolaire	1	5%
TSPT complexe	1	5%
Total	19	

Lors des consultations motivées par un motif psychique, le principal trouble psychique retrouvé était le trouble dépressif (n=7 soit 37%). Parmi les patients pour lesquels le médecin a posé un diagnostic de trouble dépressif, 47% (n=7/15) avaient consulté pour un motif psychique.

Parmi les consultations où le médecin a mis en évidence des symptômes psychiques, 80% (n=76) étaient motivées par un motif somatique et 20% (n=19) par un motif psychique.

4. Prises en charge

4.1. Prescriptions médicamenteuses

Soixante et onze pour cent des patients (n=67) pour lesquels le médecin a noté des symptômes psychiques ont bénéficié d'une prescription médicamenteuse.

Tableau V : Nombre de prescription par classe thérapeutique

Type de traitement	Nombre de prescription	
Anxiolytique	53	55%
Antidépresseur	36	38%
Neuroleptique ou antipsychotique	5	5%
Thymorégulateur	2	2%
Total	96	

Les deux classes thérapeutiques les plus prescrites à la PASS étaient les anxiolytiques et les antidépresseurs. Les molécules les plus prescrites étaient l'hydroxyzine et la paroxétine.

Tableau VI : Nombre de prescription par molécule

Molécule	Nombre de prescription	
Hydroxyzine	52	78%
Hydroxyzine seule	26	
Hydroxyzine + Paroxétine	25	
Hydroxyzine + Sertraline	1	
Paroxétine	32	48%
Paroxétine seule	7	
Paroxétine + Hydroxyzine	25	
Benzodiazépine	1	1%
Bromazépam + Valproate de sodium	1	
Hypnotiques	0	0%

Aucun patient n'a eu de prescription d'hypnotique. Un seul patient a eu une ordonnance de benzodiazépine, qui correspondait à un renouvellement de traitement en cours.

Parmi les 7 patients qui sont venus à la première consultation à la PASS avec un traitement psychiatrique en cours, 6 traitements de fond ont été reconduits à l'identique par le médecin de la PASS et un traitement antidépresseur a été arrêté lors de la consultation.

Tableau VII : Prises en charge médicamenteuses selon diagnostic

Troubles psychiques		Nb prescriptions	
Trouble de stress post traumatique		34	
Pas de prescription		2	6%
Prescription		32	94%
Antidépresseur + Anxiolytique		18	56%
Anxiolytique		13	41%
Antidépresseur		1	3%
Trouble dépressif		15	
Prescription		15	100%
Antidépresseur		6	40%
Antidépresseur + Anxiolytique		6	40%
Anxiolytique		1	7%
Antidépresseur + Neuroleptique ou Antipsychotique		1	7%
Antidépresseur + Thymorégulateur		1	7%
Trouble anxieux		4	
Pas de prescription		1	25%
Prescription		3	75%
Anxiolytique		2	67%
Antidépresseur + Anxiolytique		1	33%
Trouble psychotique		4	
Prescription		4	100%
Neuroleptique ou Antipsychotique		4	100%
Trouble bipolaire		1	
Prescription		1	100%
Thymorégulateur + Anxiolytique		1	100%
Trouble de stress post traumatique complexe		1	
Prescription		1	100%
Antidépresseur + Anxiolytique		1	100%
Autres diagnostics			
Troubles du sommeil		18	
Pas de prescription		8	44%
Prescription		10	56%
Anxiolytique		10	100%
Symptômes sans diagnostic précisé		18	
Pas de prescription		17	94%
Prescription		1	6%
Antidépresseur		1	100%
Total prescriptions		67	

4.2. Orientations vers le soin spécialisé

Parmi les 95 personnes présentant des symptômes psychiques, 49 (52%) ont été orientées vers des professionnels de la santé mentale.

Parmi les 59 personnes présentant un trouble psychique, 46 (78%) ont été orientées vers des professionnels de la santé mentale.

Tableau VIII : Types d'orientation

Type d'orientation	Nombre de patients	
	orientés	
EMPP	22	45%
CMP	15	31%
Psychologue autre	10	20%
EMPP + CMP	1	2%
Non précisé	1	2%
Total	49	

La majorité (47%, n=23) des patients présentant des symptômes psychiques ont été orientés vers l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), notamment vers les professionnelles qui consultent dans les locaux de la PASS.

Tableau IX : Orientations selon diagnostic

Troubles psychiques	Nb orientations	
Trouble de stress post traumatique	34	
Pas d'orientation	6	18%
Orientation	26	76%
EMPP	13	50%
Psychologue autre	7	27%
CMP	5	20%
Non précisé	1	4%
Proposée mais refusée	2	6%
Trouble dépressif	15	
Pas d'orientation	2	13%
Orientation	12	80%
EMPP	5	42%
CMP	4	33%
Psychologue autre	2	17%
EMPP + CMP	1	8%
Proposée mais refusée	1	7%
Trouble anxieux	4	
Pas d'orientation	2	50%
Orientation	2	50%
EMPP	2	100%
Trouble psychotique	4	
Orientation	4	100%
CMP	3	75%
EMPP	1	25%
Trouble bipolaire	1	
Orientation	1	100%
CMP	1	100%
Trouble de stress post traumatique complexe	1	
Orientation	1	100%
Psychologue autre	1	100%
Autres diagnostics		
Troubles du sommeil	18	100%
Pas d'orientation	18	100%
Symptômes sans diagnostic précisé	18	
Pas d'orientation	15	83%
Orientation	3	17%
CMP	2	67%
EMPP	1	33%
Total général	95	

4.3. Prises en charge globales

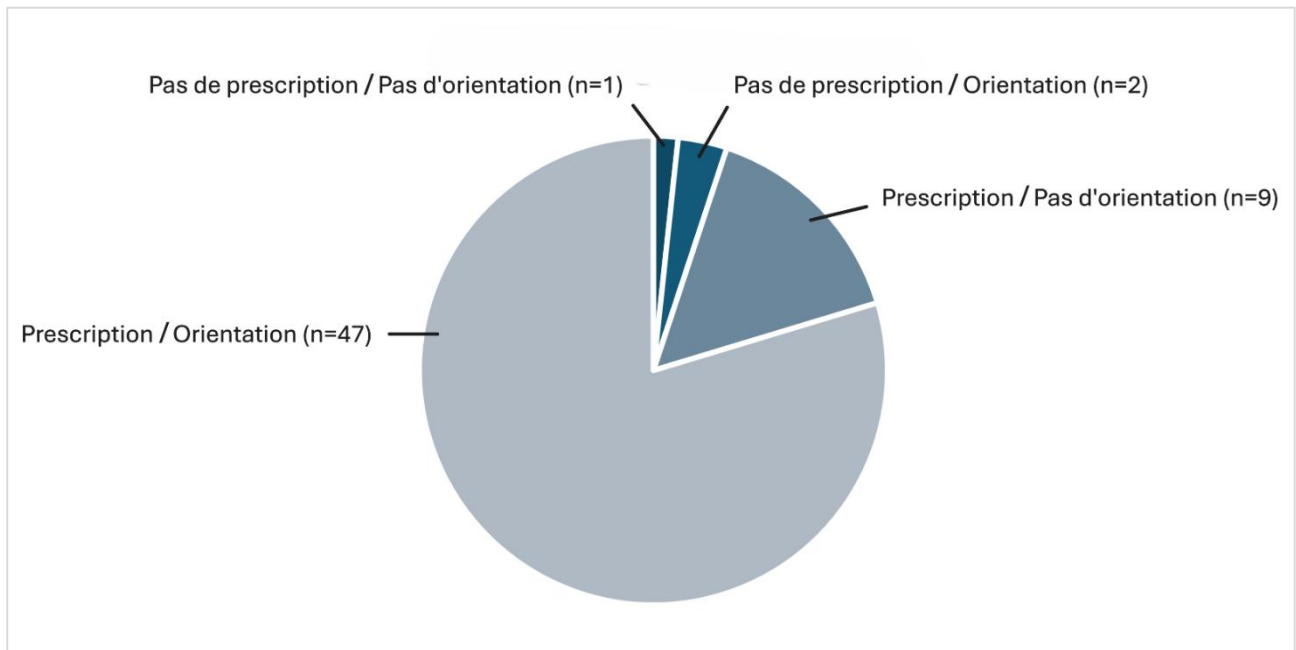


Figure 9 : Prescriptions et orientations des personnes avec des symptômes psychiques (n=95)

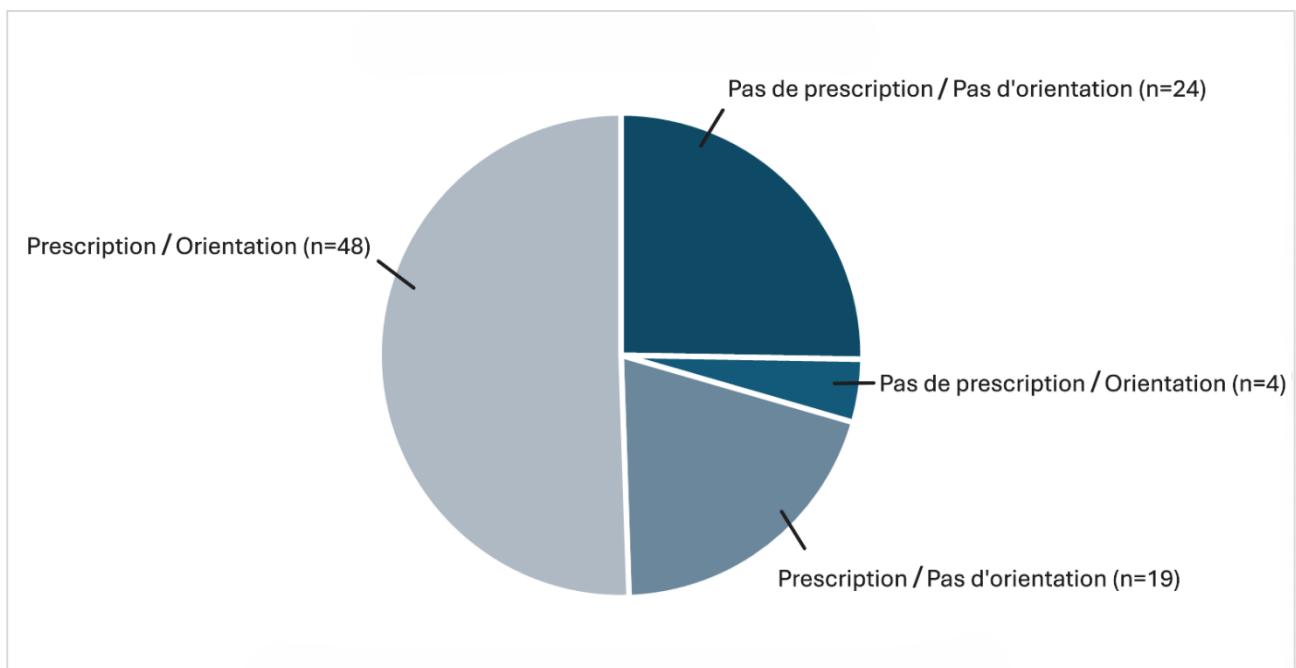


Figure 10 : Prescriptions et orientations des personnes avec un trouble psychique (n=59)

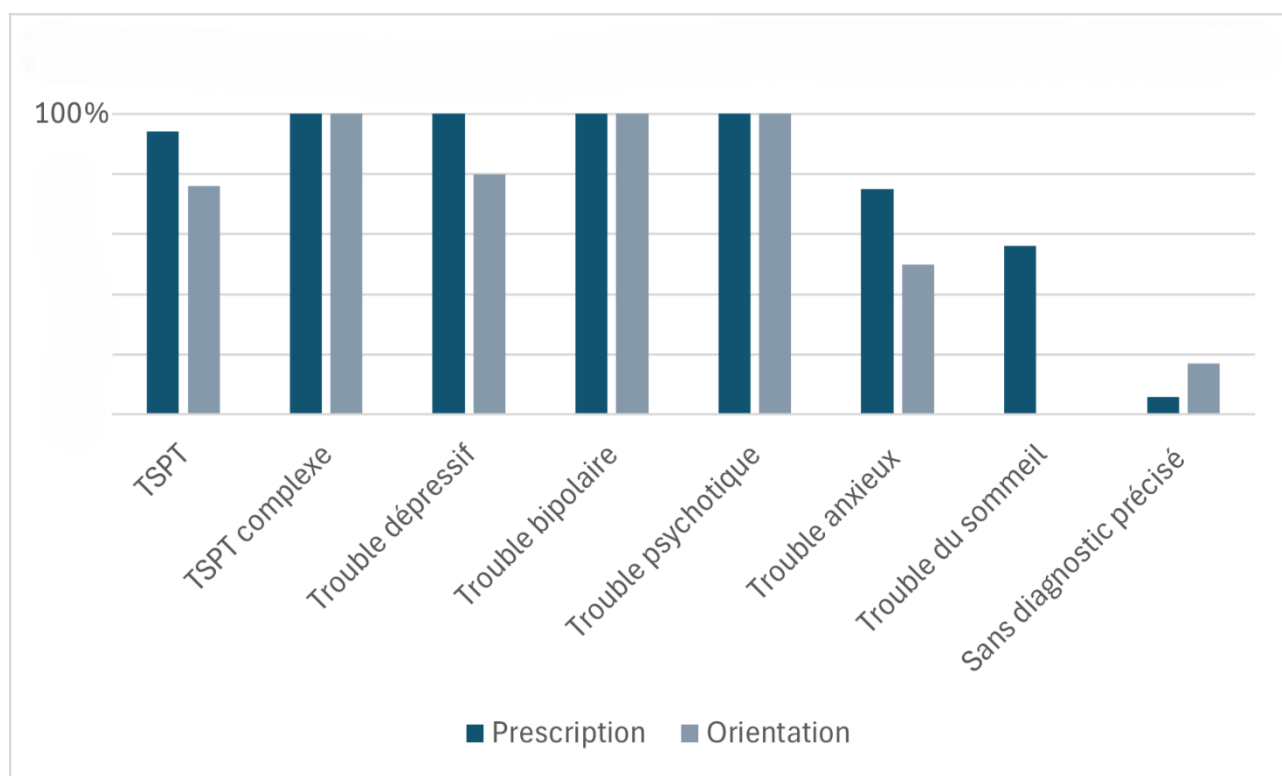


Figure 11 : Proportions de prescription et orientation selon les troubles

DISCUSSION

1. Objectif principal

1.1. Prévalence des symptômes et troubles psychiques

Notre étude a mis en évidence une prévalence non négligeable de symptômes (entre 44 et 85%) et de troubles (entre 27 et 68%) psychiques chez les primo-consultants à la PASS d'Angers. En comparaison, l'Agence Santé Publique France estime, sur la base de chiffres de l'OMS, que les troubles psychiques touchent près de 13 millions de Français, soit un cinquième de la population (15). Cette même agence mène depuis la pandémie Covid une enquête « CoviPrev » pour suivre l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement) et de la santé mentale, en population générale. Les résultats de la vague 37 de cette enquête (septembre 2023) montraient que 16% des Français déclaraient des signes d'un état dépressif et 23% des signes d'un état anxieux (16). Au regard de ces données, les patients de notre étude auraient plus de symptômes et troubles psychiques que la population française.

A l'échelle des soins primaires, l'OMS a mené une grande étude, publiée en 1995, sur 15 sites à travers le monde (17). Elle avait montré que 24% des patients contactant les services de santé généraux souffraient de troubles psychiques, et que 10% supplémentaires présentaient des symptômes psychiques. Plus récemment et en France, Notron et al. estimaient que 14,9% des patients consultant leur médecin généraliste remplissaient (d'après leurs réponses au questionnaire PHQ) les critères DSM-IV de trouble dépressif majeur ou de trouble anxieux, dont 66,3% détectés par le médecin (18). La prévalence des troubles psychiques par auto-questionnaire dans cette étude était inférieure à celle diagnostiquée par les médecins dans notre étude.

Ainsi, les patients primo-consultants à la PASS d'Angers semblent avoir une prévalence de troubles psychiques plus élevée que la population générale française et que des patients consultant en soins primaires.

Nous pouvons tenter d'expliquer cette sur-prévalence, en premier lieu, par l'origine des primo-consultants à la PASS : 97% étaient étrangers. Une étude menée, entre 2007 et 2016, auprès de 16 095 personnes exilées ayant effectué un bilan de santé au Comité de Santé des exilés (COMEDE) montrait une prévalence de troubles psychiques graves de 16,6% (11). La prévalence des troubles psychiques dans notre étude était plus élevée. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs. La répartition géographique des exilés sur le territoire français est inégale. Les pratiques de recours par les patients au service du COMEDE et à la PASS d'un CHU peuvent être différentes. Enfin, le calcul de la prévalence globale est influencé par l'inclusion ou non de certains troubles. Dans notre étude, nous avons inclus les troubles anxieux, dépressifs, bipolaires, psychotiques et trouble de stress post-traumatique (TSPT). Dans l'étude du COMEDE, seuls les syndromes psycho-traumatiques, trauma complexe, troubles anxieux et la dépression ont été inclus. La prévalence fluctue également en fonction des circonstances de recueil de la souffrance psychique. Dans le Centre d'Ecoute et de Soins (CES) de Médecins Sans Frontières (MSF) offrant des soins psychologiques aux personnes exilées, 54% des patients présentaient une souffrance considérée comme sévère ou très sévère (19). Dans une étude menée à Marseille (20) auprès de demandeurs d'asile récemment arrivés en France, la prévalence des troubles psychiques était estimée à 89%. Le recueil était réalisé pendant le processus d'enregistrement initial des demandeurs d'asile à l'aide d'un questionnaire (RHS-15). La prévalence des troubles psychiques varie selon les études. Il ressort néanmoins que les exilés sont particulièrement touchés par la souffrance psychique.

L'étude marseillaise montrait, par ailleurs, un surrisque pour les personnes d'origine d'Afrique de l'Ouest, que nous pouvons également supposer dans notre étude, et un surrisque pour les personnes dormant à la rue. Dans notre échantillon, 19% (n=42) des personnes vivaient à la rue et 99% (n=215) n'avaient pas de logement personnel. L'étude SAMENTA, menée en 2009 en Ile-de-France, auprès des personnes sans logement personnel, estimait que 31,5% d'entre elles présentaient au moins un trouble psychiatrique sévère (troubles psychotiques, troubles anxieux et troubles sévères de l'humeur) et 15,8% présentaient des troubles non sévères de l'humeur (essentiellement des dépressions légères à modérées), soit une prévalence globale de 47,3%. Cette estimation appartient à l'intervalle de prévalence calculé dans notre étude parmi les patients primo-consultants à la PASS (entre 27% et 68%) et laisse penser que les patients pour lesquels les données sont manquantes pouvaient souffrir de troubles psychiques. Les estimations parmi les sans-abris de l'Unité d'Hébergement d'Urgence (UHU) de la Madrague-ville à Marseille (21) et ceux présents dans le métro parisien (22) étaient un peu plus basses : respectivement 28,7% de problèmes psychiatriques relevés par le médecin et 28,7% de personnes se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé psychique. Ces prévalences se situent également dans l'intervalle calculé dans notre étude.

Il aurait également été intéressant de pouvoir comparer la prévalence des troubles psychiques en sous-groupes, notamment à l'instar de l'étude ENFAMS (23). Elle rapportait que 27,1% des mères sans-abri en région parisienne ont présenté des troubles dépressifs et 19,7% ont souffert de troubles de stress post-traumatique au cours des 12 derniers mois. Dans notre étude, ces calculs n'étaient pas pertinents à cause de la taille de ce sous-groupe (n=38) et du nombre de données manquantes (n=22).

Nos résultats ont mis en évidence une surreprésentation du trouble de stress post-traumatique (TSPT) : il atteignait 58% des troubles diagnostiqués à la PASS d'Angers. Cette prévalence est proche de celle estimée dans l'étude du COMEDE (60%) et est compatible avec les constats faits à la PASS du CHU de Bordeaux : 40% des patients orientés vers les professionnels en santé mentale avaient un diagnostic de TSPT et 83% avaient des symptômes « TSPT compatibles » (24). Cette prédominance de TSPT est déclinée dans la littérature pour des sous populations auxquelles les patients de la PASS appartiennent : la prévalence des TSPT atteint 16% parmi les personnes sans titre de séjour (25) et 27,38% parmi les sans domicile fixe (26). La prévalence de TSPT est beaucoup plus faible dans la population française (0,7%) (27), pour laquelle, le trouble psychique le plus fréquent est le trouble dépressif (12,5% des français de 18 à 85 ans (28)). La prédominance des troubles de stress post-traumatique parmi les exilés s'explique en partie par des événements pré-migration traumatiques et des facteurs post-migration. Les études (29,30) qui prennent en compte les facteurs post-migration indiquent qu'ils jouent un rôle important dans la modulation des expériences traumatiques pré-migration. Dans une méta-analyse de 56 études sur les exilés, Porter et Haslam (31) ont trouvé que de nombreuses conditions structurelles post-migration, telles que le logement en hébergement institutionnel et les opportunités économiques limitées, étaient associées à une plus mauvaise santé mentale, notamment à des TSPT plus graves.

La relation entre la santé mentale et les conditions sociales d'une personne fait l'objet de nombreuses recherches et discussions. Le rapport Lazarus a été déterminant dans la visibilisation du champ croisé de la psychiatrie et du social (1). J. Furtos et l'« Observatoire Santé mentale, Vulnérabilités et Sociétés » (Orspere-Samdarra), parlent d'une « clinique psycho-sociale » (32) comme d'un lieu d'indétermination entre ce qui serait en principe traité par la psychiatrie et ce qui est à prendre en charge par le social. Cette dénomination spécialisée

a été repérée ponctuellement dans les observations médicales à la PASS. N'appartenant pas aux référentiels nosographiques, nous ne l'avons pas incluse dans les natures de troubles de notre étude.

Pour les patients de la PASS, le diagnostic de TSPT complexe n'a été posé qu'une seule fois. Dans l'étude du COMEDE, la prévalence du TSPT complexe est de 8% et les auteurs ont estimé qu'elle pourrait être sous-estimée en raison du manque de maîtrise de la classification par les soignants. Ces constats laissent supposer que la prévalence du TSPT complexe a également été sous-estimée dans notre étude.

Par ailleurs, les médecins généralistes de notre étude concluaient toujours à la présence d'un seul trouble. Or, le TPST a souvent des comorbidités, notamment les troubles anxieux et les troubles dépressifs (33). Nous faisons l'hypothèse que les médecins non spécialistes identifient plus difficilement les comorbidités psychiatriques dans un contexte de soins primaires.

Les 90 patients pour lesquels nous ne disposons pas de données concernant leur santé mentale représentent un point d'incertitude dans l'étude. Pour pallier cette absence d'information, nous avons calculé des prévalences correspondant à des intervalles extrêmes : un minimum où aucun de ces patients ne présentaient de symptômes (ou de troubles) psychiques et un maximum où tous en présentaient. Ces deux scénarios masquent probablement une réalité plus nuancée.

Si l'on suppose que les « non précisé » correspondaient à l'absence de symptômes, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Le patient n'a peut-être pas évoqué de symptômes car il n'en ressentait pas. Si le médecin n'a observé aucun signe dans le comportement du patient ou dans leur échange, il est peu probable que ce dernier présentait un trouble modéré ou

sévère. Il est également possible que le médecin n'ait pas consigné l'absence de trouble, bien qu'il l'ait repérée.

En revanche, si les « non précisé » renvoyaient à des troubles non détectés, plusieurs hypothèses doivent être considérées. Il est possible que la consultation n'ait pas permis un dépistage, en raison du manque de temps ou d'une consultation déjà trop chargée. Dans ce cas, certains symptômes auraient pu passer inaperçus. Par ailleurs, le moment de la consultation pourrait ne pas avoir été propice pour le patient, qui aurait préféré ne pas évoquer ses symptômes, ou même les dissimuler, par honte ou crainte d'être jugé. Nous pouvons également supposer que les représentations sur la santé mentale, influencées par la culture, puissent faire obstacle à l'évocation de la souffrance (34,35). De même, l'expression des symptômes est dépendante de la langue maternelle et de ses références lexicales. Lorsque les patients sont allophones, un interprète participe à la consultation. Sa présence peut influencer le dépistage des symptômes (36). Pour conclure, l'empathie des médecins souvent confrontés à des récits traumatiques peut diminuer (37) et cela pourrait avoir pour conséquence de restreindre leurs pratiques de dépistage en santé mentale.

Il est ainsi difficile de présupposer l'état de santé psychique des patients pour lesquels les données sont manquantes. Cependant, même avec les précautions nous imposant de présenter la prévalence des troubles psychiques dans notre étude par un intervalle, nous avons mis en évidence une prévalence importante (entre 27 et 68%) de troubles psychiques chez les primo-consultants à la PASS d'Angers. Cette estimation est plus élevée que celle de la population française et celle des patients consultant en soins primaires. Nous avons également mis en exergue que le trouble de stress post-traumatique était le trouble psychique le plus fréquemment diagnostiqué (58%) à la PASS d'Angers. Cette prédominance du TSPT est confortée par la littérature sur les personnes exilées (97% de notre échantillon) et sur les

personnes sans logement personnel (99% de notre échantillon). Ces constats sont encourageants pour le dépistage des troubles psychiques lors des premières consultations à la PASS d'Angers. Néanmoins, au regard de la sur-prévalence parmi les patients concernés, il semble nécessaire de poursuivre activement le dépistage, voire de le systématiser.

2. Objectifs secondaires

2.1. Motifs de recours

Concernant les motifs de recours, la grande majorité (91%) des patients de l'échantillon a consulté à la PASS pour un motif somatique. Parmi ces consultations, 38% (n=76) ont mis en évidence des symptômes psychiques. Parmi les personnes qui avaient des symptômes psychiques, 80% ont consulté pour un motif somatique et 20% pour un motif psychique. Ces observations sont proches de celles faites dans le travail de thèse de A. Joannès à la PASS du CHU de Bordeaux (24). Il a constaté que pour 93% des patients un symptôme psychique a été relevé au cours de la consultation alors que seuls 33% avaient évoqué un symptôme psychique dans leur motif de consultation. Par ailleurs, deux tiers des patients orientés vers les professionnels de la santé mentale n'avaient pas, dans leur motif de consultation, de plainte psychique. Ces résultats mettent en évidence que la souffrance psychique des personnes consultant à la PASS est sous-estimée dans les motifs de consultation. Nous en extrayons deux hypothèses : les patients étudiés ne consultent que très peu pour leur santé mentale et/ou leur santé physique prend une place prédominante dans la perception qu'ils ont de leur santé globale. A Rennes, le Centre Médical Louis Guilloux (CMLG) reçoit cette même population exilée et précaire notamment pour des consultations de médecine générale, qui sont l'occasion d'un bilan primo-arrivant. Dans le cas échéant, le médecin du CMLG peut orienter le patient vers

l'équipe mobile psychiatrie et précarité (EMPP) du centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier (CHGR). Le travail de A. Gerbes (38) a étudié les patients du CMLG ayant bénéficié d'une évaluation en santé mentale par l'EMPP. Il montrait que près de deux tiers des patients suivis (61%) ont décrit au moins trois plaintes somatiques distinctes, dont les plus fréquentes étaient les troubles du sommeil (classés dans symptôme psychique dans notre étude), les douleurs diffuses et les céphalées. En effet, l'étroite relation entre TSPT et symptômes somatiques est étudiée dans de nombreuses études. En 1991, Davidson et al. (39) ont mis en évidence que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) était associé à une comorbidité psychiatrique accrue, des tentatives de suicide, une fréquence plus élevée d'asthme, d'hypertension et d'ulcère gastrique. Asmundson et al. (40), après avoir passé en revue la littérature, suggéraient qu'il existe des mécanismes liant étroitement TSPT et douleurs chroniques, les deux entités s'influençant négativement. Une méta-analyse plus récente conduite par Pacella et al. (41), a mis en évidence que le TSPT est associé à la fois à des syndromes somatiques "mal définis" ou "médicalement inexpliqués" (par ex. vertiges inexpliqués, acouphènes, vision floue), des troubles somatoformes et une santé physique moins bonne. Les études analysées dans cette méta-analyse ont mis en évidence une prépondérance de troubles cardiovasculaires, respiratoires, musculosquelettiques, neurologiques et gastro-intestinaux, du diabète, des douleurs chroniques, des troubles du sommeil et d'autres troubles médiés par le système immunitaire. Ces articles, et d'autres (42,43), nous rappellent l'indissociabilité des symptômes « somatiques » et « psychiques ». Dans ce sens, les constats de notre étude relus à la lumière de la littérature nous invitent à rechercher une souffrance psychique chez les patients présentant des symptômes « somatiques » et veiller à la santé physique des patients ayant un trouble psychique.

Dans notre étude, deux sous-groupes se distinguaient par la fréquence de l'évocation de symptômes psychiques dans le motif de consultation : les patients présentant un trouble dépressif (47% d'entre eux ont évoqué un motif psychique) et les patients ayant des antécédents psychiatriques (58% d'entre eux ont évoqué un motif psychique). Il pourrait être intéressant, dans une étude complémentaire, d'en vérifier la significativité et d'en comprendre les causes.

2.2. Prises en charge

Parmi les patients pour lesquels des symptômes psychiques ont été relevés par le médecin, 71% (n=67) ont bénéficié d'une prescription médicamenteuse. Ce taux est supérieur à celui estimé dans l'étude du Centre Médical Louis Guilloux (57%) (38). Nous pouvons tenter d'expliquer cette différence par la spécialité des prescripteurs. Au CMLG, les médecins généralistes orientent les patients présentant des symptômes psychiques pour une évaluation à l'EMPP composée d'infirmiers spécialisés en psychiatrie, de psychologues, d'un médecin psychiatre, et d'une coordinatrice sociale. Les prescriptions émanent donc d'un spécialiste. A la PASS du CHU d'Angers, le médecin généraliste est à l'origine de toutes les prescriptions de médicaments psychotropes. Il peut traiter de son propre chef des troubles dont il maîtrise la thérapeutique, ou prescrire les médicaments à la suite de l'évaluation par le psychiatre de l'EMPP. Ce fonctionnement est contraint par la nécessité que l'ordonnance émane d'un médecin du CHU pour obtenir une délivrance gratuite à la pharmacie du CHU, l'hôpital psychiatrique d'Angers (CESAME) ne bénéficiant pas d'une PASS PSY⁵. Le champ de prescription du médecin

⁵ Permanence d'Accès aux Soins de Santé au sein d'un hôpital psychiatrique public

généraliste à la PASS et plus large que celui du psychiatre de l'EMPP. Pour comparer notre taux de prescription à celui du CMLG, il ne faudrait inclure que les patients qui ont eu une prescription et qui ont été orientés vers le soin spécialisé (conditions cumulatives). Le pourcentage de prescription est alors de 51% (n=48/95), plus proche de celui estimé dans l'étude du CMLG.

Pour poursuivre l'objectif de décrire nos pratiques, nous avons étudié les classes thérapeutiques des médicaments prescrits et leurs indications. Dans notre étude, les médecins ont prescrit des médicaments pour 94% (n=32) des troubles de stress post-traumatiques. Cinquante-neuf pour cent (n=19) de ces traitements étaient des antidépresseurs et 41% (n=13) des anxiolytiques. Les dernières recommandations de la HAS concernant le TSPT datent de 2007 (44). Elles incluaient le TSPT dans les troubles anxieux graves. Le traitement médicamenteux y est recommandé dans les formes chroniques de plus d'un an. Ces recommandations de la HAS ne mentionnent pas l'utilisation d'anxiolytique. Seuls les antidépresseurs de type ISRS sont préconisés. En 2007, la paroxétine est la seule molécule ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication. Depuis, la sertraline a obtenu une AMM. De nouvelles recommandations de bonnes pratiques cliniques pour le repérage, le diagnostic et la prise en charge du psycho-traumatisme chez le bébé, l'enfant et l'adulte sont attendues (45). Elles seront élaborées en lien avec le centre national de ressources et de résilience (CN2R). Leur mémo sur la prise en charge du TSPT, à destination des médecins généralistes (46), confirme l'utilisation seule des antidépresseurs, en particulier la paroxétine et la sertraline. Au vu de ces recommandations, les médecins de la PASS semblent prescrire trop d'anxiolytiques pour les TSPT et devraient privilégier les antidépresseurs dans cette indication. Cette considération soulève la question du suivi d'un traitement instauré pour plusieurs mois dans une population amenée à se déplacer.

Pour les épisodes dépressifs modérés à sévères, la HAS recommande (47) également de prescrire en première intention un antidépresseur de type ISRS ou IRSN, ou de la classe des « autres antidépresseurs ». En parallèle, un traitement anxiolytique par benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié en début de traitement, pour une durée de 2 semaines, en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidantes. Dans notre étude, 93% (n=14) des patients souffrant d'un trouble dépressif ont bénéficié d'une prescription d'antidépresseurs, dont 43% (n=6) associés à des anxiolytiques. Un seul patient a eu des anxiolytiques sans antidépresseur. Pour deux patients, la prescription d'antidépresseur était associée à un thymorégulateur ou, un antipsychotique ou neuroleptique. Ces deux dernières situations correspondaient à des patients qui ont évoqué des antécédents psychiatriques et qui avaient ce même traitement déjà en cours à la première consultation à la PASS. Ces associations médicamenteuses inhabituelles pour des troubles dépressifs communs font douter du diagnostic reporté par le médecin et laissent penser que les traitements ont été initiés par un médecin spécialiste. Au total, les prescriptions pour les troubles dépressifs faites par les médecins de la PASS correspondaient aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Enfin, il est difficile d'analyser les pratiques de prescription pour les autres troubles (anxieux, psychotique, bipolaire et TSPT complexe), les effectifs étant faibles (n<5).

Parmi les patients souffrant d'insomnie, 56% (n=10) ont bénéficié d'une prescription d'anxiolytiques. Aucun des patients de l'échantillon n'a eu de prescription d'hypnotique (Zopiclone ou Zolpidem), contre 35% dans l'étude du CMLG. Concernant le traitement des troubles du sommeil, la HAS préconise (48), avant toute autre initiative, de s'assurer que quelques règles élémentaires d'hygiène du sommeil soient réunies. Or, les conditions de vie des patients de notre étude rendent difficile la mise en œuvre de ces règles. De plus, le sommeil peut être perturbé par des événements de vie. L'insomnie d'ajustement définit les troubles du

sommeil consécutifs à une situation stressante, à un changement passager d'horaire ou de lieu, voire à une situation nouvelle, un conflit interpersonnel, un abus passager de substance stimulante, licite ou illicite. Si besoin, dans ces situations, la HAS recommande l'utilisation soit un sédatif léger (phytothérapie), soit un hypnotique (doxylamine, benzodiazépines (BZD) ou apparentés (zopiclone et zolpidem)), et si la composante anxieuse est prépondérante, la prescription d'un anxiolytique. La phytothérapie et la doxylamine ne sont pas prescrites aux patients de la PASS car elles ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie et pas disponibles en délivrance gratuite à la pharmacie du CHU d'Angers. Les benzodiazépines et apparentés sont aussi peu prescrits par les médecins de la PASS. Nous pouvons supposer que ces derniers sont prudents vis-à-vis du risque de dépendance et d'accoutumance inhérents à ces thérapeutiques. Leur prescription est d'ailleurs recommandée pour la plus courte période possible. De plus, les benzodiazépines sont contre-indiquées dans le traitement du TSPT, particulièrement en phase aiguë. Nous pouvons supposer alors que les médecins limitent leur prescription parmi les patients de la PASS, dont au moins 16% souffrent d'un TSPT. La molécule anxiolytique la plus prescrite à la PASS d'Angers était l'hydroxyzine (78% des prescriptions). Elle n'appartient ni aux apparentés des BZD ni aux antihistaminiques H1 bénéficiant de l'indication « insomnie » chez l'adulte. Elle est indiquée pour des manifestations mineures de l'anxiété, le traitement symptomatique du prurit et la prémédication à l'anesthésie générale. Son utilisation prépondérante résulte donc probablement de l'adaptation des recommandations de bonnes pratiques de la HAS à la population spécifique consultant à la PASS.

Parmi les 59 patients présentant un trouble psychique, 78% (n=46) ont été orientés vers des professionnels de la santé mentale. Or, selon les recommandations de la HAS, ils auraient tous dû être orientés : la psychothérapie est indiquée pour les troubles dépressifs, troubles anxieux

et trouble de stress post traumatiques (44,47) et un avis psychiatrique est justifié lorsque le médecin généraliste suspecte un trouble bipolaire ou psychotique (49–51). A la PASS d'Angers, les patients non orientés souffraient de trouble de stress post-traumatique (n=6), trouble dépressif (n=2) et de trouble anxieux (n=2). Nous faisons l'hypothèse qu'il puisse s'agir d'auto-censure du médecin, dans un contexte de saturation du système de santé. La mission d'information de l'Assemblée nationale achevée le 10 décembre 2024 a constaté une forte baisse des capacités de prise en charge psychiatrique dans le public et le privé non lucratif (52). En 2020, en région Centre-Val de Loire, le délai moyen pour un rendez-vous d'évaluation était de 23,8 jours, pour un 1^{er} rendez-vous de prise en charge de 34,5 jours et pour un 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre de 63,6 jours (53). L'étude expliquait l'allongement des délais d'attente en CMP par l'augmentation des demandes, le manque de moyens humains et l'évolution du travail des professionnels. Ce contexte rend d'autant plus compliquée l'orientation vers le soin psychique des personnes exilées et en situation de précarité. Ces derniers cumulent les obstacles à l'accès aux soins. Dans le rapport « La souffrance psychique des exilés – Une urgence de santé publique" (54), le Centre Primo Levi et Médecins du Monde évoquaient les conditions de vie instables, les complications administratives, le manque de formation des professionnels de santé sur le psycho-traumatisme et le non-recours à l'interprétariat. Le réseau Samdarra précise (55) « le principe de la sectorisation [...] se heurte à la réalité des populations précaires telles que les demandeurs d'asile : souvent contraints à la mobilité, leur rattachement à un secteur et leur inscription dans un suivi stable sont régulièrement compromis. L'interprétariat apparaît comme un autre élément central de la fluidité des parcours de soins. Peu de services de psychiatrie assument les coûts d'interprétariat à hauteur des besoins. Lorsque le financement est assuré, le problème de l'absence de formation au travail avec interprète se pose souvent ». Ces constats rejoignent ceux d'autres études (56,57). Elles ajoutent l'existence de pratiques discriminatoires

généralisées au sein du système de santé et, au niveau individuel, le manque de capital (à la fois social et financier) et la peur d'être dénoncé ou déporté. Ces difficultés conduisent à orienter les personnes exilées vers les dispositifs spécifiques. Nous en faisons le constat dans notre étude : seulement 33% (n=16) des orientations ont été faites vers les centres médico-psychologiques (CMP), seules structures de droit commun représentées dans notre étude. Il n'y a pas eu d'orientation vers les urgences psychiatriques du CHU ni vers l'hôpital psychiatrique. Les autres patients ont été orientés vers l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) et vers les psychologues présentes dans les structures sociales et associatives partenaires. La présence des professionnelles de l'EMPP au sein du service de la PASS facilite la coordination des soins. Dans un rapport de 2018 (58) , la HAS recensait cinq types d'expériences qui favorisent la coopération entre généraliste et spécialiste des soins de santé mentale (26), dont les lieux d'exercice partagé. La présence de l'EMPP au sein de la PASS du CHU, mais aussi dans d'autres structures sociales, s'inscrit dans une démarche d'« aller-vers ». Elle permet de lever de potentiels obstacles à l'accès aux soins et favorise l'accompagnement des publics spécifiques vers des prises en charge de « droit commun » (59). Les EMPP ne se substituent pas aux obligations de prise en charge des équipes de secteur en faveur de ces publics précaires. Dans ce sens, si le patient est demandeur et en ressource, les orientations vers le CMP sont pertinentes et peuvent être renforcées. La délivrance gratuite des médicaments limite, néanmoins, cette orientation. Se pose, alors, la question de la nécessité d'une PASS PSY sur le territoire. Ce dispositif existe dans d'autres villes. On en dénombre 44 en France en 2021 (13).

Enfin, nous avons relevé seulement 3 orientations « proposée mais refusée » par le patient. Nous supposons qu'elles n'aient pas systématiquement rapportées dans l'observation. Mais, ces résultats suggèrent une bonne acceptation des propositions d'orientation.

Notre étude n'éclaire pas sur la suite de ces orientations. Dans l'étude du CMLG, la durée moyenne de suivi par l'EMPP était de 9,5 mois en 3 ans de recueil. Les facteurs de risque significatifs de rupture de suivi mis en évidence étaient : l'âge jeune, l'absence d'antécédents psychiatriques, l'absence de violences psychiques, l'absence d'enfants restés dans le pays d'origine. Il pourrait être intéressant, à l'occasion d'un futur travail, d'étudier le devenir des patients de la PASS après l'orientation vers les soins spécialisés.

3. Forces et limites

Les résultats présentés sont soumis à plusieurs biais, notamment dus au caractère rétrospectif de la recherche. Premièrement, nous identifions des biais liés à la structure et au déroulé de l'étude. Elle s'intéresse seulement aux patients consultant pour la première fois à la PASS. La période d'étude de prévalence est très courte (1 ou 2 consultations en 3 mois). Ces choix méthodologiques induisent un biais de sélection temporelle. Par ailleurs, nous avons choisi d'exclure les patients consultant pour un motif urgent et ceux non stabilisés, estimant que ces circonstances ne permettent pas de dépistage. Nous ne connaissons donc pas l'état psychique de ces personnes, ce qui constitue un biais d'exclusion. Il existe également des biais liés aux médecins consultant à la PASS. Leur niveau de connaissances de la nosographie psychiatrique induit un biais d'observateur. Le report plus ou moins rigoureux des symptômes et troubles dans l'observation médicale engendre un biais de rapport. Nous avons veillé à limiter le biais d'interprétation, en recueillant strictement les diagnostics rédigés par le médecin. Nous n'avons pas interprété les symptômes pour déterminer un diagnostic. Cela aurait pu induire d'autres biais à cause de l'investigateur unique. Pour les observations où le médecin n'avait

pas conclu à un diagnostic, la valeur attribuée est « symptômes sans diagnostic précisé ». Enfin, cette étude présente un important biais d'information : nous ne connaissons pas l'état psychique de 90 patients. Pour lutter contre ces biais, il serait intéressant de conduire une étude prospective avec des outils d'évaluation standardisés et validés, sur une période plus étendue ou sur différents moments de la prise en charge.

Malgré ces biais, cette étude est la première menée sur la santé psychique des patients de la PASS du CHU d'Angers. Elle permet d'éclaircir la situation épidémiologique et de suggérer des pistes pour l'amélioration des pratiques.

CONCLUSION

Notre recherche met en évidence une importante prévalence de symptômes (entre 44 et 85%) et de troubles psychiques (entre 27 et 68%) chez les primo-consultants à la PASS d'Angers entre le 1er janvier 2024 et le 30 juin 2024. Ces patients majoritairement exilés (97%) et sans logement personnel (99%) ont une moins bonne santé psychique et souffrent le plus souvent de trouble de stress post-traumatique (58% des troubles diagnostiqués). Malgré ces constats, ils consultent principalement pour des motifs somatiques (91%). Cela s'explique par l'intrication des symptômes psychiques et somatiques, en particulier dans le TSPT. Ces considérations nous encouragent à étendre le dépistage de symptômes psychiques, notamment devant des symptômes somatiques médicalement inexpliqués. Les pratiques des médecins de la PASS, en termes de prescription et d'orientation sont globalement satisfaisantes. Les améliorations potentielles sont une réduction de la prescription d'anxiolytiques et la systématisation de la prescription des antidépresseurs (ayant l'AMM : paroxétine et sertraline) pour les troubles de stress post traumatique, et la poursuite des réflexions pour optimiser l'orientation vers les CMP et la délivrance gratuite de médicaments dans ce contexte.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lazarus A. Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». 1995.
2. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. - Légifrance.
3. Circulaire interministérielle n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/ n°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipe mobile précarité. - Légifrance.
4. L'état du mal-logement en France 2024 - 29e rapport annuel de la Fondation Abbé Pierre. 2024.
5. Yaouancq F, Duée M. Dossier - Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. In: France, portrait social. INSEE; 2014.
6. INSEE. L'enquête sans-domicile 2001. 2006. Report No.: Méthodes n° 116. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2579262>
7. Daguzan A, Farnarier C. Estimation du nombre de personnes sans abri à Marseille en 2016. 2019.
8. Service des Observatoires, des Études et de l'Évaluation, DRIHL, Galois G. Les personnes accueillies dans le dispositif hivernal en Île-de-France Résultat de l'enquête 2018 « une nuit donnée » dans les structures de renfort hivernal. 2019.
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES. Hébergement d'urgence permanent : au cours des années 2010, davantage de familles et des séjours rallongés. 2021;(1184).
10. Laporte A, Méner EL, Détrez MA, Douay C, Strat YL, Vandentorren S, et al. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009. Bull Epidémiologique Hebd. 2015;(36-37):693-7.

11. Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacomelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Numéro thématique. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. Bull Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(19-20):405-14.
12. Haute Autorité de Santé. Grande précarité et troubles psychiques - Note de Cadrage. 2021.
13. Direction générale de l'offre de soins. Webinaire du 26 mai 2023 à destination des équipes des PASS hospitalières. 2023.
14. Haute Autorité de Santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.
15. Synthèse du bilan de la feuille de route — Santé mentale et psychiatrie. 2023.
16. Santé Publique France. Comment évolue la santé mentale des Français? - Résultats de la vague 37 de l'enquête CoviPrev.
17. Sartorius N, Ustün TB, Organization WH. Mental illness in general health care : an international study. Chichester : Wiley; 1995.
18. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le *patient health questionnaire* : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. L'Encéphale. 1 déc 2009;35(6):560-9.
19. Médecins Sans Frontières. Centre d'Ecoute et de Soins - Paris Rapport d'Activité 2009. 2010 avr.
20. Khouani J, Blatrix L, Tinland A, Jegou M, Gentile G, Fond G, et al. Health status of recently arrived asylum seekers in their host country: results of a cross-sectional observational study. BMC Public Health. 6 sept 2022;22(1):1688.
21. JUST. Rapport Etude épidémiologique à l'UHU La Madrague ville 2016.

22. Lebugle Amandine, Andriamanisa Yohanna, Arnaud Amandine, Dion Charlotte, Magnier Axelle, Segol Émilie, avec la participation de Macchi Odile et Potier Gaëlle, 2020, Enquête auprès des sans-abri présents sur le réseau de la RATP, Rapport de l'enquête, Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, 245 pages.
23. Vandentorren S, Le Méner E, Oppenchaim N, Arnaud A, Jangal C, Caum C, et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris region, France 2013. Eur J Public Health. févr 2016;26(1):71-6.
24. Joannès A. Repérage de la souffrance psychique des patients migrants dans une PASS généraliste et orientation vers des soins psychiques : analyse rétrospective de l'expérience de la PASS du CHU de Bordeaux et discussion croisée avec des acteurs d'autres PASS.
25. Prieur C, Dourgnon P, Jusot F, Marsaudon A , Wittwer J, Guillaume S. Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France. Quest Déconomie Santé Irdes. 15 mars 2022;(266).
26. Ayano G, Solomon M, Tsegay L, Yohannes K, Abraha M. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder among Homeless People. Psychiatr Q. déc 2020;91(4):949-63.
27. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. L'Encéphale. 1 déc 2008;34(6):577-83.
28. SPF. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021.
29. Li SSY, Liddell BJ, Nickerson A. The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. Curr Psychiatry Rep. 1 sept 2016;18(9):1-9.

30. Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of Post-migration Factors on PTSD Outcomes Among Immigrant Survivors of Political Violence. *J Immigr Minor Health*. 1 oct 2013;15(5):890-7.
31. Porter M, Haslam N. Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced PersonsA Meta-analysis. *JAMA*. 3 août 2005;294(5):602-12.
32. Furtos J. Ce que veut dire le terme de clinique psychosociale. *Empan*. 22 juin 2015;98(2):55-9.
33. Sabouraud-Séguin A, Foucault V de. 26. Comorbidité. In: *Aide-mémoire - Psychotraumatologie - 3e éd.* Dunod; 2020. p. 280-7.
34. Langevin R, Lavoie É, Laurent A. Les croyances culturelles sur la santé mentale : points de vue de parents francophones migrants de l'Afrique subsaharienne. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 mars 2018;66(2):81-9.
35. Levesque A, Rocque R. Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada. *Alterstice Rev Int Rech Intercult Alterstice Int J Intercult Res Alterstice Rev Int Investig Intercult*. 2015;5(1):69-82.
36. Béal A, Chambon N. Le recours à l'interprète en santé mentale : enjeux et problèmes. *Rhizome*. 2015;55(1):9-19.
37. Lemogne C. Empathie et médecine. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 févr 2015;199(2):241-52.
38. Gerbes A, Leroy H, Leferrand P, Michel D, Jarno P, Chapplain JM. Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques. *Inf Psychiatr*. 15 avr 2015;91(3):243-54.

39. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med.* août 1991;21(3):713-21.
40. Asmundson GJ, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the Experience of Pain: Research and Clinical Implications of Shared Vulnerability and Mutual Maintenance Models. *Can J Psychiatry.* 1 déc 2002;47(10):930-7.
41. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *J Anxiety Disord.* janv 2013;27(1):33-46.
42. Corbin JF, Bui E, Schmitt L. Douleurs chroniques et traumatismes psychiques. *Douleur Analgésie.* 1 sept 2011;24(3):160-4.
43. Chahraoui K. Violences intentionnelles, manifestations somatiques et traumas complexes chez les réfugiés et demandeurs d'asile. *Douleur Analgésie.* 2020;33(2):75-82.
44. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves. Juin 2007.
45. Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes - Note de cadrage.
46. Recommandation, repérage, accompagnement au TSPT - Cn2r.
47. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours.
48. Sftg - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine Sommeil.* déc 2007;4(14):5-27.
49. Haute Autorité de Santé. ALD n° 23 - Schizophrénies.
50. Haute Autorité de Santé. Schizophrénie à début précoce.
51. Haute Autorité de Santé. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours.

52. Soins psychiatriques : une situation de crise de santé publique | vie-publique.fr. 2024. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/296617-soins-psychiatriques-une-situation-de-crise-de-sante-publique>
53. Mesures des délais d'attente en CMP en Centre-Val de Loire [Internet]. Disponible sur: <https://orscentre.org/les-%C3%A9tudes/observation-sanitaire/thematiques/sante-mentale/mesures-des-delaix-d-attente-en-cmp-en-centre-val-de-loire.html>
54. Vuillard J. La souffrance psychique des exilés, une urgence de santé publique [Internet]. Centre Primo Levi. 2018. Disponible sur: <https://primolevi.org/actualites/la-souffrance-psychique-des-exiles-une-urgence-de-sante-publique.html>
55. Orspere-Samdarra. 2021. La souffrance psychique des exilés. Disponible sur: <http://orspere-samdarra.com/2012/la-souffrance-psychique-des-exiles-confrontee-aux-failles-des-services-de-psychiatrie-publique-lhumanite/>
56. Straßmayr C, Matanov A, Priebe S, Barros H, Canavan R, Díaz-Olalla JM, et al. Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome. BMC Public Health. 20 mai 2012;12(1):367.
57. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. Risk Manag Healthc Policy. 30 oct 2015;8:175-83.
58. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration.
59. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/l-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite-11421/article/les-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-empp>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....	19
Figure 2 : Effectifs par catégorie d'âge	20
Figure 3 : Effectifs par continent d'origine	21
Figure 4 : Effectifs par temps de présence en France	22
Figure 5 : Effectifs par situation administrative	23
Figure 6 : Effectifs par situation familiale.....	24
Figure 7 : Effectifs par type d'hébergement	25
Figure 8 : Antécédents psychiatriques et traitements en cours.....	26
Figure 9 : Prescriptions et orientations des personnes avec des symptômes psychiques	36
Figure 10 : Prescriptions et orientations des personnes avec un trouble psychique	36
Figure 11 : Proportions de prescription et orientation selon les troubles.....	37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Effectifs par pays d'origine	22
Tableau II : Prévalences des symptômes selon nationalité	28
Tableau III : Natures des troubles psychiques.....	29
Tableau IV : Natures des troubles révélés lors des consultations pour motif psychique.....	30
Tableau V : Nombre de prescription par classe thérapeutique	31
Tableau VI : Nombre de prescription par molécule	32
Tableau VII : Prises en charge médicamenteuses selon diagnostic	33
Tableau VIII : Types d'orientation.....	34
Tableau IX : Orientations selon diagnostic	35

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MÉTHODE	5
1. Caractéristiques de l'étude	5
2. Population	5
3. Déroulé de l'étude	6
4. Données recueillies	7
4.1. Données socio-démographiques.....	7
4.1.1. Interprétariat.....	7
4.1.2. Situation administrative	7
4.1.3. Situation familiale	9
4.1.4. Types hébergement.....	9
4.1.5. Assurance maladie	11
4.2. Données médicales.....	13
4.2.1. Symptômes et troubles	13
4.2.2. Motifs de recours	15
4.2.3. Médicaments	16
4.2.4. Orientations.....	17
5. Statistiques	18
RÉSULTATS	19
1. Caractéristiques de la population	19
1.1. Description de la population sur le plan socio-démographique.....	20
1.1.1. Sexe	20
1.1.2. Âge.....	20
1.1.3. Pays et région d'origine	21
1.1.4. Temps de présence en France	22
1.1.5. Nécessité d'interprétariat	23
1.1.6. Situation administrative	23
1.1.7. Situation familiale	24
1.1.8. Type d'hébergement.....	25
1.1.9. Assurance maladie	26
1.2. Description de la population sur le plan médical	26
1.2.1. Antécédents psychiatriques et traitement en cours	26
2. Troubles psychiques	27
2.1. Symptômes psychiques	27
2.2. Troubles psychiques	27
2.2.1. Prévalence.....	27
2.2.2. Prévalence selon nationalité	28
2.2.3. Prévalence selon antécédents	28
2.2.4. Nature des troubles	29
3. Motifs de recours	30
4. Prises en charge.....	31
4.1. Prescriptions médicamenteuses	31
4.2. Orientations vers le soin spécialisé.....	34

4.3.	Prises en charge globales	36
DISCUSSION		38
1.	Objectif principal.....	38
1.1.	Prévalence des symptômes et troubles psychiques	38
2.	Objectifs secondaires.....	44
2.1.	Motifs de recours	44
2.2.	Prises en charge.....	46
3.	Forces et limites.....	52
CONCLUSION		54
BIBLIOGRAPHIE.....		55
LISTE DES FIGURES		62
LISTE DES TABLEAUX.....		63
TABLE DES MATIERES		64
ANNEXES.....		I

ANNEXES

Annexe I : Grille ETHOS (source : FEANTSA)

		Catégorie opérationnelle	Situation de vie		Définition générique
Catégorie Conceptuelle	SANS ABRI	1 Personnes vivant dans la rue	1.1	Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
		2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
	SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
			3.2	Logement provisoire	
			3.3	Hébergement de transition avec accompagnement	
		4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1	Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		5 Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
			5.2	Hébergement pour travailleurs migrants	
		6 Personnes sortant d'institutions	6.1	Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération
			6.2	Institutions médicales (*)	Reste plus longtemps que prévu par manque de logement
			6.3	Institutions pour enfants / homes	Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)
		7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)
			7.2	Logement accompagné pour ex-sans-abri	
LOGEMENT PRÉCAIRE		8 Personnes en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement
		8.2	Sans bail de (sous-)location	Occupation d'une habitation sans bail légal	
		8.3	Occupation illégale d'un terrain	Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal	
	9 Personnes menacées d'expulsion	9.1	Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels	
		9.2	Avis de saisie (propriétaire)	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie	
	10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1	Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques	
LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/ non conventionnelles	11.1	Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel	
		11.2	Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune	
		11.3	Habitat provisoire	Baraque ou cabane de structure semi permanente	
	12 Personnes en logement indigne	12.1	Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction	
	13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1	Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables	
Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an. Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)					
(*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.					

Annexe II : Type hébergement selon la situation administrative

Hébergement selon statut administratif	Effectif absolu	Effectif relatif
Demandeur d'asile	130	
Organisme / association	64	49%
Famille / entourage	27	21%
Rue / Halte de nuit	25	19%
Hôtel financement par organisme	12	9%
Autre	1	1%
Hôtel autofinancement	1	1%
Sans titre de séjour	39	
Famille / entourage	27	69%
Rue / Halte de nuit	9	23%
Hôtel autofinancement	1	3%
Hôtel financement par organisme	1	3%
Organisme / association	1	3%
Titre de séjour	19	
Famille / entourage	7	37%
Organisme / association	7	37%
Rue / Halte de nuit	3	16%
Hôtel financement par organisme	2	10%
Européens inactifs	12	
Squat / bidonville / caravane	8	67%
Famille / entourage	3	25%
Hôtel financement par organisme	1	8%
Visa	9	
Famille / entourage	6	67%
Hôtel autofinancement	1	11%
Organisme / association	1	11%
Rue / Halte de nuit	1	11%
Français	6	
Rue / Halte de nuit	4	67%
Famille / entourage	2	33%
Européens actifs	2	
Squat / bidonville / caravane	2	100%
Etudiant étranger	1	
Autre	1	100%
Total	218	

Annexe III : Type hébergement selon la situation familiale

Hébergement selon famille	Effectif absolu	Effectif relatif
Seul	161	
Organisme / association	53	33%
Famille / entourage	52	32%
Rue / Halte de nuit	37	23%
Hôtel financement par organisme	12	7%
Squat / bidonville / caravane	3	2%
Autre	2	1%
Hôtel autofinancement	2	1%
En couple avec enfant(s)	28	
Organisme / association	10	36%
Famille / entourage	9	32%
Squat / bidonville / caravane	4	14%
Hôtel financement par organisme	2	7%
Rue / Halte de nuit	2	7%
Hôtel autofinancement	1	4%
En couple	18	
Famille / entourage	7	39%
Organisme / association	6	33%
Rue / Halte de nuit	2	11%
Squat / bidonville / caravane	2	11%
Hôtel financement par organisme	1	6%
Parent seul avec enfant(s)	10	
Famille / entourage	4	40%
Organisme / association	4	40%
Hôtel financement par organisme	1	10%
Rue / Halte de nuit	1	10%
Enfant avec parent(s)	1	
Squat / bidonville / caravane	1	100%
Total	218	

Prévalence et prises en charge des troubles psychiques des primo-consultants à la

PASS d'Angers : étude descriptive rétrospective de janvier à juin 2024

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis les années 1990, la relation entre santé mentale et précarité est étudiée et de nouveaux dispositifs sont mis en œuvre pour répondre aux besoins spécifiques de la population en situation de précarité. En 2024, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations « Grande précarité et troubles psychiques ». Elles incitaient au repérage des troubles psychiques dans la population en précarité. Notre étude s'est intéressée au repérage réalisé au sein de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers.

Sujets et Méthodes : L'objectif principal était d'estimer la prévalence des symptômes et des troubles psychiques chez les primo-consultants à la PASS d'Angers. Les objectifs secondaires étaient de décrire les motifs de recours et les prises en charge. Pour répondre à ces objectifs, notre étude a pris la forme d'une étude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique.

Résultats : Parmi les 218 primo-consultants à la PASS d'Angers du 1^{er} janvier 2024 au 30 juin 2024 entre 44 et 85% avaient des symptômes psychiques et entre 27 et 68% avaient des troubles psychiques. Le trouble de stress post-traumatique représentait 58% des troubles diagnostiqués. Les motifs de recours étaient somatiques à 91%. Les prises en charge correspondaient aux recommandations HAS, hormis un nombre important de prescriptions d'antihistaminiques H1 sédatifs pour le trouble de stress post-traumatique et une faible orientation vers les centres médico-psychologiques (CMP).

Conclusion : Les primo-consultants à la PASS d'Angers présentent une prévalence élevée de symptômes et troubles psychiques. Les médecins de premier recours jouent un rôle primordial dans leur repérage et leur prise en charge. La coordination entre les soins primaires et les soins spécialisés est nécessaire et peut être améliorée.

Mots-clés : Prévalence ; Troubles psychiques ; Précarité ; PASS

Prevalence and management of mental disorders in first-time patients at the PASS of

Angers : a retrospective descriptive study from January to June 2024.

ABSTRACT

Introduction : Since the 1990s, the relationship between mental health and social vulnerability has been studied, and new systems have been implemented to address the specific needs of people in insecure conditions. In 2024, the Haute Autorité de Santé (French National Authority for Health) published recommendations on "Severe Economic Insecurity and Mental Disorders." These recommendations encouraged the identification of mental health disorders in vulnerable populations. Our study focused on the identification process within the Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) at the University Hospital Centre (CHU) of Angers.

Subjects and Methods : The main objective was to estimate the prevalence of symptoms and mental disorders in first-time patients at the PASS of Angers. Secondary objectives were to describe the reasons for seeking care and the management of these issues. To achieve these goals, our study was designed as a monocentric, retrospective, descriptive observational study.

Results : Among the 218 first-time patients at the PASS of Angers from January 1, 2024, to June 30, 2024, between 44% and 85% exhibited psychological symptoms, and between 27% and 68% had mental disorders. Post-traumatic stress disorder (PTSD) accounted for 58% of the diagnosed disorders. The reasons for seeking care were 91% somatic. The care provided aligned with the HAS recommendations, except for a significant number of sedative H1 antihistamine prescriptions for PTSD and a low referral rate to psychiatric centers (CMP).

Conclusion : First-time patients at the PASS of Angers show a high prevalence of psychological symptoms and mental disorders. Primary care physicians play a crucial role in identifying and managing these issues. Coordination between primary care and specialized care is essential and could be improved.

Keywords : Prevalence; Mental disorders; Precarity; PASS