



**HAL**  
open science

# Parcours de soins des personnes migrantes primo-arrivantes ayant consulte au pôle de santé d'un centre de premier accueil

Marie Cortier

► **To cite this version:**

Marie Cortier. Parcours de soins des personnes migrantes primo-arrivantes ayant consulte au pôle de santé d'un centre de premier accueil. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03467029

**HAL Id: dumas-03467029**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03467029v1>**

Submitted on 6 Dec 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4*

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10*

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 251

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Parcours de soins des personnes migrantes primo-arrivantes  
ayant consulté au pôle de santé d'un centre de premier accueil

Présentée et soutenue publiquement  
le 24 octobre 2019

Par

**Marie Cortier**

Née le 04 décembre 1991 à Colombes

Dirigée par M. Le Docteur Adrien Galy, PH

Jury :

M. Le Professeur Yazdan Yazdanpanah, PU-PH ..... Président

M. Le Professeur Oliver Bouchaud, PU-PH

M. Le Professeur Xavier Lescure, PU-PH

Mme Le Docteur Nathalie Rehbinder

Mme Barbara Bertini

## REMERCIEMENTS

Au Professeur Yazdan Yazdanpanah, pour m'avoir proposé de réaliser ce travail de recherche avec l'équipe du SMIT de Bichat, sur la santé des personnes migrantes. Je tiens à lui adresser mes remerciements les plus sincères pour son accompagnement tout au long de ce projet et pour avoir accepté de présider mon jury. Je me réjouis d'intégrer l'équipe du SMIT prochainement.

Au Docteur Adrien Galy, pour avoir dirigé ce travail de thèse conjointement à celui de Clémentine. Je le remercie profondément de m'avoir encadrée, soutenue et éclairée pour ce travail.

Au Professeur Xavier Lescure, pour avoir apporté son appui pour la mise en place de cette étude. Je tiens également à le remercier pour les enseignements dispensés lors de mon passage au SMIT.

Au Professeur Olivier Bouchaud, pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Son implication pour la prise en charge des personnes migrantes que ce soit d'un point de vue clinique, de la recherche, de la formation ou de l'apport de son expertise auprès des acteurs institutionnels ; sont un exemple pour moi.

Au Docteur Rehbindler, pour m'avoir fait découvrir la médecine de ville à travers la prise en charge de sa patientèle à Grigny. J'admire son approche humaine et son professionnalisme.

A Madame Barbara Bertini, pour son investissement lors de mon stage à l'ARS Île-de-France, afin de me faire connaître les politiques publiques de santé à destination de ce public et pour m'avoir proposé de poursuivre cette réflexion en participant à l'élaboration de l'enquête sur la santé des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale hébergés par le DNA. Je l'en remercie sincèrement ainsi que le Dr Chabin-Gibert et toute la direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités de l'ARS.

Aux médecins qui m'ont encadrée, formée et guidée lors de mes études et en particulier, les Docteurs François Philippart, David Lebeaux, Catherine Le Gall, Sébastien Rouget, Cécile Besse, Sylvie Lariven, Claire Tantet, Ornella Cabras, Liem Luong et Paul Loubet.

A Clémentine de La Porte et à l'ensemble de l'équipe du CPA notamment, les Docteurs Emmanuelle Papot, Minerva Cervantes, Abdou Goudjo, l'équipe infirmière du Samusocial en particulier Maëlle Prioux, les interprètes, Monsieur Stoven et Manon de l'OFII, pour leur aide précieuse, leur participation au projet et sans qui cette étude n'aurait pu être conduite.

Au Professeur Moquet-Anger pour son dynamisme et sa rigueur dans la direction de mes recherches sur ce sujet en Droit de la Santé.

A mes amis rencontrés lors de ces études de médecine, et en particulier Malice, Paloma, Raphaël, Lise-Noëlle, Clémence, Baptiste, Manon, Arthur, Damien, Basile, Tristan, Romain, Marine, Sébastien, Hugo, Céleste, Julien, Valeria, Margot, Cécilia et Sabine. Et à ceux qui me connaissent depuis plus longtemps notamment, Agnès, Marie, Inès, Sophie. Nos discussions, nos fous-rires et nos vacances continuent de me faire rêver et grandir.

A ma famille, ma mère pour son écoute, ses relectures et ses conseils, mon père qui m'a transmis sa passion de la médecine et mes trois sœurs qui comptent énormément pour moi.

A Xavier, mon grand amour, avec qui je partage ma vie, mes bonheurs et mes doutes et qui me soutient toujours.

## TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	III
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	IV
<b>TABLES DES ILLUSTRATIONS ET DES ANNEXES</b> .....	VII
<b>ABREVIATIONS</b> .....	VIII
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	1
I- L'ACCUEIL DES PERSONNES MIGRANTES SOUHAITANT DEMANDER L'ASILE EN FRANCE .....	1
A. <u>Les deux types de protection internationale</u> .....	2
B. <u>Enregistrements et examens des demandes d'asile</u> .....	2
C. <u>Les différents dispositifs d'hébergement</u> .....	5
1- Etat du parc d'hébergement lors du déroulement de l'étude.....	6
2- Etat actuel à l'été 2019 .....	8
II- UN ETAT DE SANTE FRAGILE POUR CES POPULATIONS MIGRANTES PRIMO-ARRIVANTES LES PLUS VULNERABLES.....	8
III- DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS ET D'INSCRIPTION DES PERSONNES MIGRANTES PRIMO-ARRIVANTES DANS UN PARCOURS DE SANTE.....	10
IV- UN PARCOURS DE SOINS POUR CES PERSONNES INSUFFISAMMENT ETUDIE ET EVALUE .....	13

<b><u>OBJECTIFS</u></b> .....	14
I. OBJECTIF PRINCIPAL.....	14
II. OBJECTIFS SECONDAIRES .....	14
<b><u>MATERIELS ET METHODES</u></b> .....	15
I. CONCEPTION DE LA RECHERCHE : DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	15
A. <u>Organisation du centre de premier accueil de la Porte de la Chapelle</u> .....	15
B. <u>Organisation du pôle de santé du CPA</u> .....	16
C. <u>Organisation du suivi médical après transfert administratif vers un centre d'hébergement pour demandeurs d'asile</u> .....	17
D. <u>Description de la méthodologie de la recherche</u> .....	21
1- Une étude observationnelle rétrospective.....	21
2- Sélection des personnes de la recherche.....	21
a- Critères d'inclusion.....	21
b- Critères de non-inclusion.....	21
II. RECUEIL DES DONNEES .....	21
III. ASPECTS ETHIQUES.....	25
IV. STATISTIQUES .....	26

<b><u>RESULTATS</u></b> .....	27
I. ANALYSE QUANTITATIVE.....	27
A. <u>Description des patients inclus</u> .....	28
B. <u>Suivi des soins dispensés au pôle de santé</u> .....	30
C. <u>Coordination des soins avec les structures extérieures au CPA</u> .....	31
D. <u>Continuité des soins après le transfert administratif des patients</u> .....	33
II. ANALYSE QUALITATIVE.....	37
<b><u>DISCUSSION</u></b> .....	39
I. FORCES ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE .....	39
II. LIMITES.....	45
<b><u>CONCLUSION</u></b> .....	46
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	X
<b>NORMES JURIDIQUES</b> .....	XIX
<b>ANNEXES</b> .....	XXI

## **TABLES DES ILLUSTRATIONS ET DES ANNEXES**

### **TABLE DES FIGURES**

<i>Figure 1</i> - Schéma des différents dispositifs d'hébergement pour les personnes migrantes les plus vulnérables s'engageant dans le processus de l'asile.....	6
<i>Figure 2</i> - Schéma du suivi des patients inclus et des différents temps de recueil des données.....	25
<i>Figure 3</i> - Flow chart .....	27
<i>Figure 4</i> - Orientations et suivis après un premier bilan infirmier au pôle de santé du temps de l'hébergement au CPA.....	31
<i>Figure 5</i> - Devenir des recommandations médicales .....	34

### **TABLE DES TABLEAUX**

<i>Tableau 1</i> - Synthèse des principaux dispositifs d'hébergement mentionnés pour les personnes migrantes primo-arrivantes et demandeuses d'asile .....	20
<i>Tableau 2</i> - Villes répondant aux critères de la RM (hors IdF) .....	24
<i>Tableau 3</i> - Description de la population de l'étude .....	29
<i>Tableau 4</i> - Association d'un suivi initié en structure extérieure du temps de l'hébergement au CPA pour les patients ayant bénéficié d'une recommandation médicale selon qu'elle soit spécifiée IdF ou non..	35

### **TABLE DES ANNEXES (P. XXI A XXIX)**

Annexe 1 – Fiches de recueil du bilan infirmier

Annexe 2 – Fiche de recueil de consultation infirmière ou médicale

Annexe 3 – Fiche de recueil de consultation de suivi au retour d'une structure d'aval

Annexe 4 – Fiche de recueil de suivi après transfert

Annexe 5 – Avis favorable du Comité d'évaluation éthique de l'INSERM

## ABREVIATIONS

ADA : Allocation pour demandeur d'asile  
AME : Aide médicale d'État  
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris  
ARS : Agence régionale de santé  
BK crachats : Crachat à la recherche de *Mycobacterium tuberculosis*  
BOP : Budget opérationnel de programme  
CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile  
CAES : Centre d'accueil et d'examen des situations  
CAO : Centre d'accueil et d'orientation  
CARA : Centre d'aide au retour accompagné  
CASF : Code de l'action sociale et des familles  
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles  
CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile  
CHUM : Centre d'hébergement d'urgence pour migrants  
CHUMR : Centre d'hébergement d'urgence pour migrants réfugiés  
CMS : Centre médico-social  
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés  
COMEDE : Comité médical pour les exilés  
CPA : Centre de premier accueil de la Porte de la Chapelle  
CPH : Centre provisoire d'hébergement  
CPOA : Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil  
CRA : Centre de rétention administrative  
CSP : Code de la santé publique  
DNA : Dispositif national d'accueil  
DMP : Dossier médical partagé  
DPAR : Dispositif de préparation au retour  
DPHRS : Dispositif provisoire d'hébergement des réfugiés statutaires  
DRIHL : Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement  
EPS : Examen parasitologique des selles

EPU : Examen parasitologique des urines  
GIP-HIS : Groupement d'intérêt public habitat et interventions sociales  
GUDA : Guichet unique pour demandeur d'asile  
HUDA : Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile  
IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'État  
IDF : Île-de-France  
IMC : Indice de masse corporelle  
IST : Infection sexuellement transmissible  
LRA : Local de rétention administrative  
OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration  
OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides  
ORL : Oto-rhino-laryngologie  
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé  
PCR : Réaction en chaîne par polymérase  
PMS : Pôle médico-social  
PRAHDA : Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile  
ROR : Rougeole-oreillons-rubéole  
RM : Recommandation médicale  
SAU : Service d'accueil des urgences  
SMIT : Service des maladies infectieuses et tropicales  
UE : Union européenne  
UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés  
VHB : Virus de l'hépatite B  
VHC : Virus de l'hépatite C  
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

## INTRODUCTION

Le rapport de juin 2017 de l'Académie nationale de médecine intitulé « Précarité, pauvreté et santé »<sup>1</sup>, insiste sur la nécessité d'accorder une « attention particulière du point de vue médical » aux personnes migrantes, population particulièrement vulnérable et précaire, et recommande de faciliter l'accès à la santé de ces populations.

### I- L'ACCUEIL DES PERSONNES MIGRANTES SOUHAITANT DEMANDER L'ASILE EN FRANCE

Est considérée comme « migrante » toute personne ayant quitté son pays d'origine. Les motifs de départ de ces personnes de leur pays peuvent être multiples : économique, social, écologique, professionnel, familial ou politique.

Depuis 2015, les flux migratoires se sont intensifiés à destination de l'Europe en raison notamment des conflits au Proche, Moyen-Orient, Asie centrale et sur le continent africain. Les personnes fuyant des situations de conflits, d'opposition politique et de violence viennent nombreuses demander l'asile. Cette protection juridique peut être accordée par l'État français sous deux formes : en qualité de réfugié ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire.

Une personne à qui l'État reconnaît l'une de ces deux formes de protection est qualifiée de « bénéficiaire de la protection internationale ».

D'un point de vue terminologique, l'expression « demandeur d'asile » s'emploie pour une personne ayant déposé une demande d'asile, le temps de son instruction. En revanche, une personne souhaitant demander l'asile mais dont la demande n'a pas encore été enregistrée, est considérée comme « migrante primo-arrivante ». La définition de cette expression peut différer selon les acteurs. Le choix a été fait pour ce travail de désigner par cette expression les personnes étrangères nouvellement arrivées en France et qui souhaitent demander l'asile.

---

<sup>1</sup> Spira A (rapporteur) au nom d'un groupe de travail rattaché à la Commission XIV (Déterminants de santé - Prévention - Environnement). Rapport Précarité, pauvreté et santé. Paris : Académie nationale de médecine ; Juin 2017 ; 24 p

## **A. Les deux types de protection internationale**

Le statut de réfugié<sup>2</sup> est ainsi accordé dans différentes conditions.

« L'asile conventionnel » s'applique à toute personne craignant de subir des persécutions en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques<sup>3</sup>. « L'asile constitutionnel » est reconnu à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté<sup>4</sup>. Enfin les deux autres applications sont « le mandat strict » exercé par le Haut-Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (UNHCR)<sup>5</sup> et le principe de l'unité de famille pour certains membres de la famille d'un réfugié.

Dans les cas où une personne ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître le statut de réfugié, la protection subsidiaire peut être reconnue. Ainsi la protection subsidiaire peut-être acceptée si cette personne est exposée à une menace grave parmi lesquelles :

- la peine de mort ou une exécution ;
- la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;
- s'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence résultant d'une situation de conflit armé interne ou international<sup>6</sup>.

## **B. Enregistrements et examens des demandes d'asile**

L'Europe dans son histoire, a dû faire face à plusieurs vagues migratoires. Au XXe siècle, les nombreux conflits nationaux et internationaux ont abouti à d'importants déplacements de populations. La fin du XXe siècle a notamment été marquée par la guerre de l'ex-Yougoslavie. L'Union européenne (UE des 15) avait alors répondu par l'accueil de nombreux demandeurs d'asile en provenance de l'ex-Yougoslavie dont le nombre s'élevait à 672 000 en 1992. Depuis 2015, l'Union européenne (UE des 28) traverse une nouvelle vague migratoire. Le nombre de demandes culminant en 2016 autour de 1,3 million est actuellement en baisse en raison des

---

<sup>2</sup> Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) - article L. 711-1

<sup>3</sup> Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés - article 1 A. 2.

<sup>4</sup> Alinéa 4 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

<sup>5</sup> Défini aux articles 6 et 7 de son statut tel qu'adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 14 décembre 1950

<sup>6</sup> CESEDA- Article L. 712-1

évolutions des situations politiques dans les pays que fuient les demandeurs d'asile mais également des réponses politiques d'accueil de l'Union européenne. En 2018, 638 000 demandes d'asile ont été enregistrées par les États membres de l'Union européenne.<sup>7</sup>

En France, 123 625 demandes (y compris réexamens) ont été comptabilisées pour cette même année. Elles émanaient de personnes originaires d'abord du continent africain (41%), puis d'Europe (28%), d'Asie (27%) et d'Amérique (4%). L'Afghanistan était le premier pays dont étaient originaires les demandeurs d'asile, suivi de l'Albanie avec respectivement 10 370 et 9 683 demandes d'asile. Les hommes représentaient 66,8 % des demandeurs d'asile.

L'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) est l'organisme en charge de statuer sur les demandes d'asile et d'apatridie qui lui sont soumises. L'asile, que ce soit en tant que réfugié ou en tant que bénéficiaire de la protection subsidiaire, a été accordé par l'OFPRA, à 24 613 personnes (hors mineurs accompagnants). En incluant les décisions de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), statuant sur les recours formés contre les décisions de l'OFPRA, 33 330 des demandes d'asile ont été satisfaites sur l'année 2018 (hors mineurs accompagnants).<sup>8 9</sup>

L'épuisement des recours abouti à la situation de « débouté » du droit d'asile.

L'enregistrement des demandes d'asile se fait auprès d'un guichet unique pour demandeur d'asile (GUDA) réunissant les services de la préfecture de région et l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII). Les modalités administratives d'instruction des demandes d'asile sont d'une complexité notable. Trois types de procédures se distinguent : normale, accélérée et de suspension Dublin. La procédure accélérée concerne d'une part, les

---

<sup>7</sup> Eurostat. Statistiques sur l'asile. Données extraites le 12 mars 2019 et le 24 avril 2019 [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum\\_statistics/fr#Nombre\\_de\\_demandeurs\\_d.E2.80.99asile:\\_chute\\_en\\_2018](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr#Nombre_de_demandeurs_d.E2.80.99asile:_chute_en_2018)

<sup>8</sup> Ministère de l'Intérieur. Direction générale des étrangers en France - Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation - L'essentiel de l'immigration – Demandes d'asile. EM n°2019-35. 12 juin 2019 ; 3 p.

<sup>9</sup> OFPRA. Rapport d'activité 2018. 24 avril 2019. 128 p.

situations de vulnérabilité identifiées par l'OFII<sup>10</sup> ou de relocalisation<sup>11</sup> voire certaines situations de réinstallation<sup>12</sup>.

D'autre part, la préfecture ou l'OFPRA décident de cette procédure lorsque son rejet est anticipé notamment, si le demandeur provient d'un pays considéré comme un pays d'origine sûr, si les déclarations et /ou documents à l'appui de sa demande sont considérés comme non pertinents, incohérents et contradictoires ou manifestement faux, ou si la demande est réalisée uniquement pour faire échec à une mesure d'éloignement. L'accélération de l'examen de la demande est également prévue en cas de refus de donner ses empreintes ou de demande présentée après 90 jours à compter de l'arrivée du demandeur en France, exceptée pour la Guyane où ce délai est réduit à 60 jours. Ces délais de présentation de la demande d'asile ont été récemment raccourcis par la loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018<sup>13</sup> puisqu'il était avant de 120 jours. Enfin, tout demandeur représentant une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'État est placé en procédure accélérée.<sup>14</sup>

Le délai d'instruction des demandes en procédure accélérée est de 15 jours. Il est réduit à 96 heures pour un demandeur d'asile placé en centre de rétention.

En procédure normale, l'OFPRA dispose de six mois pour statuer sur la demande.

Suivant le règlement Dublin III<sup>15</sup>, un seul État membre de l'Union européenne (habituellement le pays où la personne a franchi pour la première fois illégalement une frontière extérieure de l'Union), est considéré comme responsable de l'examen d'une demande d'asile. La « procédure

---

<sup>10</sup> CESEDA - article L. 744-6 « L'évaluation de la vulnérabilité vise, en particulier, à identifier les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines »

<sup>11</sup> « La relocalisation est le transfert de personnes ayant besoin d'une protection internationale d'un Etat membre de l'UE vers un autre Etat membre de l'UE. » (Commission Européenne)

<sup>12</sup> « La réinstallation consiste à transférer des réfugiés d'un pays d'asile à un autre Etat qui a accepté de les admettre et de leur accorder à terme une résidence permanente. » (UNHCR)

<sup>13</sup> Loi n° 2018-778 du 10 septembre 2018 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie. JORF n°0209 du 11 septembre 2018 - texte n° 1

<sup>14</sup> CESEDA - article L. 723-2

<sup>15</sup> Règlement (UE) n°604/2013 du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride (refonte) JO de l'Union Européenne du 29 juin 2013, L. 180/31 à 58 ; aussi appelé « Règlement Dublin III »

de suspension Dublin » correspond donc à la suspension de la demande d’asile, le temps de la détermination par la préfecture, de l’État membre compétent pour statuer sur la demande.

### **C. Les différents dispositifs d’hébergement**

La directive européenne du 26 juin 2013<sup>16</sup> prévoit que les États doivent garantir aux personnes demandant la protection internationale, certaines modalités d’accueil afin de leur assurer des conditions de vie dignes et décentes. Les conditions matérielles d’accueil (CMA) pour les personnes les plus vulnérables se déclinent en allocation journalière et en prestations comprenant le logement, la nourriture et l’habillement (article 2). Ces conditions d’accueil incluent également l’information des demandeurs sur leurs droits (article 5) et la garantie d’un niveau de vie adéquat pour la protection de la santé ainsi que des soins médicaux comportant au minimum les soins urgents et le traitement essentiel des maladies et des troubles mentaux graves (articles 17 et 19).

Ceci s’applique aussi lorsque la demande d’asile n’est pas encore instruite ou que celle-ci est sous le coup de la procédure Dublin, et cela dès l’enregistrement de la demande d’asile jusqu’au transfert effectif vers l’État responsable, comme l’a précisé la Cour de justice de l’Union européenne.<sup>17</sup>

L’État français reconnaît donc des conditions matérielles d’accueil<sup>18</sup> qui se déclinent pour les personnes les plus précaires en une aide financière : l’allocation pour demandeur d’asile (ADA) et en prestations d’accueil, d’information et d’accompagnement social et administratif.

Différents dispositifs d’hébergement ont été créés pour accueillir les personnes migrantes primo-arrivantes les plus vulnérables et précaires, afin que celles-ci puissent bénéficier d’un hébergement, le temps de faire l’enregistrement de leur demande d’asile puis de son instruction notamment. La figure 1 les présente en différenciant l’état du parc d’hébergement lors du déroulement de l’étude (1) et au 4<sup>e</sup> trimestre 2019 (2).

---

<sup>16</sup> Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l’accueil des personnes demandant la protection internationale (refonte). JO de l’Union Européenne du 29 juin 2013, L. 180/96

<sup>17</sup> Cour de justice de l’Union européenne, 4<sup>e</sup> chambre, 27 septembre 2012, n° C-179/11

<sup>18</sup> CESEDA - article L. 744-1 à 5

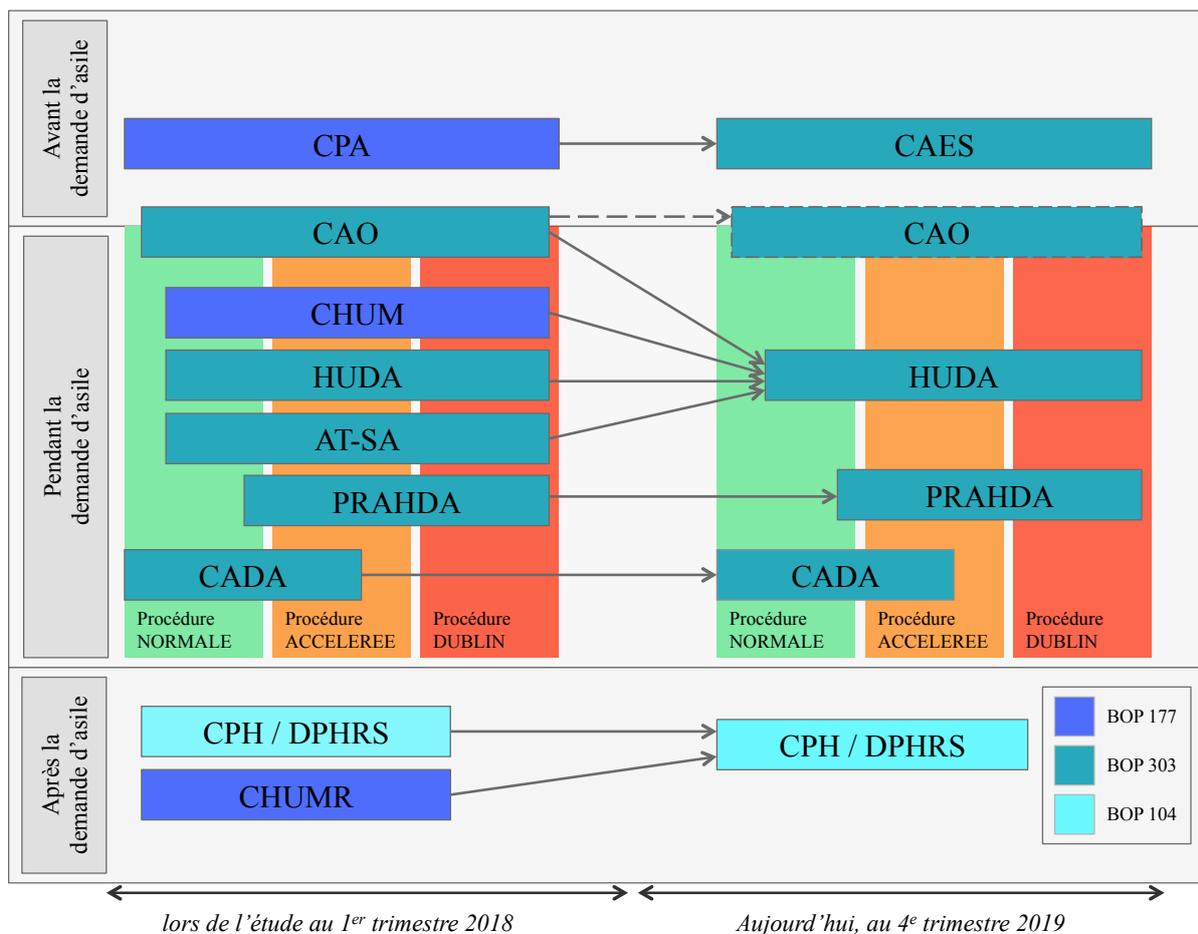


Figure 1 – Schéma des différents dispositifs d'hébergement pour les personnes migrantes les plus vulnérables s'engageant dans le processus de l'asile

### 1- État du parc d'hébergement lors du déroulement de l'étude

Lors du déroulement de cette étude coexistaient plusieurs dispositifs. Le dispositif principal était le dispositif national d'asile (DNA), sous la responsabilité de l'OFII dont la tutelle est le Ministère de l'Intérieur. Le programme spécifique 303 « Immigration et Asile » finançait alors plusieurs centres d'hébergement : les centres d'hébergement pour demandeurs d'asile (CADA), les accueils temporaires – service d'asile (AT-SA), les hébergements d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) et le programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile (PRAHDA). Les centres d'accueil et d'orientation (CAO) ont intégré ce dispositif en 2017. Ils relevaient avant d'un autre programme, le BOP 177.

En effet, les capacités de ces centres étant venues à saturation, d'autres places ont été créées et financées par le programme 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des

personnes vulnérables » dans de nouvelles structures d'hébergement pour migrants primo-arrivants et demandeurs d'asile. En Île-de-France, ces structures étaient le centre de premier accueil de la Porte de la Chapelle (CPA) ouvert en novembre 2016 et les centres d'hébergement d'urgence pour migrants (CHUM) créés à partir de l'été 2015 ; avec une particularité pour le CHUM d'Ivry accueillant uniquement des familles et femmes isolées.

Par ailleurs, certaines places en hôtel complétaient ce dispositif d'accueil pour les demandeurs d'asile.

Le CPA était destiné aux personnes migrantes primo-arrivantes souhaitant déposer leur demande d'asile. Les autres centres cités accueillait des personnes déjà passées par le GUDA et donc demandeuses d'asile, hormis le CHUM d'Ivry et les CAO dont les personnes hébergées pouvaient avoir enregistré leur demande d'asile ou non.

Les HUDA et AT-SA s'adressaient prioritairement aux personnes sous procédures accélérée et Dublin alors que les places en CADA étaient prioritairement destinées aux personnes en procédure normale. Les personnes en procédure accélérée pouvaient être acceptées en CADA. Le PRAHDA qui accueillait initialement des demandeurs d'asile quelque soit la procédure, héberge essentiellement depuis novembre 2017 des personnes sous procédure Dublin.

Les centres provisoires d'hébergement (CPH) / le dispositif provisoire d'hébergement des réfugiés statutaires (DPHRS) et les centres d'hébergement d'urgence pour migrants réfugiés (CHUMR), financés respectivement par les budgets opérationnels de programme (BOP) 144 et 177, étaient dédiés aux bénéficiaires de la protection internationale.

Enfin, les centres d'aide au retour accompagné (CARA) / dispositifs de préparation au retour (DPAR) accompagnent les personnes pour un retour qualifié de « volontaire ». Ces personnes faisant l'objet d'une mesure d'éloignement (obligation de quitter le territoire français ou décision de transfert Dublin notamment) ; sont en réalité assignées à résidence. Les centres et locaux de rétention administrative (CRA et LRA) sont des lieux de transit pour une expulsion forcée.

## 2- État actuel à l'été 2019

Afin de rendre plus lisible la structuration du parc d'hébergement à destination de ces personnes et de réorganiser la gouvernance de la politique de l'asile et les financements dédiés à ces dispositifs d'hébergement, une évolution s'est opérée depuis 2018.<sup>19</sup>

Le CPA a fermé ses portes le 30 mars 2018. Il a été remplacé par des centres d'accueil et d'examen des situations (CAES) déployés sur l'ensemble du territoire français. Il existe actuellement cinq CAES pour l'Île-de-France. Les CHUM et AT-SA ont été transformés en HUDA et les CAO sont voués à les devenir d'ici la fin 2020. Enfin les CHUMR ont été transformés en CPH. Une exception persiste actuellement, le CHUM d'Ivry dédié aux femmes isolées et aux familles.

## II- UN ETAT DE SANTE FRAGILE POUR CES POPULATIONS MIGRANTES PRIMO-ARRIVANTES LES PLUS VULNERABLES

L'état de santé de ces personnes est influencé par l'épidémiologie de certaines pathologies notamment infectieuses du pays d'origine et de ceux traversés. Ainsi dans le cadre d'un programme de dépistages obligatoires pour le VIH, le VHB et la tuberculose active auxquels devait se soumettre tout demandeur d'asile en Bavière, il a été montré que les prévalences pour ces pathologies étaient similaires à celles des pays d'origine.<sup>20</sup> Le taux de positivité pour l'antigène HBs était par exemple plus élevé pour les demandeurs d'asile originaires du Sierra Leone, du Sénégal et du Mali (17.6%, 16.2% et 15.4% respectivement) que de la Syrie, de l'Afghanistan et d'Irak (1,7%, 3,9% et 1,0% respectivement). Il a également été fait état en 2015 en Bavière, d'une épidémie de *Borrelia recurrentis*, transmise par des poux de corps qui ne survient que dans des conditions de très grande précarité. Celle-ci était associée à la route migratoire passant par le Soudan, la Libye et l'Italie.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Ministère de l'Intérieur. Information du 31 décembre 2018 relative au parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale.

<sup>20</sup> Ackermann N, Marosevic D, Hörmansdorfer S, Eberle U, Rieder G, Treis B et al. Screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers, Bavaria, Germany, 2015. *Eurosurveillance*. 2018;23(10):2-12.

<sup>21</sup> Hoch M, Wieser A, Löscher T, Margos G, Pürner F, Zühl J et al. Louse-borne relapsing fever (*Borrelia recurrentis*) diagnosed in 15 refugees from northeast Africa: epidemiology and preventive control measures, Bavaria, Germany, July to October 2015. *Eurosurveillance*. 2015;20(42):6-10.

Les conditions de vie précaires notamment de logement, le plus souvent dans des camps et dans la rue favorisent la contraction de pathologies après leur arrivée et la dégradation de l'état de santé. Les épidémies de tuberculose, de gale et d'infestations de punaises de lit sont fréquentes dans ces conditions de promiscuité et de précarité.

Il a été mis en évidence que les migrants originaires des pays à forte incidence de tuberculose, dépistés avant d'entrer dans des pays à faible incidence et n'étant autorisés à y entrer qu'en l'absence de tuberculose active, présentaient un risque accru de tuberculose maladie dans les cinq premières années après leur entrée dans le pays d'accueil. Ce risque pourrait potentiellement être prévenu par le dépistage et le traitement des infections latentes, c'est-à-dire asymptomatiques dans le pays d'accueil.<sup>22</sup>

L'étude Parcours a montré que 35 à 50% des infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les migrants d'Afrique subsaharienne et vivant dans la région parisienne, ont eu lieu après la migration<sup>23</sup>. Parmi ces personnes contaminées, 15,1% ont rapporté avoir été forcés à avoir un rapport sexuel après la migration contre 3,5% dans le groupe témoin (patients consultant dans les mêmes services de santé, originaires de la même région du monde et séronégatifs pour le VIH). Les facteurs de risque étaient la prostitution transactionnelle (en échange d'un hébergement ou d'un bien matériel) et une situation instable d'hébergement<sup>24</sup>.

Mais c'est également la santé mentale qui est atteinte, en raison des sévices ayant motivé ces personnes à quitter leur pays, mais également des épreuves qu'elles endurent lors de leur trajet migratoire (décès de proches, vol, viol, traite humaine, emprisonnement, violence physique). A leur arrivée, ces personnes sont en forte souffrance psychique et continuent de l'être par leurs conditions de vie en France.<sup>25</sup> Les violences dans la rue et en hôtel sont non négligeables. Ainsi parmi les femmes migrantes hébergées en hôtel, 46% rapportent avoir vécu des violences depuis leur arrivée en France. Ces actes de violence sont le plus souvent perpétrés par des inconnus dans la rue (25%). L'hébergement en hôtel expose également à des violences

---

<sup>22</sup> Aldridge R, Zenner D, White P, Williamson E, Muzyamba M, Dhavan P et al. Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 immigrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. *The Lancet*. 2016;388(10059):2510-2518.

<sup>23</sup> Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Eurosurveillance*. 2015;20(46).

<sup>24</sup> Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées du Loû A. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *The Lancet Public Health*. 2018;3(1):e16-e23.

<sup>25</sup> Agrali S, Fanget D, Laurence S, Morel E, Reboul S et Vuillard J. La souffrance psychique des exilés – Une urgence de santé publique. Paris, Centre Primo Levi et Médecins du Monde. Juin 2018

commises par des hôteliers ou des résidents pour 4% des femmes hébergées.<sup>26</sup> L'incidence des états de stress post-traumatiques chez les demandeurs d'asile suite aux violences vécues est donc particulièrement élevée. Les prévalences des syndromes psychotraumatiques<sup>27</sup> et des traumas complexes<sup>28</sup> chez les demandeurs d'asile ayant consulté aux centres de santé du Comede entre 2012 et 2017 ont été évaluées à 68% et 6%.<sup>29 30 31</sup>

### III- DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS ET D'INSCRIPTION DES PERSONNES MIGRANTES PRIMO-ARRIVANTES DANS UN PARCOURS DE SANTE

Cependant, l'accès aux soins des personnes migrantes rencontre plusieurs difficultés, tout d'abord, en raison d'une méconnaissance par ces populations de leur droit à la protection de leur santé et des différentes structures de soins. Cette prise en charge sanitaire doit également faire face aux barrières linguistiques, culturelles et financières, à une moindre intégration sociale ainsi qu'aux refus de certains soignants d'accéder à leur demande. L'état de santé initialement décrit comme meilleur que la population générale se dégrade à cause de la détérioration du lien social et de leur situation économique fragilisée.<sup>32 33</sup> Des différenciations dans la prise en charge de ces personnes par les professionnels de santé ont aussi été mises en

---

<sup>26</sup> Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, équipe Dsafhir. Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;(17-18):334-341.

<sup>27</sup> Syndrome psychotraumatique : CIM F43-1 État de stress post-traumatique (ESPT). Névrose traumatique en psychanalyse. Troubles co-morbides fréquents : CIM F41, F32, F33, F45.

<sup>28</sup> Trauma complexe ou DESNOS (Disorder of stress not otherwise specified). Pas de correspondance CIM, proche de F62-0. Formes de psychotraumatismes sévères liés à des violences extrêmes, marqués par des épisodes dissociatifs ainsi que par une modification durable de la personnalité et du rapport aux autres

<sup>29</sup> Veisse A, Wolmark L, Revault P, Giacopelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2017;(19-20):405-14.

<sup>30</sup> Comede. Rapport d'activité et d'observation 2019. p.80

<sup>31</sup> Petrucci M, Veisse A, Wolmark L, Fessard C, Weinich L, Rustico J. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;(17-18):327-333.

<sup>32</sup> Berchet C, Jusot F. Questions d'Economie de La Santé. 2012;(172):1-7.

<sup>33</sup> Hamel C, Moisy M. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2012;(2-3-4):21-24.

évidence et dénoncées.<sup>34 35 36</sup> Il a notamment été montré qu'un moins bon suivi périnatal des femmes immigrées était responsable d'un risque accru de complications pour les nouveau-nés mais avait aussi une incidence sur la morbi-mortalité des mères<sup>37</sup> d'autant plus que certaines complications de la grossesse surviennent davantage chez certaines populations, en particulier originaires d'Afrique sub-saharienne.<sup>38</sup>

En Allemagne, les travaux menés par l'équipe d'Anna Kuehne<sup>39</sup> sur le suivi des personnes diagnostiquées et traitées pour une tuberculose, a mis en évidence que les demandeurs d'asile avaient 2,4 fois plus de risque de ne pas avoir de succès thérapeutique, en particulier en raison d'un risque plus important d'être perdu de vue, qui était 2,3 fois plus fréquent pour les demandeurs d'asile. Ces résultats mettent en lumière la difficulté de réaliser un suivi pour ces personnes.

L'opportunité d'un premier recours aux soins à l'arrivée via le pôle de santé était donc particulièrement précieuse. Mais alors que le suivi des soins initiés apparaît primordial, celui-ci est fragilisé par l'évolution de la situation des personnes migrantes et leur réorientation sur d'autres sites. Les personnes une fois leur demande d'asile enregistrée, sont réorientées le temps de l'instruction de leur demande n'importe où en France y compris dans des zones sous dotées en termes de professionnels de santé. Le suivi médical est donc à la fois mis en difficulté par les importantes disparités territoriales dans l'offre de soins ; mais également par le nécessaire recours à de nouveaux services de santé.

L'organisation du parcours de santé en tant que prise en charge globale nécessitant l'action

---

<sup>34</sup> Défenseur des droits. Rapport sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Mars 2014 ; 47p.

<sup>35</sup> Grillo F, Soler M, Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2012;(2-3-4):45-47.

<sup>36</sup> Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;(17-18):341-50.

<sup>37</sup> Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Azria E. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(19-20):389-95.

<sup>38</sup> Urquia M, Glazier R, Mortensen L, Nybo-Andersen A, Small R, Davey M et al. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. The European Journal of Public Health. 2015;25(4):620-625.

<sup>39</sup> Kuehne A, Hauer B, Brodhun B, Haas W, Fiebig L. Find and treat or find and lose? Tuberculosis treatment outcomes among screened newly arrived asylum seekers in Germany 2002 to 2014. Eurosurveillance. 2018;23(11): 13-23.

coordonnée des acteurs des secteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé<sup>40</sup> s'impose pour ces patients orientés sur l'ensemble du territoire national. Les objectifs de ce parcours de santé sont également de garantir « la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ».<sup>41</sup> Sa mise en place représente un véritable défi, dont les bénéfices sont à la fois humains et financiers, individuels et collectifs.

En effet la rupture d'un suivi peut entraîner des retards diagnostiques, de prises en charge thérapeutiques et une évolution de l'état de santé actuel vers un état plus sévère avec des complications pour le patient.

Cette coordination des soins est aussi un enjeu de santé publique puisque l'état de santé de cette population non prise en charge, risque de se dégrader générant des coûts humains et financiers avec des prises en charge plus lourdes et plus longues. La perte des informations concernant le patient et les soins initiés occasionne de multiples recours aux soins notamment des investigations déjà réalisées pouvant comprendre des examens complémentaires coûteux, parfois risqués et invasifs et générer de la iatrogénie. Cependant, à notre connaissance, aucune étude médico-économique comparant les coûts d'un accès précoce et de la continuité des soins y compris pour des prises en charge non urgentes, à des coûts générés par l'accès ponctuel aux soins, notamment pour les situations les plus graves, n'a été réalisée pour la population des migrants primo-arrivants en France. Une expérimentation dérogatoire en région Bretagne<sup>42</sup> a été acceptée au titre de l'article 51<sup>43</sup> promouvant l'innovation en santé. Un de ses objectifs est de réaliser une évaluation médico-économique du projet de parcours de santé entre 2019 et 2022 proposé dont les résultats seront probablement éclairants.

---

<sup>40</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Lexique des parcours de A à Z – Janvier 2016 ; p.60

<sup>41</sup> Code de la santé publique – L. 1411-1

<sup>42</sup> Leroy H, Michel D, Chaplain J-M, Preter P, Fouquet L. Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville. Cahier des charges du Réseau Louis Guilloux. 9 mai 2019

<sup>43</sup> Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. JORF n°0305 du 31 décembre 2017 – texte n°1 - Article 51 / Code de la sécurité sociale - Article L. 162-31-1

#### IV- UN PARCOURS DE SOINS POUR CES PERSONNES INSUFFISAMMENT ETUDIE ET EVALUE

En France, peu d'études ont été conduites concernant l'accès aux services de soins des migrants primo-arrivants les plus vulnérables en particulier depuis le début de la crise migratoire européenne de 2015. Le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 5 septembre 2017, recense trois travaux menés dans les PASS<sup>44</sup>, sur les campements de Calais et Grande Synthe<sup>45</sup> et sur les centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens<sup>46</sup>. Les résultats de cette dernière étude ont d'ailleurs aidé à concevoir le pôle de santé du centre de premier accueil de la Porte de la Chapelle (CPA), lieu de notre étude. A notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a été réalisée sur le parcours de soins, le suivi et le devenir d'un point de vue de la santé globale des populations migrantes primo-arrivantes en situation de très grande vulnérabilité. L'objectif de cette étude était donc d'évaluer le parcours de soins des patients ayant consulté au pôle de santé du CPA. Étaient étudiés la coordination des soins entre le pôle de santé et les différentes structures d'aval, du temps de l'hébergement au CPA ; ainsi que le suivi des patients après leur transfert administratif hors du CPA.

---

<sup>44</sup> Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2017;(19-20):396-405

<sup>45</sup> Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 – octobre 2016. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2017;(19-20):374-81

<sup>46</sup> Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire. 2017;(19-20):382-88

## OBJECTIFS

### I- OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal était d'évaluer le parcours de soins des personnes migrantes ayant consulté au pôle de santé du CPA. Ce parcours comprenait les consultations au pôle de santé du CPA et en structures extérieures, ainsi que celles réalisées dans le cadre de recommandations médicales après transfert des patients dans des centres d'hébergement pour demandeurs d'asile.

Étaient en particulier évalués :

- le nombre des consultations réalisées notamment parmi les orientations réalisées ;
- les outils de suivi tels que la présentation d'un courrier pour une consultation et la récupération des résultats des examens réalisés en structure extérieure ;
- le nombre de perdus de vue à chaque étape.

### II- OBJECTIFS SECONDAIRES

Étaient également étudiés les objectifs secondaires suivants :

- Décrire la prise en charge des patients du CPA orientés vers une structure extérieure pour soins immédiats et notamment déterminer si des examens complémentaires ont été proposés et réalisés, le nombre de patients pour lesquels un traitement a été indiqué en structure extérieure et le nombre de patients ayant eu recours à un geste chirurgical ;
- Décrire le suivi de pathologies transmissibles (patients dont la séropositivité VIH a été diagnostiquée).

## MATERIELS ET METHODES

### I- CONCEPTION DE LA RECHERCHE : DESCRIPTION DE LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

#### A. Organisation du centre de premier accueil de la Porte de la Chapelle

Créé pour tenter d'apporter une réponse aux campements de rue et faciliter le dépôt des demandes d'asile des personnes migrantes primo-arrivantes, le CPA a ouvert ses portes en novembre 2016 à Paris. D'une capacité de 400 personnes, il était destiné aux hommes majeurs, isolés, les plus vulnérables. L'entrée était permise initialement par des recours volontaires puis par l'orientation à partir des accueils de jour ou des maraudes repérant ces personnes dans la rue et les campements. Le CPA permettait ainsi aux hébergés d'une part, de satisfaire leurs besoins vitaux (hygiène, alimentation et hébergement), et d'autre part, d'avoir un accès à des informations sur leurs droits et aux services de santé via le pôle de santé, le temps d'initier leur demande d'asile auprès du GUDA. Les personnes hébergées au CPA étaient orientées après l'enregistrement de leur demande au GUDA soit une dizaine de jours, dans de nouveaux centres d'hébergement pour demandeurs d'asile, le temps de l'instruction de leur demande d'asile (cf. introduction I-C.1-).

L'opérateur de l'hébergement était l'association Emmaüs, en charge de l'accueil et de l'information sur les droits, de l'hébergement, des repas, de la lingerie et des distributions de kits d'hygiène et de vêtements.

L'investissement du CPA a été financé à 20% par l'État et à 80% par Ville de Paris, notamment pour la mise à disposition du terrain et des travaux d'aménagement.

En ce qui concerne les frais de fonctionnement, l'hébergement était financé par le BOP 177, géré par la DRIHL en Île-de-France. L'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France finançait le pôle de santé et la Ville de Paris les campagnes de vaccination.

## **B. Organisation du pôle de santé du CPA**

Le pôle de santé était situé dans l'enceinte du CPA et assurait les soins de premiers recours, l'orientation et la coordination de la prise en charge avec des structures de soins extérieures si nécessaire.

Toute personne souhaitant consulter au pôle de santé du CPA était accueillie dans un premier temps pour un bilan infirmier réalisé par les infirmiers du Samusocial de Paris. Les données sociodémographiques, les antécédents médicaux, les traitements habituels et l'état thymique actuel étaient consignés dans le dossier du patient. Étaient également recueillies les caractéristiques du parcours migratoire et les éventuelles violences subies. L'infirmier renseignait également le(s) motif(s) de consultation et les paramètres vitaux. Une synthèse de ce bilan infirmier était remise au patient pour que celui-ci puisse la conserver.

A l'issue de cette évaluation paramédicale, lorsqu'une consultation de médecine générale ou psychiatrique était estimée nécessaire avec un médecin ou un psychiatre du pôle, un rendez-vous rapproché était fixé pour le patient. Les données de la consultation médicale étaient consignées dans le dossier médical (motif de consultation, orientation, diagnostic suspecté, traitements donnés au CPA). Le pôle de santé dispensait des soins primaires et ne disposait pas de plateau technique pour la réalisation d'examen complémentaires de laboratoire ni d'imagerie. Les traitements proposés étaient principalement symptomatiques. Les rares molécules curatives étaient des traitements infectieux (anti-scabieux, des fluoroquinolones sous forme orale et de collyre, des antifongiques topiques et le valaciclovir topique) ainsi qu'un antidépresseur (paroxétine) et un antipsychotique (chlorpromazine).

Le pôle de santé était ouvert tous les jours de la semaine de 9h à 19h et le week-end de 10h à 18h. Des traducteurs dans les langues dari, pashtoun et arabe étaient présents au pôle de santé. Un service d'accueil permettant notamment la prise de rendez-vous, était assuré par des personnes recrutées dans le cadre de leur service civique. Tous les intervenants étaient présents en permanence hormis les médecins assurant onze à douze demi-journées de consultation par semaine et les psychiatres trois demi-journées par semaine. Les vacances de médecine générale avaient été à l'ouverture du pôle de santé, assurées par l'association Médecin du Monde. Le service de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) de l'hôpital Bichat-Claude Bernard en avait repris la responsabilité par la suite. Enfin les consultations de psychiatrie étaient menées par les médecins d'équipe mobile de psychiatrie précarité (EMPP) du groupement hospitalier de territoire « Psychiatrie et Neurosciences » de Paris.

Ces initiatives de premiers recours permettaient donc d'initier une prise en charge médicale pour les personnes migrantes primo-arrivantes reposant sur une démarche à la fois diagnostique, thérapeutique et de prévention avec en aval une collaboration entre le pôle de santé du CPA et différentes structures de soins.

En effet pour compléter cette prise en charge locale, le pôle de santé du CPA pouvait orienter les patients le nécessitant vers différentes structures de soins extérieures situées à Paris : permanences d'accès aux soins de santé (PASS), services d'accueil des urgences (SAU), SMIT de l'hôpital Bichat-Claude Bernard, centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), urgences dentaires / bus dentaire, urgences ORL, centres médico-sociaux (CMS), pôles médico-sociaux (PMS), centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) et Comité médical pour la santé des exilés (Comede).

Ainsi ces orientations permettaient le recours à un médecin spécialiste, la réalisation d'examens complémentaires, la délivrance d'un traitement curatif ou une hospitalisation ; dans les cas où ceux-ci ne pouvaient être différés après le transfert administratif du patient.

Après ces consultations extérieures, le patient était revu au pôle de santé du CPA dans le cadre d'une consultation de suivi. Le dossier médical était complété notamment en ce qui concernait les diagnostics, les examens complémentaires réalisés, les traitements prescrits et dispensés, ainsi que les gestes chirurgicaux réalisés. Le suivi de la prise en charge pouvait ainsi être assuré.

### **C. Organisation du suivi médical après transfert administratif vers un centre d'hébergement pour demandeurs d'asile**

Si un professionnel de santé du pôle santé du CPA jugeait nécessaire de réévaluer ou de s'assurer du suivi d'une problématique médicale après le transfert administratif du patient dans un nouveau centre d'hébergement, plusieurs outils pouvaient être utilisés par le pôle de santé.

1- Un **courrier** correspondait à une lettre de liaison à destination d'un professionnel de santé rédigée par un soignant du pôle de santé du CPA lorsqu'il estimait nécessaire de réévaluer une situation médicale après transfert. La réalisation de la lettre de liaison ne préjugait pas de l'accessibilité du réseau de soins, ni de la réévaluation rapprochée à l'arrivée au lieu de transfert. Elle était remise au patient.

2- En outre, une « **recommandation médicale** » (RM) pouvait être émise par un professionnel de santé du pôle de santé, pour toute situation pour laquelle celui-ci préconisait une **réévaluation médicale** :

- **rapprochée**, après l'arrivée au lieu de transfert ;
- et nécessitant la **proximité d'un réseau de soins**.

Les lieux de transfert considérés comme bénéficiant d'un réseau de soins suffisamment important pour répondre à ces situations devaient donc se situer dans une ville où se trouvait soit un centre hospitalier, soit un centre hospitalier régional ou soit un centre hospitalier universitaire si localisé hors Île-de-France.

Ces centres, CHUM en Île-de-France et CAO en province, étaient pourvus de partenaires sociaux. Les patients dont nous avons suivi les recommandations médicales, n'ont été orientés que dans des CAO en province, des CHUM franciliens ou en hôtels. Les autres dispositifs d'hébergement pour les demandeurs d'asile qui coexistaient alors (cf. introduction I-C.1-) n'ont pas été sollicités pour ces patients. De plus, l'orientation en hôtel n'était pas considérée comme une recommandation respectée car le patient ne pouvait pas bénéficier d'un accompagnement par un partenaire social pour la prise de rendez-vous.

En cas de RM, un courrier était rédigé par un professionnel de santé du pôle à destination du partenaire social de la structure d'accueil sollicitant son intervention pour un accompagnement, et notamment pour la prise de rendez-vous médical avec le professionnel de santé souhaité. Ce courrier ne mentionnait pas les données de santé dont la confidentialité était respectée. Il était également remis au patient afin que celui-ci le présente à son arrivée.

La RM pouvait **spécifier en « Île-de-France (IdF) »** pour les patients dont le transfert était préconisé spécifiquement en Île-de-France. Elle concernait principalement les patients ayant initié des soins en structure d'aval du temps de leur hébergement au CPA et pour lesquels, la continuité de leur prise en charge dans ce lieu était souhaitée. Lorsque ce n'était pas le cas (« **recommandation non spécifiée IdF** »), le patient pouvait alors être transféré en Île-de-France ou en province sans distinction.

Cette demande non contraignante, était réalisée par un professionnel du pôle de santé auprès des organismes attribuant les destinations des lieux de transfert à la sortie du CPA qu'étaient le Groupement d'intérêt public habitat et interventions sociales (GIP-HIS) pour les CHUM en Île-de-France dans le cadre du BOP 177 et l'OFII pour les CAO intégrés au BOP 303.

Une RM était le plus souvent accompagnée d'un courrier à destination du professionnel de santé sollicité, tel que décrit ci-dessus (C.a.)

Pour davantage de lisibilité sur les différentes structures d'accueil des personnes migrantes, le Tableau 1 récapitule les principaux dispositifs d'hébergement auquel ce travail fait référence.

Dispositifs	Public accueilli	Modalités d'entrée dans le dispositif	Missions	Coût (€) /jour /personne	Textes précisant ou encadrant ces dispositifs
Centre de Premier Accueil de La Porte de la Chapelle (CPA) <i>Remplacé par les CAES depuis sa fermeture le 31.03.2018</i>	Initialement conçu comme le « point d'entrée unique » pour les hommes isolés arrivant à Paris souhaitant déposer une demande d'asile	Personnes identifiées par les associations réalisant les maraudes ou sollicitant le SIAO, orientées par l'OFII	- Mise à l'abri sans délai pour une orientation rapide, en pratique environ une semaine après leur arrivée, vers d'autres dispositifs d'hébergement suite à l'examen des situations administratives. - Informations sur les droits au séjour des étrangers, rendez-vous au GUDA - Accès aux soins (pôle de santé sur place en IdF et hors IdF mise en relation avec les services de soins) - Service de restauration 3 repas /jour	47	- Les données sur les migrants, juin 2018, DRIHL - Convention du centre humanitaire de Paris-Nord 18 signée entre l'État, la Ville de Paris et Emmaüs Solidarités.
Centre d'Accueil et d'Examen de Situation Administrative (CAES)	Personnes occupant des campements ou hébergées dans des places d'hébergement de droit commun dans l'attente d'une orientation du DNA, et souhaitant déposer une demande d'asile			25	- Information du 31/12/2018 relative au parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale - L. 744-3 CESEDA
Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO) <i>Fermeture totale du parc et transformation en HUDA prévue fin 2020</i>	« Personnes migrantes sans abri, isolées ou non, quel que soit leur statut au regard du droit au séjour et de la demande d'asile. »	Initialement créé pour accueillir des personnes orientées depuis Calais. Maintenu pour le "desserrement francilien" via l'orientation de l'OFII par le CPA	- Hébergement de transit de plus longue durée - Aide à l'ouverture des droits sociaux, mise en relation avec les services de soins - Service de restauration avec 3 repas /jour	24 à 29 avant 2019 diminué à 23 à partir de l'année 2019	- Charte de fonctionnement des centres d'accueil et d'orientation - L. 744-3 CESEDA - Information du 31/12/18 relative au parc d'hébergement des DA et des bénéficiaires de la protection internationale
Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants (CHUM) <i>Fermeture totale du parc / transformation en HUDA au 31.03.19</i>	- Migrants évacués des campements parisiens et dont l'orientation a été faite via le CPA ; - Spécificité francilienne ( <i>Exception CHUM d'Ivry</i> )	Orientation par le GIPHIS pour la DRIHL (service de la préfecture de Paris et d'Île-de-France)		30 à 60	- Vade-mecum des gestionnaires de centres – hébergement et accompagnement des migrants à Paris et en IdF
Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) <i>Fusion des CHUM / CAO / AT-SA depuis le 01.04.18</i>	Personnes demandeuses d'asile (toutes procédures bien que priorité aux personnes en procédures de suspension et accélérée) orientées par l'OFII ; déjà passées en GUDA	Orientation par l'OFII	- Hébergement de transit de plus longue durée - Évaluation des vulnérabilités - Aide à l'ouverture des droits sociaux, mise en relation avec les services de soins (Restauration prise en charge par la personne hébergée)	A partir de 2019 : - 18 en IdF - 16,25 hors IdF	- Information du 31/12/2018 relative au parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale - L. 744-3 CESEDA - L. 312-1 et L.348-1 CASF pour les CADA
Centre d'accueil pour demandeur d'asile (CADA)	Personnes demandeuses d'asile en procédure normale ou accélérée			19,50	

Tableau 1 - Synthèse des principaux dispositifs d'hébergement mentionnés pour les personnes migrantes primo-arrivantes et demandeuses d'asile

## **D. Description de la méthodologie de la recherche**

### 1- Une étude observationnelle rétrospective

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et observationnelle, menée au pôle de santé du centre de premier accueil de la Porte de la Chapelle à Paris (75018). L'inclusion des patients a été réalisée sur douze semaines consécutives du 8 janvier au 30 mars 2018. Le recueil de l'ensemble des données s'est déroulé du 8 janvier au 7 juin 2018, soit sur 21 semaines et 3 jours.

La participation a été proposée à tous les patients consultant au pôle de santé du CPA sur cette période.

### 2- Sélection des personnes de la recherche

#### a- Critères d'inclusion

Ont été inclus les patients hébergés au CPA consultant volontairement au pôle de santé du CPA et ne s'opposant pas verbalement à l'information délivrée oralement de façon claire, loyale et appropriée, en français ou anglais par l'équipe soignante ou par un interprète dans les trois autres langues les plus communément rencontrées au centre d'accueil : arabe, pachtoun ou dari.

#### b- Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus les patients, ne pouvant recevoir l'information et/ou s'exprimer vis-à-vis de la recherche (notamment barrière de la langue).

## **II- RECUEIL DES DONNEES**

Les données ont été recueillies à l'aide de fiches de recueils infirmiers et médicaux (Annexes 1 à 4) après vérification des critères d'inclusion. Il y avait quatre bureaux de consultation au pôle de santé. Deux bureaux étaient dédiés pour les consultations d'accueil par les infirmiers diplômés d'État (IDE), lors desquelles étaient complétées les fiches « bilan IDE ». Le médecin

généraliste réalisait ses consultations dans un troisième bureau et complétait alors la fiche de « consultation simple ». Enfin le dernier bureau était réservé aux consultations de suivi IDE (fiche de consultation simple ou fiche de retour de structure extérieure). Dans chaque bureau se trouvait une corbeille avec les fiches vierges et une autre où déposer les fiches remplies. Ces corbeilles étaient vidées deux fois par semaine par les investigateurs qui intégraient les données consignées dans un cahier électronique CleanWeb. Son contenu a été déclaré avant le début effectif de la recherche conformément à la loi et rendu anonyme pour l'analyse.

Tous les patients répondant aux critères d'inclusion ont été colligés. Dans ce cahier d'observation électronique, figuraient notamment :

- le numéro d'inclusion du patient (référence) ;
- la première initiale du nom et du prénom du patient ;
- l'âge du patient ;
- les critères d'inclusion et de non-inclusion ;
- la date d'inclusion et de fin l'étude ;
- les données sociodémographiques, les antécédents médicaux, les données de vaccination, les données du parcours migratoire avec notamment les éventuelles violences vécues ;
- l'évaluation psychologique du patient lors du bilan infirmier ;
- le(s) motif(s) de consultation au pôle de santé du CPA ;
- l'orientation pour une consultation de psychiatrie au CPA ;
- le recours à une consultation médicale (nombre de consultations et dates) ;
- le suivi IDE au CPA (nombre de consultations et dates) ;
- l'orientation en structure extérieure pour soins immédiats ;
- les consultations de suivi renseignant la prise en charge dans ces structures extérieures notamment les éventuels examens complémentaires réalisés, les traitements prescrits et les gestes chirurgicaux réalisés ;
- les diagnostics médicaux ;
- les traitements donnés au pôle de santé du CPA ;
- la rédaction d'un courrier pour prise en charge après transfert et l'éventuelle recommandation médicale émise et leur spécification éventuelle (« IdF » ou « non spécifiée IdF ») ;
- le respect de la recommandation selon la destination du patient post-transfert ;

- la bonne arrivée du patient dans le cas d'une recommandation émise par le pôle de santé ;
- la prise d'un rendez-vous avec le professionnel de santé concerné et la consultation honorée dans le cas d'une recommandation.

Le recueil était réalisé dans le cadre de deux projets de recherche parallèles, le premier ciblant les problématiques médicales et le second le parcours de soins.

La durée de participation pour chaque patient était celle de son séjour au CPA à partir de sa première consultation au pôle de santé à sa dernière consultation au pôle ou, lors d'une recommandation médicale, à la date du recueil du suivi après son transfert auprès du partenaire social du CAO ou du CHUM.

Pour les personnes pour lesquelles une recommandation médicale avait été émise par le pôle de santé, les personnes travaillant au GIP-HIS et à l'OFII présentes au CPA renseignaient l'investigatrice principale sur les destinations de transfert effectives des patients via une base de données après accord des responsables de cette base que sont l'OFII et la préfecture de Paris et d'Île-de-France. L'OFII avait en effet donné son autorisation ainsi que les coordonnées des directeurs de l'ensemble des CAO dont elle avait la responsabilité des transferts en province. En revanche, la préfecture de Paris et d'Île-de-France responsable de l'ensemble des CHUM, n'a autorisé l'investigatrice principale à ne recontacter que trois CHUM situés à Paris et à Villejuif.

Le respect de la recommandation médicale était déterminé selon les définitions des termes du suivi après le transfert administratif du patient.

Dans notre base de recueil, étaient concernées par des recommandations médicales, les villes répertoriées dans le tableau 2, en dehors de l'Île-de-France. Les villes ne disposant pas de centre hospitalier, centre hospitalier régional ou universitaire n'étaient donc pas retenues. En effet leur présence est le critère retenu dans l'étude pour que l'offre de soins soit considérée comme suffisante.

Nombre de villes concernées	Villes des CAO	Centre hospitalier dans la ville	Respectée
1	BELFORT	oui	oui
2	BORDEAUX	oui	oui
3	BLOIS	oui	oui
4	BOURGES	oui	oui
5	CHATELLERAULT	oui	oui
6	LA MOTHE SAINT HERAY	non	non
7	LE HAVRE	oui	oui
8	LE MANS	oui	oui
9	LONS LE SAUNIER	oui	oui
10	MONTPELLIER	oui	oui
11	MULHOUSE	oui	oui
12	NAINTRE	non	non
13	ROUEN	oui	oui
14	SEGRE EN ANJOU	oui	oui
15	TOULOUSE	oui	oui
16	VILLARS LES DOMBES	non	non
17	ANNECY	oui	oui
18	AUXERRE	oui	oui
19	LORIENT	oui	oui

Tableau 2 - Villes répondant aux critères de la RM (hors IdF)

Les centres de transfert (CAO ou CHUM) étaient joints par téléphone par deux investigatrices de l'étude (Clémentine de La Porte et Marie Cortier), pour chaque patient pour qui une recommandation médicale avait été émise au pôle de santé et dont l'accord de l'OFII ou de la préfecture de Paris et d'Île-de-France avait été donné pour cet appel.

Il a ainsi été vérifié auprès du partenaire social de la structure d'accueil :

- que le patient était bien arrivé sur le lieu de transfert ;
- que le patient avait présenté le courrier pour une demande de rendez-vous avec un professionnel de santé ;
- que ce rendez-vous avait été programmé ;
- que le patient avait honoré la consultation vers laquelle il était orienté.

Les perdus de vue étaient renseignés.

Ainsi la figure 2 résume les différents temps de recueil des informations sur le suivi des patients inclus dans l'étude.

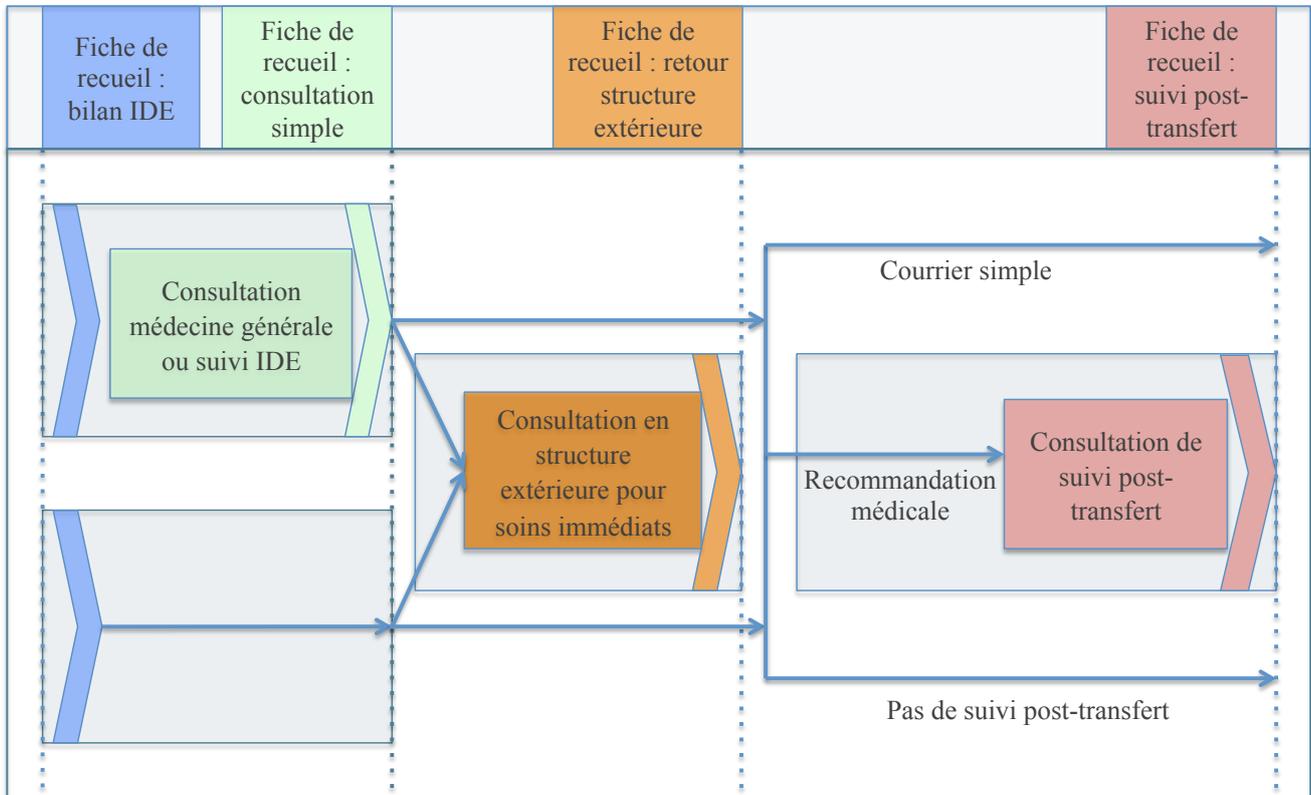


Figure 2 - Schéma du suivi des patients inclus et des différents temps de recueil des données

### III- ASPECTS ETHIQUES

Une information individuelle, claire, loyale et appropriée était systématiquement et préalablement donnée sur les modalités et les possibilités de refus ou de retrait au cours de l'étude, sans que celle-ci ne modifiât la prise en charge médicale. Les traducteurs en présentiel en pashtoun, en dari ou arabophones, permettaient d'en assurer la bonne compréhension. Dans le cas de difficultés de compréhension ou d'opposition à la recherche, le patient n'était pas inclus. Cette recherche entrait dans le champ de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel, mise en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement exprès ou écrit de la personne concernée. L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), gestionnaire de la

recherche, avait signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence ». Une base de données a été extraite pour son exploitation dans le cadre de la recherche à partir du cahier d'observation électronique cleanWEB, pour une sécurisation optimale des données, dans le cadre du Marché Public conclu entre l'AP-HP et TELEMEDECINE TECHNOLOGIES S.A. Ces données étaient centralisées sur un serveur hébergé au Département des Services Opérationnels (DSO) de l'AP-HP, 67 boulevard Bessières, 75017 Paris. Les données ont été rendues totalement anonymes lors du remplissage du cahier informatique sans retour possible vers l'identité des patients.

Le Comité d'évaluation éthique de l'INSERM avait émis un avis favorable pour cette étude dont le numéro est le 18-452.

#### IV- STATISTIQUES

Les données ont été décrites par groupe et par les paramètres statistiques usuels suivant la nature de la variable : effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, médianes, écarts-types et étendues interquartiles pour les variables quantitatives. L'analyse bivariée a été réalisée en utilisant le test du Chi<sup>2</sup> ou le test de Fischer si nécessaire pour les variables qualitatives, et en utilisant le test de Student ou le test de Wilcoxon Mann-Whitney pour les variables quantitatives, selon le nombre de patients présents dans chaque groupe. Les tests ont été considérés comme significatifs si la valeur du p était inférieure à 0,05.

Toutes les analyses ont été réalisées via le logiciel STATA version 12.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, USA).

## RESULTATS

### I- ANALYSE QUANTITATIVE

Lors de la période d'inclusion, 2047 personnes ont été hébergées au CPA. Parmi elles, 943 ont consulté au pôle de santé (nombre de bilans IDE enregistrés par le Samusocial de Paris), soit 46%. Sept cent vingt-huit patients ont été inclus suite à un premier bilan infirmier. Deux fiches de recueil font part de l'opposition des patients à participer à l'étude. Les 213 autres patients (23%) n'ayant pas été inclus, sont ceux pour lesquels aucune fiche de recueil n'a été remplie pour une raison non renseignée, parmi un oubli du soignant, ou dans le cas où l'information au sujet de l'étude ne pouvait être ou n'était pas comprise du patient. Ces données sont reprises dans la figure 3.

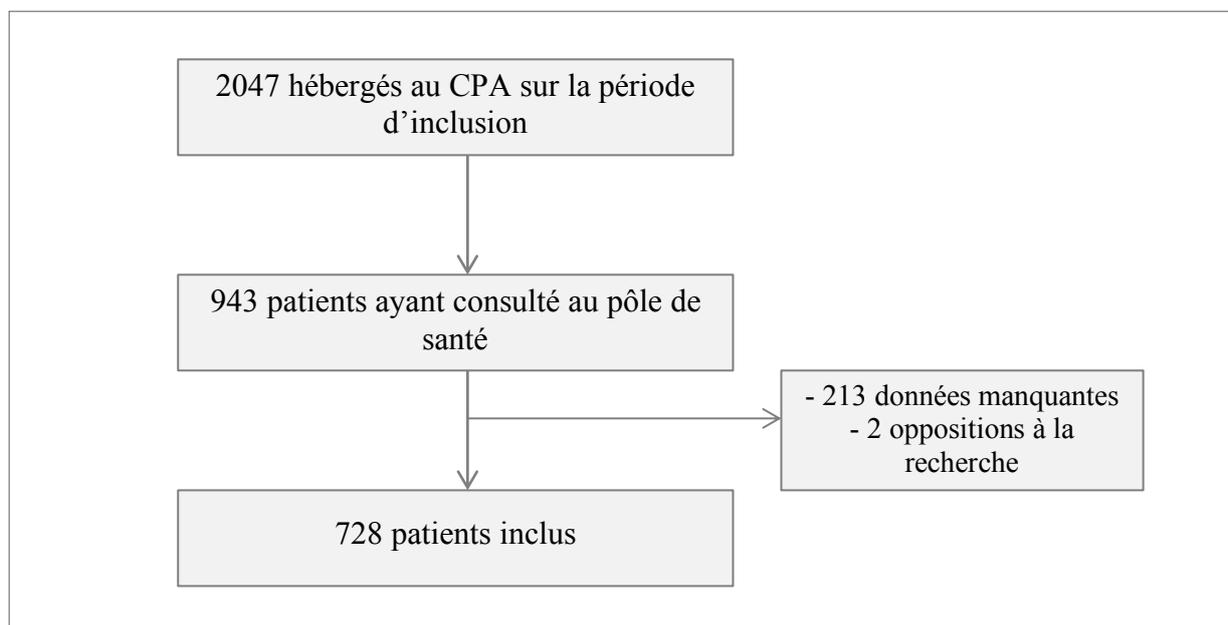


Figure 3 - Flow chart

## **A. Description des patients inclus**

Les principales caractéristiques sociodémographiques des patients inclus sont rapportées dans le tableau 3. Ces patients étaient des hommes jeunes dont l'âge médian était de 26 ans ([EIQ 23-30], n = 721). Quatre-vingt-neuf pour cent d'entre eux étaient originaires de pays non francophones (n = 630 /710). En outre, 23% de ces patients n'avaient pas été scolarisés (n = 127 /553) et 28% avaient arrêté leur scolarité au niveau de primaire (n = 154 /553).

Ils étaient principalement originaires d'Asie (49%, n = 346 /710), d'Afrique subsaharienne (32% ; n = 227 /710) et des Proche et Moyen-Orient (17%, n = 118 /710). Les motifs évoqués de migration étaient majoritairement la guerre pour 50% d'entre eux (n = 256 /511) et /ou l'opposition politique pour 22% (n = 114 /511).

Au cours de leur trajet migratoire d'une durée médiane de 25 mois ([EIQ 10-37], n = 600), ces patients avaient traversé en nombre médian 5 pays ([EIQ 3-7], n = 589). Soixante-dix pour cent des patients (n = 311 /447) ont déclaré avoir subi des violences lorsque la question avait été abordée par les soignants du pôle. Environ un quart avait été emprisonné (n = 162 /662), et quand le pays a pu être précisé, il ressort que cet emprisonnement avait eu lieu majoritairement en Libye (59%, n = 79 /134).

Ces patients étaient particulièrement vulnérables. En effet, ces hommes étaient en situation de grande précarité sociale et avaient la rue comme dernier lieu de vie avant leur arrivée au CPA dans 85% des cas (n = 485 /568). Ils étaient pour une grande majorité sans ressource et la quasi totalité ne bénéficiait pas d'une couverture sociale (96%, n = 642 /671).

La plupart ne rapportait pas d'antécédent médical (65%, n = 445 /689). Pourtant au cours de leur parcours, 22% des patients rapportaient avoir été hospitalisés mais cette donnée n'a été recueillie que chez un faible nombre de patients (n = 54 /247). Ces hospitalisations avaient lieu dans 77% (n = 40 /52) des cas dans un pays membres de l'Union européenne. Cinquante-quatre pour cent des patients ont dit avoir eu une consultation médicale avant leur entrée au CPA (n = 253 /467).

L'évaluation psychologique lors du bilan infirmier révélait qu'une part importante des patients était en état de souffrance puisque 39% se disaient tristes (n = 222 /570) et des troubles du

sommeil étaient retrouvés pour 43% des patients (n = 245 /570) témoignant d'une anxiété majeure chez ces personnes. Environ deux tiers se disaient isolés sans famille, ni amis en France (n = 376 /596). Sept pour cent des diagnostics réalisés du temps du CPA relevaient de troubles psychiatriques de l'humeur, anxieux ou psychotiques (n = 81 /1108).

Sur le plan somatique, presque un tiers des diagnostics réalisés concernaient les maladies infectieuses (n = 341 /1108) avec pour 57% des infections ORL et respiratoires (n = 194 /341). Des épidémies de gale et punaises de lit sévissaient dans le centre avec des diagnostics réalisés respectivement chez 51 (7%, n = 724) et 12 patients (2 %, n = 724).

Les patients souffraient ensuite, par ordre de fréquence, d'atteintes ostéo-articulaires et de lésions traumatiques (21%, n = 229 /1108) puis d'affections digestives (14%, n = 155/ 1108).

Certaines des données citées ci-dessus ont fait l'objet d'un second travail de recherche mené en parallèle sur les parcours migratoires, les motifs de recours aux soins et les diagnostics réalisés pour ces patients ; à l'occasion duquel elles ont été approfondies.<sup>47 48 49</sup>

Sexe (n = 728)	n (%)
Hommes	728 (100)
Age (n = 721)	médiane [IQ] (en année)
	26 [23-30]
Niveau scolaire (n = 553)	n (%)
Illettrisme	127 (23)
Primaire	154 (28)
Secondaire	207 (37)
Université	65 (12)
Statut marital (n = 413)	n (%)
Célibataire	254 (61)
Concubinage	4 (1)
Divorcé	4 (1)
Marié	151 (37)
Catégorie socio-professionnelle (n = 392)	n (%)
Agriculteur	43 (11)

<sup>47</sup> De la Porte C. État de santé des demandeurs d'asile vulnérables consultant au Pôle Santé du Centre de Premier Accueil de la Porte de La Chapelle à Paris. Description des origines et du parcours migratoire. Prise en charge proposée. Thèse pour le diplôme de Docteur en médecine soutenue le 9 avril 2019

<sup>48</sup> De la Porte C, Cortier M, Papot E, Goudjo A, Guenneau L, Riou F et al. État de santé des personnes migrantes vues au pôle santé d'un centre de premier accueil en France. Médecine et Maladies Infectieuses. 2018;48(4):S20.

<sup>49</sup> De la Porte C, Cortier M, Papot E, Goudjo A, Guenneau L, Riou F et al. Parcours migratoire des demandeurs d'asile vers la France. Médecine et Maladies Infectieuses. 2019;49(4):S125.

Artisan, commerçant	97 (25)
Etudiant	48 (12)
Catégorie socioprofessionnelle supérieure	11 (3)
Employé	87 (22)
Ouvrier	46 (12)
Sans profession	58 (15)
Autre	2 (0)
Région d'origine (n = 710)	n (%)
Afrique sub-saharienne	227 (32)
Asie	346 (49)
Maghreb	16 (2)
Proche et Moyen-Orient	118 (17)
Autre	3 (0)
Originaire d'un pays francophone (n = 710)	n (%)
Oui	80 (11)
Non	630 (89)
Motifs de départ (n* = 511)	n (%)
Économique	28 (6)
Guerre	256 (50)
Opposition politique	114 (22)
Problème familial	42 (8)
Santé	10 (2)
Autre	61 (12)

*n\* nombre de motifs répondus (un même patient pouvant évoquer plusieurs motifs)*

Tableau 3 : Description de la population de l'étude

## **B. Suivi des soins dispensés au pôle de santé**

Parmi les 728 patients inclus suite à un premier bilan infirmier, 84% d'entre eux (n = 611 /725) ont bénéficié d'un suivi au pôle de santé. Ce bilan a ainsi été complété d'une part pour 90% des patients (n = 547 /611) par au moins une consultation de médecine générale et d'autre part pour 26% (n = 160 /611) d'entre eux, par un suivi infirmier (figure 4). Le délai médian entre le bilan infirmier d'entrée et une consultation était de 1 jour ([EIQ 0-2], n = 477).

Quatre-vingt-trois pour cent (n = 592 / 716) des patients inclus ont eu une dispensation de traitements médicamenteux, principalement antalgiques, pour 37% des molécules prescrites (de paliers 1 (n = 474 / 1 363) et 2 (31 / 1363)) puis symptomatiques pour des troubles digestifs (n = 177 / 1363, n = 13%).

Vingt-quatre pour cent (n = 147 / 611) des patients ont été orientés en consultation de psychiatrie au CPA (figure 4).

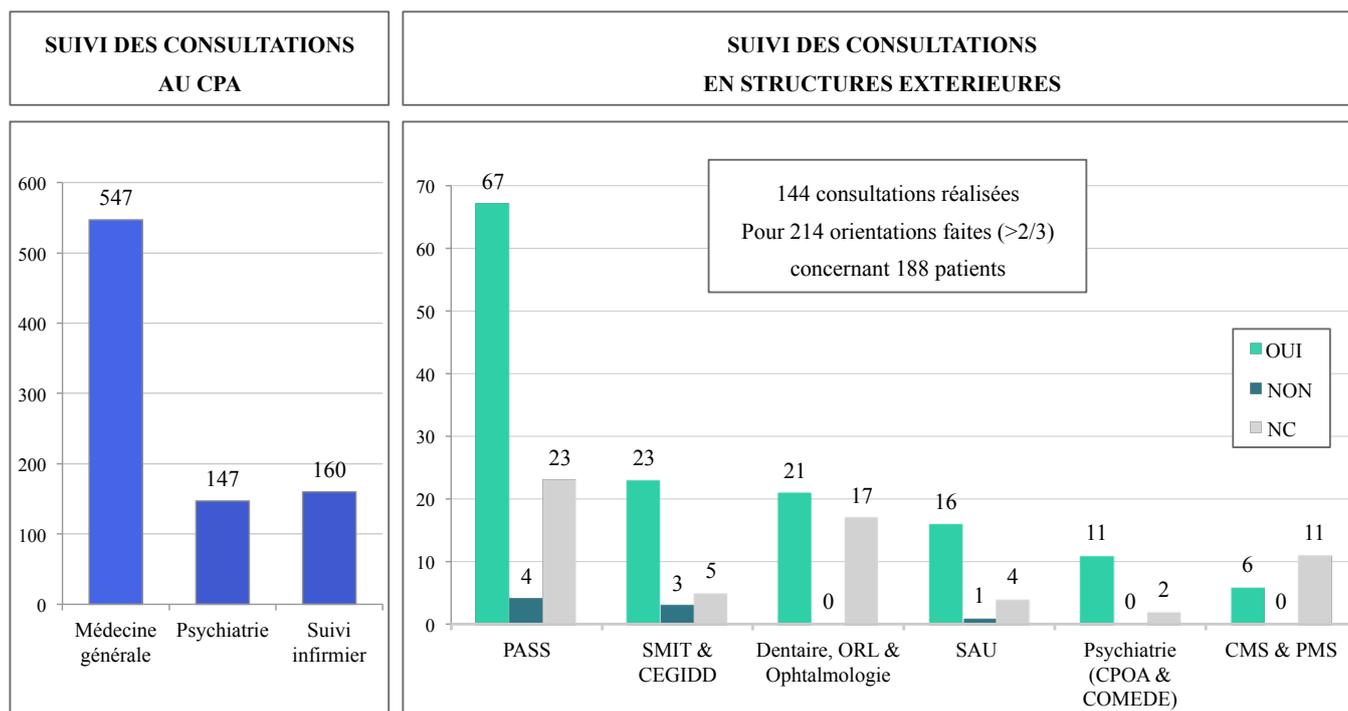


Figure 4 - Orientations et suivis après un premier bilan infirmier au pôle de santé du temps de l'hébergement au CPA

### C. Coordination des soins avec les structures extérieures au CPA

Deux-cent-quatorze orientations ont été faites du temps de l'hébergement au CPA dans les structures extérieures pour des prises en charge ne pouvant être différées après le transfert administratif du patient. Elles concernaient 188 patients (26%, n = 728). Ces orientations sont décrites dans la figure 4. Les PASS étaient les principaux lieux d'orientations (44%, n = 94 / 214). En seconde position, les patients étaient orientés pour des soins dentaires, ORL et ophtalmologiques (18%, n = 38 / 214). Quatorze pour cent des orientations étaient relatives à

une prise en charge spécifiquement infectieuse au SMIT ou au CeGIDD (n = 31 /214). Les urgences générales représentaient 10% des orientations (n = 21 /214), les PMS et les CMS 8% (n = 17 /214). Enfin les orientations restantes concernaient des prises en charge psychiatriques au CPOA ou au Comede (6%, n = 13 /214).

La réalisation de plus de deux tiers des consultations a ainsi pu être confirmée (n = 144 /214) par le renseignement des soins dispensés lors d'une nouvelle consultation de retour au pôle de santé. Pour les autres orientations, 4% (n = 8 /214) n'ont pas eu lieu et pour les 29% restants (n= 62 /214), l'information n'a pas été renseignée.

Les ratios des consultations réalisées /demandées étaient respectivement 67 /94 (71%) en PASS, 21 /38 (55%) en ophtalmologie/ORL/dentaire, 23 /31 (74%) en infectiologie, 16 /21 (76%) au SAU, 11 /13 (85%) en psychiatrie et 6 /17 (35%) dans les CMS et PMS, décrits dans la figure 4.

Ces consultations étaient obtenues dans un délai médian entre l'inclusion et la première consultation de retour de structure extérieure de 4 jours ([EIQ 2-7], n = 88), quand l'information était renseignée.

En structure extérieure, la prise en charge pouvait être complétée avec un ou plusieurs examen(s) complémentaire(s). Ces examens étaient réalisés soit à visée diagnostique, soit à titre de dépistage. Les dépistages n'étaient pas proposés de façon systématique. Ils étaient réalisés soit à l'initiative de la structure extérieure et notamment de certaines PASS et du SMIT/CeGIDD, ou à la demande d'un professionnel de santé du pôle. Ainsi sur la période de l'étude, 49 /188 (26%) patients ont eu au moins un examen de dépistage.

Au total, environ la moitié des patients adressés en structure extérieure (49%, 92 /188) a eu au moins un examen biologique ou radiologique. Pour 86% de ces patients, au moins un de ses examens avait été récupéré par le pôle de santé (tous 58% (n = 53 /92) et en partie 28%, (n = 26 /92)). Les quatorze pour cent restants n'ont pas été récupérés (n = 13 /92).

Concernant la prise en charge thérapeutique en structure extérieure, au moins un traitement médicamenteux avait été prescrit ou dispensé pour 69% des patients vus (n = 84 /121) et un geste chirurgical réalisé pour 11% d'entre eux (n = 14 /124). La grande majorité des gestes chirurgicaux relevait de soins dentaires.

#### **D. Continuité des soins après le transfert administratif des patients**

Parmi les 728 patients inclus, 121 recommandations médicales ont été émises par le pôle de santé, dont 63 « recommandations IdF » (52%) et 58 « non spécifiées IdF » (48%). Leur devenir est détaillé en figure 5.

Soixante-dix-neuf pour cent des « recommandations non spécifiées IdF » ont été suivies (n = 46 /58), c'est-à-dire orientées en respectant les critères de RM tels que définis.

Parmi les 63 « recommandations IdF », 19 avaient été respectées de façon certaine (30%). Une seule avait été orientée en hôtel et donc ne répondait pas à la définition de RM. Le lieu de destination était resté inconnu pour 43 d'entre elles du fait du refus de la préfecture de nous renseigner.

Au total, c'est le devenir de 60 recommandations qui est resté inconnu du fait de l'absence d'autorisation de la préfecture pour appeler les centres destinataires ou connaître leur devenir. En effet, pour les « recommandations IdF », les destinations n'ont pas été connues en dehors de quatre centres par décision de la préfecture de Paris et d'Île-de-France. La préfecture malgré les destinations connues pour les patients de quatre centres, nous a demandé de ne joindre que trois des centres, expliquant que quatre patients n'aient pas été contactés.

Pour les recommandations « non spécifiées IdF », les treize patients non contactés sont ceux ne faisant pas partie des trois CHUM en Île-de-France pour lesquels nous avons l'accord de la préfecture.

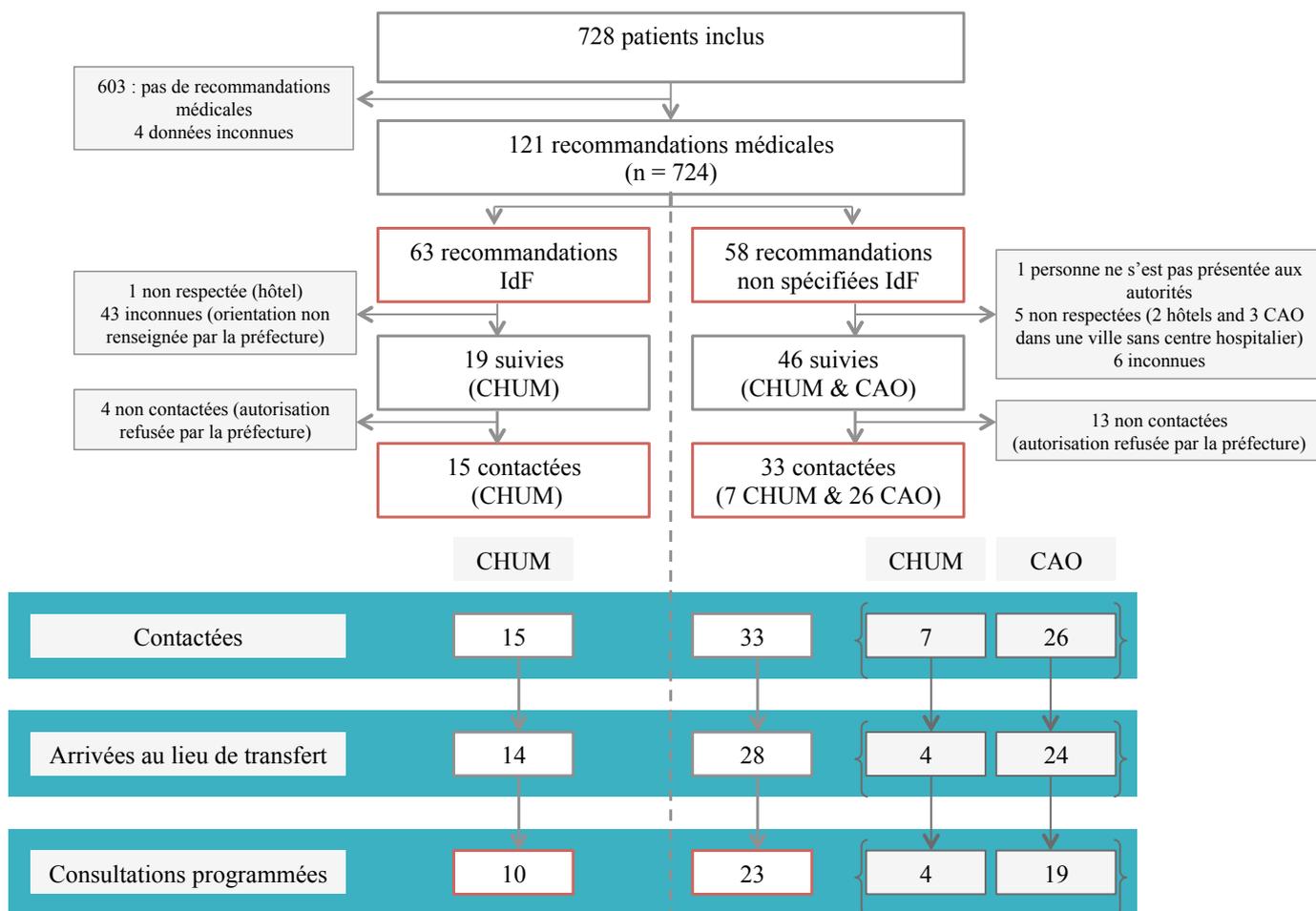


Figure 5 : Devenir des recommandations médicales

Nous avons cherché à savoir si les recommandations « IdF » étaient bien associées à une consultation préalable dans une structure extérieure du temps du CPA, ce qui est le cas pour trois quart de ces recommandations (n = 11/15) comme présenté en figure 6.

	15 RM « IdF »	33 RM non spécifiées IdF
Non adressées en structure extérieure	4 (27%)	20 (61%)
Adressées en structure extérieure	11 (73%)	13 (39%)

Détails des recommandations adressées en structure extérieure :

PASS (+/- dentaire)	6	4
COMEDE (+/- PASS) ou CPOA (+/- SAU)	3	0
SMIT (+/- PASS) ou GeGIDD	2	4
SAU	0	1
Ophthalmologie, ORL ou dentaire	0	3
CMS ou PMS	0	1

*Tableau 4* - Association d'un suivi initié en structure extérieure du temps de l'hébergement au CPA pour les patients ayant bénéficié d'une recommandation médicale selon qu'elle soit spécifiée IdF ou non

Parmi les recommandations suivies et pour lesquelles nous avons l'autorisation de contacter les centres, les résultats sont présentés en différenciant les « recommandations IdF », des « recommandations non spécifiées IdF » (figure 5).

Ainsi parmi les « recommandations IdF », 93% (n = 14 /15) des patients sont bien arrivés au lieu de transfert et pour les « recommandations non spécifiées », ce pourcentage était de 85% (n = 28 /33). Les 4 personnes non arrivées en CHUM quel que soit le type de recommandation, étaient toutes adressées dans le même CHUM.

Il a été retrouvé que 10 patients (67%, n = 15) ayant bénéficié d'une « RM IdF », ont eu une consultation programmée. Cette proportion est semblable pour les patients ayant bénéficié d'une « RM non spécifiée IdF » (n = 23 /33, 70%).

Ont été recherchées les consultations ayant déjà eu lieu lors de l'appel. Pour les recommandations « IdF », elles avaient toutes été réalisées quand programmées (n = 10 /10), alors que pour les « recommandations non spécifiées IdF », 78% des consultations programmées avaient été réalisées (n = 18 /23). Cinq n'avaient pas (encore) eu lieu.

Il est intéressant de noter que parmi l'ensemble des diagnostics réalisés chez les patients ayant eu une RM, on retrouve d'abord des troubles de l'humeur pour 23% d'entre eux (n = 28 /121), tandis que parmi l'ensemble des patients ayant consulté ce pourcentage était de 7% (n = 76 /1108). Les deux cas de tuberculose maladie diagnostiqués ont bénéficié de RM.

Pour les courriers à destination des partenaires sociaux, 27% (n = 4/15) et 58% (n = 19 /33) ont été remis de façon certaine pour les « recommandations IdF » et « non spécifiées IdF » respectivement.

Enfin, 197 courriers avait été réalisés (28%, n = 197 /705) à destination d'un professionnel de santé, dans le cadre de recommandations médicales pour 40% d'entre eux (n = 79 /197) ou en l'absence de RM pour 60% (n = 117 /197). Pour le courrier restant, l'existence d'une recommandation médicale associée n'a pas été renseignée.

Parmi les 63 patients ayant bénéficié d'une RM IdF, 35 avaient eu un courrier à destination d'un professionnel de santé, soit 56%. Ils étaient 44 parmi les 58 RM non spécifiées IdF (76%). Parmi les patients adressés en structure extérieure du temps du CPA, 43% (n= 76 /177) ont eu un courrier pour assurer le suivi de leur prise en charge.

## II- ANALYSE QUALITATIVE

Nous avons également souhaité rapporter plusieurs éléments qualitatifs des réponses qui ont été faites par les centres. Dans l'ensemble, les personnes contactées étaient à la fois soucieuses du respect des droits des patients qu'elles accompagnaient et enthousiastes par ce travail. Elles insistaient sur l'importance d'un suivi pour que l'accompagnement au lieu de transfert soit le plus adapté pour les personnes accueillies et limiter la iatrogénie.

Plusieurs des partenaires sociaux nous ont demandé que les réponses se fassent lors d'un deuxième échange afin qu'ils puissent eux-mêmes s'assurer que le patient renouvelle son accord pour nous transmettre l'information le concernant.

Les appels ont été dans l'ensemble bien reçus et ont suscité un vif intérêt.

Lorsque les courriers avaient été mentionnés, ceux-ci ont été particulièrement appréciés. Il a été rapporté que ce courrier du pôle de santé motivait la prise de rendez-vous pour laquelle les partenaires étaient plus insistants.

Une demande a été formulée par un des CAO, d'insister davantage sur les courriers lorsque ceux-ci étaient remis au patient ; et de veiller à ce que l'information fût bien comprise par ce dernier. La directrice de ce CAO rapporte qu'« il y a de véritables améliorations à faire en ce qui concerne la continuité des soins pour les patients transférés dans notre CAO et ayant déjà bénéficié d'une prise en charge médicale ailleurs. La rédaction d'un courrier est indispensable pour éviter des dépenses de soins inutiles et une reprise à zéro de la prise en charge. Nous nous sommes rendus compte à plusieurs reprises a posteriori que les examens réalisés chez nous par les médecins avaient déjà été faits. Il faut prendre le temps d'expliquer et réexpliquer au patient l'intérêt du courrier et l'importance de le présenter dès son arrivée, car beaucoup ne le comprennent pas et ne le donnent pas. »

D'autres, nous ont fait part de leurs propres initiatives locales pour la santé des demandeurs d'asile accueillis. Ainsi une directrice de CAO nous a précisé, qu'elle avait mis en place un bilan de santé pour toutes les personnes accueillies dès le premier jour de leur arrivée avec un questionnaire de santé repris pour d'autres initiatives en région Pays de la Loire par l'ARS. Pour ce centre, des partenariats avec les professionnels de santé en ville avaient été constitués.

Pour un autre CAO, un partenariat avec la CPAM avait permis de faciliter la prise en charge et d'orienter tout patient à la PASS pour un bilan médical à l'arrivée également.

Mais en discutant avec ces personnes, il est apparu que les ressources locales étaient très disparates selon les territoires. Alors que pour un CAO, une équipe mobile de psychiatrie se déplaçait quotidiennement, d'autres centres se disaient en grande difficulté pour accompagner les patients dans leur parcours de soins et en particulier pour leur santé mentale.

Une proposition a été faite également d'orienter les patients dans les centres qui disposent de l'environnement le plus adapté pour leur prise en charge individualisée. Ainsi, il nous est rapporté que trois patients sourds et muets ont été transférés à Lons-le-Saunier, ville dont le centre hospitalier et les associations sont débordés et les ressources en ville très limitées d'après le professionnel contacté, alors que la ville de Besançon avaient des dispositifs d'accueil dont une école spécialisée adaptée à leur prise en charge.

Enfin, plusieurs des personnes contactées se sont dites ouvertes et intéressées par un travail coordonné entre centres pour améliorer le suivi médical de ces patients et l'accès à des soins pertinents et efficaces.

Nous nous sommes également penchés sur le suivi des patients pour lesquels des maladies transmissibles avaient été diagnostiquées du temps de leur hébergement au CPA notamment dues à une infection par le VIH. Trois patients ont été retrouvés séropositifs pour le VIH. Deux d'entre eux ont bénéficié de recommandation « IdF », le troisième non. Nous n'avons pu joindre le partenaire social pour aucune de ces deux recommandations en raison des autorisations non délivrées par la préfecture.

## DISCUSSION

### I- FORCES ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE

Face à la complexité du parcours de soins des personnes migrantes primo-arrivantes les plus vulnérables, cette étude met en évidence l'efficacité du modèle mis en place et les nécessités de délivrer au patient une information claire, loyale et appropriée sur sa prise en charge, et de coordonner les différentes actions de santé.

Pour ces hommes déclarant peu d'antécédents, cet accueil et cette première rencontre avec le système de santé français sont néanmoins primordiaux. En effet, leur parcours migratoire a été particulièrement éprouvant comme en témoignent la durée de trajet et bien qu'elles soient probablement sous-déclarées, les violences subies. De plus, ces personnes étaient en situation de grande précarité, isolées et sans droits ouverts. Au regard du très grand nombre de patients allophones et de leur niveau de scolarisation, on peut supposer que les prescriptions et les indications données par écrit ne pouvaient être lues et comprises par la majorité des patients inclus et que ces patients ne pouvaient pas facilement se renseigner sur leurs droits et les structures d'accueil. Ce recours aux soins a montré son intérêt aussi bien pour les prises en charge en santé mentale, que somatiques et notamment de pathologies de la précarité. Le focus sur certaines pathologies infectieuses transmissibles met en évidence notamment une prévalence plus élevée que pour la population française, de la tuberculose maladie alors que les dépistages n'étaient pas systématiques et réalisés seulement en structure extérieure.

Cette étude révèle l'efficacité de l'organisation de la prise en charge au pôle de santé. Les consultations aussi bien internes que celles ayant lieu en structures extérieures étaient réalisées de façon rapprochée avec un suivi des consultations, des examens complémentaires réalisés et des soins dispensés. En effet, plus de deux tiers des consultations ont été réalisées parmi les orientations faites au pôle de santé dans un délai médian de 4 jours après le premier bilan de santé effectué au pôle de santé, pour une première consultation en structure extérieure.

La continuité des soins pour les patients que ce soit dans le cadre de recommandations spécifiées « IdF » ou non, a été comparable, efficace et pérenne au regard des consultations programmées et lorsque l'information a pu être connue. Ainsi, 67% des patients avec une recommandation IdF et dont le suivi a pu être connu, ont eu une consultation programmée (n = 10 /15). Pour les patients ayant bénéficié d'une recommandation non spécifiée IdF, ce pourcentage était de 70% (n = 23 /33). La différence des résultats du ratio consultations réalisées sur programmées après le transfert administratif du patient entre les recommandations IdF (n = 10 /10) et non spécifiées IdF (n = 18 /23) s'explique probablement par le fait que les appels des CAO aient été réalisés avant ceux des CHUM, en raison des difficultés de réponses pour l'obtention des autorisations de la préfecture de Paris et d'Île-de-France.

Cependant, cette organisation peut et doit encore être améliorée. Nous exposerons donc les différentes perspectives soulevées par la meilleure connaissance du suivi de ces patients.

Nous soulevons la faible proportion de patients ayant présenté leur courrier du pôle de santé à destination du partenaire social. Ces résultats montrent que les patients présentaient insuffisamment ce courrier ou que cette information n'était pas précisée dans le dossier et ne pouvait être restituée lors des appels. Or, leur contenu est essentiel pour limiter la perte d'informations. Il en est de même pour le courrier à destination du professionnel de santé. Cet aspect a d'ailleurs été rappelé par les acteurs des centres d'hébergement après transfert administratif des patients. Il semble donc primordial d'insister davantage sur l'intérêt de ces outils de liaison auprès des patients.

Enfin, la différence entre les proportions de courrier rédigé à destination des professionnels pour les patients bénéficiant d'une RM IdF (56%) et ceux d'une RM non spécifiée IdF (76%) peut s'expliquer par le fait que certains avaient déjà consulté en structure extérieure en IdF et que le suivi dans cette même structure après transfert ne nécessitait pas de nouveau courrier à destination du professionnel.

De plus, les professionnels de santé travaillant au pôle de santé avaient exprimé une attente forte d'avoir des informations sur le devenir de ces personnes et le suivi des soins débutés. Cette étude a ainsi pu alimenter la réflexion d'un groupe de travail portant sur la mise en place d'actions de dépistage dans le CAES dit de « la Boulangerie », localisé dans le 18<sup>e</sup>

arrondissement à Paris. Une partie des professionnels ayant travaillé au CPA, interviennent actuellement dans ce centre.

En effet, la mise en place de dépistages à ce stade précoce, pose plusieurs questions. Doivent-ils être systématiques ou bien être proposés aux personnes jugées à haut-risque selon le pays d'origine et les pays traversés ? Il est également nécessaire de s'interroger sur leurs faisabilités : est-il possible de les mettre en place dans les lieux d'hébergement avec un personnel formé, ou bien faut-il adresser les patients dans des structures de soins extérieures ? L'orientation des patients en dehors des lieux d'hébergement est-elle matériellement possible (transports, plages de consultations dédiées, possibilités de reconsulter pour l'annonce des résultats) et dans un temps imparti qui est celui de l'hébergement ? Il ne semble pas éthique de proposer un dépistage sans que celui-ci ne puisse s'ensuivre d'une prise en charge. Une annonce précédant l'interruption du suivi est manifestement néfaste pour le patient qui restera avec ses doutes sur sa santé voire précipitera les complications de sa pathologie par une réaction de déni si un accompagnement ne peut être mis en place.

Le parcours de soins des demandeurs d'asile ne peut être dissocié de l'appréhension des dispositifs d'accueil et d'hébergement, dont l'organisation s'inscrit dans une réflexion menée à l'échelle européenne via la directive<sup>50</sup> et le programme européen de relocalisation. Aux termes des décisions prises par le Conseil de l'Union européenne les 14 et 22 septembre 2015, la France s'était engagée à compter du mois de novembre 2015 et pour les deux années suivantes, à accueillir 30 700 demandeurs d'asile dits « relocalisés », c'est-à-dire en provenance des « hot spots » en Italie et en Grèce et pour lesquels des places d'hébergement étaient prévues à leur intention.

Dans le cadre du dispositif d'accueil d'urgence qui complétait le dispositif national d'accueil déjà existant, différentes structures d'hébergement ont été créées successivement et définies notamment par les instructions des 9 novembre 2015<sup>51</sup> et du 25 janvier 2016<sup>52</sup>, et par la Charte de fonctionnement des centres d'accueil et d'orientation<sup>53</sup> et le vade-mecum du 21 septembre

---

<sup>50</sup> Directive 2013/33/UE, *Op.cit.* p.5

<sup>51</sup> Ministère de l'Intérieur, Ministère du logement, de légalité des territoires et de la ruralité. Instruction du 9 novembre 2015 relative à la mise en œuvre du programme européen de relocalisation. INTV1524992J

<sup>52</sup> Ministère de l'Intérieur. Instruction du 25 janvier 2016 relative aux schémas régionaux d'accueil des demandeurs d'asile. BOMI n°2016-3 du 15 mars 2016 ; p. 90-100. INTV1523797C

<sup>53</sup> Ministère de l'Intérieur, Ministère du Logement et de l'habitat durable. Charte de fonctionnement des centres d'accueil et d'orientation (CAO), juillet 2016

2016<sup>54</sup>. Lors de la réalisation de l'étude, l'offre d'hébergement des personnes migrantes primo-arrivantes et demandeuses d'asile s'était donc complexifiée avec le temps puisque les différents types de structures d'hébergement s'étaient multipliés en l'espace de trois ans. Aujourd'hui, s'opère une simplification des dispositifs au sein du DNA comprenant l'intégration des anciennes structures du dispositif d'urgence. Ainsi les CHUM et AT-SA ont été transformés et les CAO sont en cours de transformation en HUDA, dont le cahier des charges a également évolué. Le CPA d'une capacité de 400 places, a quant à lui, été remplacé par l'ouverture de cinq CAES en Île-de-France, situés à Nanterre, Vaux-le-Pénil, Cergy, Ris-Orangis et à Paris dans le 18<sup>e</sup> dont la capacité totale prévue est de 750 places.

Alors que ce centre de premier accueil permettait un accès à la santé pour tous les hébergés le souhaitant, leur réorientation administrative n'était pas garante à elle-seule d'une continuité des soins. Les professionnels du centre de premier accueil avaient ainsi mis en œuvre une coordination des soins avec les structures locales du temps de l'hébergement permettant un accès aux soins de second recours. Ils avaient également mis en place via les « recommandations médicales », la possibilité de faciliter une réévaluation précoce de l'état de santé après un transfert administratif et d'assurer une continuité des prises en charge initiées au moyen de courriers. Cette démarche originale est à promouvoir, d'autant plus que la place de la santé est de nouveau à défendre avec l'ouverture de nouveaux centres : les CAES remplaçant le CPA. En Île-de-France, les CAES disposent déjà tous d'un pôle de santé contrairement aux autres régions de France. La visite de certains d'entre eux en Île-de-France, montre que l'accès aux soins est complexe à garantir et notamment en raison de leur localisation géographique puisqu'il dépend également des partenariats qui peuvent-être créés avec les établissements et services de santé locaux. Les vacations de consultations de médecine générale sont moins nombreuses et l'accès aux consultations de psychiatrie n'est pas possible dans tous les CAES d'Île-de-France.

De façon générale, l'augmentation du nombre de places d'accueil pour les personnes migrantes primo-arrivantes en grande précarité tend à s'accompagner de la perte en qualité de l'accueil de ces populations comme en témoignent les diminutions des ressources allouées aux dispositifs

---

<sup>54</sup> Préfet de la région d'Île-de-France. Vade-mecum des gestionnaires de centres, Hébergement et accompagnement des migrants à Paris et en Île-de-France, 21 septembre 2016

et les cahiers des charges récemment parus en février 2019<sup>55</sup>, dans le cadre d'une nouvelle transformation de l'hébergement pour les personnes migrantes. Ainsi le coût journalier cible annoncé pour une place en HUDA remplaçant les CHUM franciliens et les CAO est de 16,25 euros (18 en Île-de-France)<sup>56</sup>. Ce coût journalier cible s'élevait en 2017 pour les CHUM entre 40 et 60 euros et pour les CAO à 28,50 euros<sup>57</sup>. Ce coût a été diminué pour les CAO en 2019 à 23 euros. On peut donc craindre que l'accompagnement de ces personnes dans leur parcours de santé soit fragilisé voire que ces dispositifs aient un impact négatif sur la santé de ceux qui sont entre leurs murs.

L'ARS Île-de-France a donc lancé cet été, une vaste enquête auprès des hébergeurs de ces centres (HUDA, CADA et CPH) afin de préciser les besoins en santé des personnes qui y sont hébergées. Actuellement en cours, ses objectifs sont de mieux connaître les possibilités d'accès aux soins et d'identifier les ressources existantes internes et externes ainsi que les situations sanitaires restant sans réponse. Cette enquête s'inscrit dans une démarche de construction de parcours de santé à destination de ces personnes conformément à l'Instruction du 8 juin 2018 du ministère des Solidarités et de la Santé relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.<sup>58</sup>

La mise en œuvre et le soutien d'actions concrètes et pérennes en ce sens dans les territoires est attendue afin que la protection de la santé de ces personnes soit garantie et que le risque de maltraitance institutionnelle soit écarté. L'ARS s'est d'ailleurs engagée à l'issue de cette enquête, à développer des réponses adaptées aux besoins mis en évidence telles que l'accompagnement spécifique des équipes en lien avec les principales problématiques de santé rencontrées et l'appui à la construction des partenariats avec les offreurs de soins locaux. Des interventions spécifiques pourront éventuellement être mises en place selon l'environnement sanitaire.

Enfin la continuité des soins ne peut s'envisager sans la mobilisation de tous les dispositifs

---

<sup>55</sup> Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile. JORF n°0043 du 20 février 2019 texte n° 22

Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile. JORF n°0043 du 20 février 2019 texte n° 23

<sup>56</sup> Information du 31 décembre 2018. *Op.cit.* p.8

<sup>57</sup> Guerini S., Barrot J-N (rapporteurs spéciaux). Annexe n° 28 « Immigration, asile et intégration » du rapport n° 980 de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2017, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 juin 2018

<sup>58</sup> Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2018/7 du 15 août 2018, page 201. SSAP1816090J

sanitaires de droit commun et notamment de la médecine de ville.

Le refus de soins par les professionnels perdure bien qu'il soit sanctionné d'un point de vue déontologique.

Il semble donc important de s'interroger sur les réticences de ces professionnels à prendre en charge ces patients. Ont-ils peur de se confronter à une population qu'ils méconnaissent ? Craignent-ils les barrières évoquées linguistiques et culturelles ? Ou bien est-ce l'aspect financier d'un moindre remboursement des consultations qui les inquiètent ? Ces aspects sont donc à prendre en compte et à articuler avec la formation des professionnels qui doit pouvoir y répondre et avec l'organisation des soins nécessitant un recours efficient aux autres acteurs de la santé tels que les interprètes<sup>59</sup> <sup>60</sup> et médiateurs en santé<sup>61</sup>. De même, les modalités d'ouverture des droits ne favorisent-elles pas la discrimination vis-à-vis de ces personnes ? Bien qu'affiliées au régime commun, les personnes demandeuses d'asile ne reçoivent qu'une attestation sans que la carte vitale ne leur soit délivrée. L'avance des frais en ville leur est donc souvent refusée à ce titre en pratique.

De plus, les créations d'un compte AMELI et d'un dossier médical partagé (carnet de santé numérique) sont conditionnées à l'obtention d'un numéro de sécurité sociale permanent. Les demandeurs d'asile dont le numéro de sécurité sociale est temporaire, ne peuvent donc pas en bénéficier. Or, ces personnes sont particulièrement mobiles et il est regrettable que le DMP, seul outil national permettant un accès et une mise à jour des données du dossier du patient quelle que soit la localisation de celui-ci en France, ne puisse être utilisé pour ces personnes.

---

<sup>59</sup> HAS. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017

<sup>60</sup> ADATE, APTIRA, ASAMLA, COFRIMI, ISM Corum, ISM Interprétariat et al. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012). Strasbourg: UNAF; 2012

<sup>61</sup> HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017

## II- LIMITES

La population de notre étude se limitait aux hommes isolés. Les problématiques relatives au parcours de soins pour les femmes et enfants demandeurs d'asile n'ont donc pas été évaluées, alors même que l'état de femme ou d'enfant est un facteur en soit de vulnérabilité.

En outre, l'étude était monocentrique et la collaboration du pôle de santé avec les autres structures extérieures de santé était le fruit d'un travail mené par l'ensemble des professionnels de santé et dépendant d'un maillage territorial propre des services de santé. Les objectifs des recommandations médicales étaient connus mais les critères de définition ne semblaient pas véritablement figés pour les professionnels du CPA.

La validité externe et la transposition de nos résultats pour d'autres centres d'accueil de personnes migrantes primo-arrivantes doit donc être interrogée au regard du public accueilli et des disparités territoriales concernant la répartition des services et établissements de santé.

Cependant, cette expérience d'organisation de parcours de soins est un exemple dont pourraient s'inspirer les nouveaux centres d'accueil et d'examen des situations ayant remplacé le CPA.

Enfin, concernant l'étude de la continuité des soins après la sortie du CPA, le principal biais de cette étude repose sur le refus de la préfecture de Paris et d'Île-de-France de nous autoriser à recontacter les CHUM dont elle avait la responsabilité en région Île-de-France. Beaucoup de patients ont malheureusement été perdus de vue pour cette raison, malgré nos tentatives itératives pour faire valoir l'intérêt de cette réflexion sur la santé de ces populations et la nécessité de limiter les perdus de vue. On peut également évoquer un possible biais de mémorisation puisque le recueil post-transfert s'est fait plus tardivement pour les CHUM (environ un mois d'écart) que pour les CAO, toujours en raison d'une réponse de la préfecture plus tardive malgré nos relances.

## CONCLUSION

La santé des personnes migrantes primo-arrivantes les plus vulnérables doit être appréhendée de façon globale, non pas par une approche limitée à une pathologie ou à un lieu de prise en charge, mais par un parcours de santé dans lequel l'accès aux soins est envisagé ainsi que le suivi et la continuité de la prise en charge, en minimisant les situations de ruptures et en intégrant la prévention en santé.

L'organisation des soins au pôle de santé du CPA avait permis en plus d'un accès aux soins de premiers recours sur place, le recours coordonné à des structures extérieures de second recours et la mise en place d'un suivi si nécessaire après la fin de l'hébergement au CPA. Bien que pouvant encore être améliorée, cette expérience réussie est un exemple d'organisation des soins à reproduire pour les CAES ; tout en intégrant les ressources propres de chaque territoire. Cette démarche doit également être accompagnée d'une réflexion sur la prise en charge de ces personnes une fois l'accès effectif aux dispositifs de droit commun. En effet, une information doit leur être délivrée sur l'organisation du système de soins afin de le comprendre et de pouvoir y recourir. Les professionnels de santé et notamment de la médecine de ville doivent également être en capacité de recevoir et prendre en charge ces personnes. Pour cela, ces professionnels doivent avoir une formation sur les problématiques de santé spécifiques de ces populations et pouvoir avoir recours à l'interprétariat professionnel et à la médiation en santé si nécessaires. Comme évoquées dans la discussion, de nombreuses réflexions sous-tendent la problématique de la mise en place du parcours de santé pour les migrants primo-arrivants. Celle-ci ne peut être appréhendée sans la participation de l'ensemble des acteurs de santé, à savoir les professionnels de santé, les associations, les usagers et les citoyens ainsi que le soutien et la volonté politique.

Et ainsi que le serment d'Hippocrate, dans lequel le médecin jure la fidélité « aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine », et la délivrance des « soins gratuits à l'indigent », puisse être mis en œuvre.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGE GENERAL

Fleury Graff T et Marie A. Droit de l'asile, Paris : P.U.F., coll. Droit fondamental. 2019, 346 p.

### OUVRAGE SPECIALISE

Babels. Entre accueil et rejet : ce que les villes font aux migrants. Lyon : Le passager clandestin, coll. Bibliothèque des frontières. 2018, 120 p.

### ARTICLES SCIENTIFIQUES

Ackermann N, Marosevic D, Hörmansdorfer S, Eberle U, Rieder G, Treis B et al. Screening for infectious diseases among newly arrived asylum seekers, Bavaria, Germany, 2015. Eurosurveillance [Internet]. 2018 [cited 10 September 2019];23(10):2-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5850590/>

Aldridge R, Zenner D, White P, Williamson E, Muzyamba M, Dhavan P et al. Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. The Lancet [Internet]. 2016 [cited 10 September 2019];388(10059):2510-2518. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(16\)31008-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(16)31008-X)

Andro A, Scodellaro C, Eberhard M, Gelly M, équipe Dsafhir. Parcours migratoire, violences déclarées, et santé perçue des femmes migrantes hébergées en hôtel en Île-de-France. Enquête Dsafhir. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2019 [cited 10 September 2019];(17-18):334-341. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/153564/2186856>.

Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. Questions d'Économie de La Santé [Internet]. 2012 [cited 10 September 2019];(172):1-7. Available from: <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>

Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A et al. Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 –

octobre 2016. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2017 [cited 10 September 2019];(19-20):374-81. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20-la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique>

De la Porte C, Cortier M, Papot E, Goudjo A, Guenneau L, Riou F et al. État de santé des personnes migrantes vues au pôle santé d'un centre de premier accueil en France. Médecine et Maladies Infectieuses [Internet]. 2018 [cited 10 September 2019];48(4):S20. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/1217376/article/etat-de-sante-des-personnes-migrantes-vues-au-pole>

De la Porte C, Cortier M, Papot E, Goudjo A, Guenneau L, Riou F et al. Parcours migratoire des demandeurs d'asile vers la France. Médecine et Maladies Infectieuses [Internet]. 2019 [cited 10 September 2019];49(4):S125. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X19304317>

Desgrées-du-Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Eurosurveillance [Internet]. 2015 [cited 10 September 2019];20(46):31-38. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065>

Grillo F, Soler M, Chauvin P. L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2012 [cited 10 September 2019];(2-3-4):45-47. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=L%E2%80%99absence%20de%20d%C3%A9pistage%20du%20cancer%20du%20col%20de%20l%E2%80%99ut%C3%A9rus%20en%20fonction%20des%20caract%C3%A9ristiques%20migratoires%20chez%20les%20femmes%20de%20l%E2%80%99agglom%C3%A9ration%20parisienne%20en%202010>

Guisao A, Jangal C, Quéré M, Laporte A, Riou F. La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. [Internet]. 2017 [cited 10 September 2019];(19-20):382-88. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20-la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique>

Hamel C, Moisy M. Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2012 [cited 10 September 2019];(2-3-4):21-24. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Migrations,%20conditions%20de%20vie%20et%20sant%C3%A9%20en%20France%20%C3%A0%20partir%20de%20l'enqu%C3%AAt%20Trajectoires%20et%20origines,%202008>.

Hoch M, Wieser A, Löscher T, Margos G, Pürner F, Zühl J et al. Louse-borne relapsing fever (*Borrelia recurrentis*) diagnosed in 15 refugees from northeast Africa: epidemiology and preventive control measures, Bavaria, Germany, July to October 2015. Eurosurveillance [Internet]. 2015 [cited 10 September 2019];20(42):6-10. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.42.30046>

Kuehne A, Hauer B, Brodhun B, Haas W, Fiebig L. Find and treat or find and lose? Tuberculosis treatment outcomes among screened newly arrived asylum seekers in Germany 2002 to 2014. Eurosurveillance [Internet]. 2018 [cited 10 September 2019];23(11):13-23. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.11.17-00042>

Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées du Loû A. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. The Lancet Public Health [Internet]. 2018 [cited 10 September 2019];3(1):e16-e23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29307383>

Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Île-de-France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2019 [cited 10 September 2019];(17-18):341-50. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Les%20refus%20de%20soins%20%C3%A0%20cause%20de%20la%20CMU%20ou%20de%20l'AME%20rapport%C3%A9s%20par%20les%20femmes%20en%20famille,%20sans%20domicile,%20h%C3%A9berg%C3%A9es%20en%20%C3%8E%20Ile-de-France>

Petruzzi M, Veïsse A, Wolmark L, Fessard C, Weinich L, Rustico J. Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. [Internet]. 2019 [cited 10 September 2019];(17-18):327-333. Available from:

<https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Impact%20des%20violences%20de%20genre%20sur%20la%20sant%C3%A9%20des%20exil%C3%A9s.%20>

Sauvegrain P, Stewart Z, Gonthier C, Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Azria E. Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2017 [cited 10 September 2019];(19-20):389-95. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20-la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique>

Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N et al. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. [Internet]. 2017 [cited 10 September 2019];(19-20):396-405. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20-la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique>

Urquia M, Glazier R, Mortensen L, Nybo-Andersen A, Small R, Davey M et al. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. The European Journal of Public Health [Internet]. 2015 [cited 10 September 2019];25(4):620-625. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512956/>

Veïsse A, Wolmark L, Revault P, Giacobelli M, Bamberger M, Zlatanova Z. Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. 2017 [cited 10 September 2019];(19-20):405-14. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20-la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique>

#### AVIS, GUIDES ET RAPPORTS

Agence régionale de santé d'Île-de-France. Bilan du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies du projet régional de santé d'Île-de-France 2018-2022. 2 mai 2017 ; 96 p. Disponible sur :

[http://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PRS1\\_PRAPS\\_final.pdf](http://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PRS1_PRAPS_final.pdf)

Agrali S, Fanget D, Laurence S, Morel E, Reboul S, Vuillard J. La souffrance psychique des exilés – Une urgence de santé publique. Paris, Centre Primo Levi et Médecins du Monde. Juin 2018 ; 19 p.

Disponible sur : [https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s\\_Rapport.pdf](https://www.primolevi.org/wp-content/themes/primolevi/La%20souffrance%20psychique%20des%20exil%C3%A9s_Rapport.pdf).

Comede. Rapport d'activité et d'observation 2019. 114 p. Disponible sur : <http://www.comede.org/rapport-dactivite-et-dobservation-2019/>

Défenseur des droits. Rapport sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Mars 2014 ; 47 p. Disponible sur :

[https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewinhvrY5sbkAhXMA2MBHYbRAg4QFjACegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cmu.fr%2Ffichier-utilisateur%2Ffichiers%2FRapport\\_activite\\_2018.pdf&usg=AOvVaw21HMjVRHyJ5lbHQIIgynU3](https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewinhvrY5sbkAhXMA2MBHYbRAg4QFjACegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cmu.fr%2Ffichier-utilisateur%2Ffichiers%2FRapport_activite_2018.pdf&usg=AOvVaw21HMjVRHyJ5lbHQIIgynU3)

Gagneron W, Cronel A, Bensussan C. Rapport sur l'évaluation de la politique d'accueil des étrangers primo-arrivants. Paris, Ministère de l'Intérieur (Inspection générale de l'administration, n°013-062/13-034/01) et Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Inspection générale des affaires sociales, n°2013-066). Octobre 2013 ; 61 p. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article453>

Guerini S, Barrot J-N (rapporteurs spéciaux). Annexe n° 28 « Immigration, asile et intégration » du rapport n° 980 de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2017, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 juin 2018 ; 59 p. Disponible sur : [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rapports/r1055-a28/\(index\)/rapports](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rapports/r1055-a28/(index)/rapports)

Haute Autorité de santé. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017 ; 57 p. Disponible sur :

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801508/fr/interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-decompetences-formation-et-bonnes-pratiques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801508/fr/interpretariat-dans-le-domaine-de-la-sante-referentiel-decompetences-formation-et-bonnes-pratiques)

Haute Autorité de santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques. Octobre 2017 ; 70 p.

Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801509/fr/la-mediation-en-sante-pour-lespersonnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins-referentiel-de-competences-deformation-et-de-bonnes-pratiques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801509/fr/la-mediation-en-sante-pour-lespersonnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins-referentiel-de-competences-deformation-et-de-bonnes-pratiques)

OFPPA. Rapport d'activité 2018. 24 avril 2019 ; 128 p. Disponible sur : [https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport\\_dactivite\\_2018.pdf.pdf](https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_dactivite_2018.pdf.pdf)

Préfecture de la région d'Île-de-France. Vade-mecum des gestionnaires de centres, Hébergement et accompagnement des migrants à Paris et en Île-de-France, 21 septembre 2016 ; 12 p. Disponible sur : <https://www.gisti.org/spip.php?article5603>

Spira A (rapporteur) au nom d'un groupe de travail rattaché à la Commission XIV (Déterminants de santé - Prévention - Environnement). Rapport Précarité, pauvreté et santé. Paris : Académie nationale de médecine ; Juin 2017 ; 24 p. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf>

### TRAVAUX DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Acherar N, Chénerie L, Forcier M, Marret B, Vignes M. Problématiser et contextualiser, en vue de l'améliorer, le dispositif d'hébergement et de logement des migrants en Île-de-France. Rapport d'analyse d'action publique pour le Mastère spécialisé Politiques et actions publiques pour le développement durable. Encadré par Lavieville M-F (DRIHL), Karleskind S (Dhair), Masson F (Dihal), Hamelin F (ENPC) et Spenlehauer V (ENPC). Année universitaire 2018 – 2019 ; 71 p. Disponible sur : [http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_gaap\\_migrants.pdf](http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_gaap_migrants.pdf)

Cortier M. Parcours de santé des personnes migrantes primo-arrivantes en France. Mémoire pour le diplôme de master 2 de Droit de la santé, sous la direction du Pr Moquet-Anger M-L. Université Rennes 1 – EHESP. 2019 ; 94 p.

De la Porte C. État de santé des demandeurs d'asile vulnérables consultant au Pôle Santé du Centre de Premier Accueil de la Porte de La Chapelle à Paris. Description des origines et du parcours migratoire. Prise en charge proposée. Thèse pour le diplôme de Docteur en médecine, sous la direction du Dr Galy A. Université Paris Descartes. 2019 ; 61 p.

Lame M. Profil sociodémographique et morbidités des patients de la clinique mobile de Médecins Sans Frontières Paris en 2017. Mémoire pour le diplôme interuniversitaire Santé des migrants. Université Paris 13 – UFR SMBH. Année universitaire 2017 – 2018 ; 41 p.

## LECON ET COURS

Héran F. Leçon inaugurale « Migrations et sociétés ». 5 avril 2018. Paris, Collège de France, Amphithéâtre Marguerite de Navarre - Marcelin Berthelot. Disponible sur : <https://www.college-defrance.fr/site/francois-heran/inaugural-lecture-2018-04-05-18h00.htm>

Héran F. Série « Introduction à l'étude des migrations » de trois cours. Paris, Collège de France, Amphithéâtre Marguerite de Navarre - Marcelin Berthelot :

1. Le savant, le politique et le populaire : quel vocabulaire pour les migrations ? 01 juin 2018. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/francois-heran/course-2018-06-01-10h00.htm>
2. Les migrations à l'échelle mondiale : logiques ordinaires et logiques de crise. 04 juin 2018. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/francois-heran/course-2018-06-04-14h00.htm>
3. Les ordres de grandeur des migrations : réalités et perceptions. Introduction à l'étude des migrations. 13 juin 2018. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/francoisheran/course-2018-06-13-10h00.htm>

## COLLOQUES ET CONGRES

17e JOURNEE MIGRANT. « Médiation en santé chez les migrants ». 28 mai 2019. Faculté de Médecine Paris XIII, campus Bobigny. Amphithéâtre Montaigne

Andrieux E, Gacon L. Association pour l'accueil des voyageurs. Actes du colloque « Médiateur.e.s en santé : une approche reconnue, un métier à promouvoir ». Publication de l'AŠAV. 12 Décembre 2016. Paris. Disponible sur : [http://www.mediation-sanitaire.org/wpcontent/uploads/2016/08/M%C3%A9diateurs-en-sant%C3%A9-une-approche-reconnueunm%C3%A9tier%C3%A0promouvoir\\_Colloque\\_12d%C3%A9c2016-2.pdf](http://www.mediation-sanitaire.org/wpcontent/uploads/2016/08/M%C3%A9diateurs-en-sant%C3%A9-une-approche-reconnueunm%C3%A9tier%C3%A0promouvoir_Colloque_12d%C3%A9c2016-2.pdf)

Héran F. De la « crise des migrants » à la crise de l'Europe. Approches démographiques des politiques migratoires et des politiques d'accueil. Colloque de rentrée du 14 octobre 2016. Paris, Collège de France, Amphithéâtre Marguerite de Navarre - Marcelin Berthelot. Disponible sur : <https://www.college-de-france.fr/site/colloque-2016/symposium-2016-10-14-14h30.htm>

Observatoire de l'enfermement des étrangers. Actes du colloque « Les nouvelles formes de contrôle des personnes étrangères : de l'accueil à l'enfermement - Rétention, zones d'attente, assignation, hébergement spécialisé (CAO, CHUM, centre de premier accueil, centres de retour) » du 25 novembre

2017. Rennes. Disponible sur : [http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/12/2018-11\\_oe\\_colloque\\_enfermement\\_def\\_light.pdf](http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/12/2018-11_oe_colloque_enfermement_def_light.pdf)

Quere M, Guisao A, Laporte A, Riou F. Poster Description socio-sanitaire de la population venue au pôle santé du centre parisien de premier accueil des migrants. Congrès ADELFF-SFSP, octobre 2017

### PRESSE ET MEDIAS

Bénabent J. On a visité le premier centre pour réfugiés de Paris. Télérama Monde. 6 septembre 2016  
Disponible sur : <https://www.telerama.fr/monde/les-contours-du-premier-centre-pour-refugies-de-paris-se-dessinent,146805.php>

Eurostat. 580 800 primo-demandeurs d'asile enregistrés en 2018, en baisse de 11% par rapport à 2017. Communiqué de presse n°46/2019. 14 mars 2019. Disponible sur :  
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9665556/3-14032019-AP-FR.pdf/c427dee1-27c6-42d7-924b-fe1accb86c2f>.

Le Monde Afrique. En France, viol et VIH vont souvent de pair pour les migrantes africaines. 22 juillet 2016. Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/07/22/en-france-viol-et-vih-vont-souvent-de-pair-pour-les-migrantes-africaines\\_4973625\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/07/22/en-france-viol-et-vih-vont-souvent-de-pair-pour-les-migrantes-africaines_4973625_3212.html)

Mairie de Paris. Point sur la situation des réfugiés à Paris. Dossier de Presse. 29 mai 2018. Disponible sur :  
<https://presse.paris.fr/wp-content/uploads/2018/05/Point-sur-la-situation-des-r%C3%A9fugi%C3%A9s-%C3%A0-Paris.pdf>.

### SITE INTERNET

Eurostat. Statistiques sur l'asile. Données extraites le 12 mars 2019 et le 24 avril 2019  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum\\_statistics/fr#Nombre\\_de\\_demandeurs\\_d.E2.80.99asile:\\_chute\\_en\\_2018](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Asylum_statistics/fr#Nombre_de_demandeurs_d.E2.80.99asile:_chute_en_2018)

### DIVERS

CIMADE. Typologie des dispositifs d' « hébergements » des personnes migrantes. Janvier 2018  
[https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/02/Typologie\\_des\\_dispositifs\\_d\\_h%C3%A9bergements\\_controls.pdf](https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2018/02/Typologie_des_dispositifs_d_h%C3%A9bergements_controls.pdf).

Leroy H, Michel D, Chapplin J-M, Preter P, Fouquet L. Consultations santé migrants - développement de l'interprétariat professionnel en médecine de ville. Cahier des charges du Réseau Louis Guilloux. 9 mai 2019 ; 49 p.

[http://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-07/CAHIER%20DES%20CHARGES\\_%20RESEAU%20LOUIS%20GUILLOUX%20ARTICLE%2051\\_0.pdf](http://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-07/CAHIER%20DES%20CHARGES_%20RESEAU%20LOUIS%20GUILLOUX%20ARTICLE%2051_0.pdf)

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de femmes. « Lexique des parcours de A à Z ». Janvier 2016 ; 92 p.

[http://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2016-01-11\\_lexique\\_VF\\_0.pdf](http://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2016-01-11_lexique_VF_0.pdf)

Ministère de l'intérieur - Direction générale des étrangers en France - Département des Statistiques, des Études et de la Documentation - L'essentiel de l'immigration n°2019-35. 12 juin 2019 ; 3 p.

[https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/116873/937541/file/EM\\_2019-35\\_Demandes\\_d\\_asile\\_publication\\_du\\_12\\_juin\\_2019.pdf](https://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/116873/937541/file/EM_2019-35_Demandes_d_asile_publication_du_12_juin_2019.pdf)

# NORMES JURIDIQUES

## CODES

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

CODE DE L'ENTREE ET DU SEJOUR DES ETRANGERS ET DU DROIT D'ASILE

## DECRET

Ministère de l'Intérieur. Décret n°2018-528 du 28 juin 2018 pris pour l'application de l'article 1er de la loi n° 2018-187 du 20 mars 2018 permettant une bonne application du régime d'asile européen (partie réglementaire). JORF n°0148 du 29 juin 2018 - texte n° 5. INTV1812916D

## ARRETES

Ministère de l'Intérieur. Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des lieux d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile. JORF n°0043 du 20 février 2019 - texte n° 22. INTV1833277A

Ministère de l'Intérieur. Arrêté du 15 février 2019 relatif au cahier des charges des centres d'accueil pour demandeurs d'asile. JORF n°0043 du 20 février 2019 - texte n° 23. INTV1833282A

## CIRCULAIRES ET INSTRUCTIONS

Ministère de l'Intérieur. Instruction du 25 janvier 2016 relative aux schémas régionaux d'accueil des demandeurs d'asile. BOMI n°2016-3 du 15 mars 2016 ; p. 90-100. INTV1523797C

Ministère de l'Intérieur. Information du 31 décembre 2018 relative au parc d'hébergement des demandeurs d'asile et des bénéficiaires de la protection internationale. INTV1900071J

Ministère de l'Intérieur. Ministère du logement, de légalité des territoires et de la ruralité. Instruction du 9 novembre 2015 relative à la mise en œuvre du programme européen de relocalisation. INTV1524992J

Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du

parcours de santé des migrants primo-arrivants. BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2018/7 du 15 août 2018, page 201. SSAP1816090J

### CHARTES

ADATE, APTIRA, ASAMLA, COFRIMI, ISM Corum, ISM Interprétariat et al. Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012). Strasbourg: UNAF; 2012

Ministère de l'Intérieur et Ministère du Logement et de l'habitat durable. Charte de fonctionnement des centres d'accueil et d'orientation (CAO), juillet 2016

### JURISPRUDENCE

Cour de justice de l'Union européenne, 4e chambre, 27 septembre 2012, n° C-179/11

### AUTRES

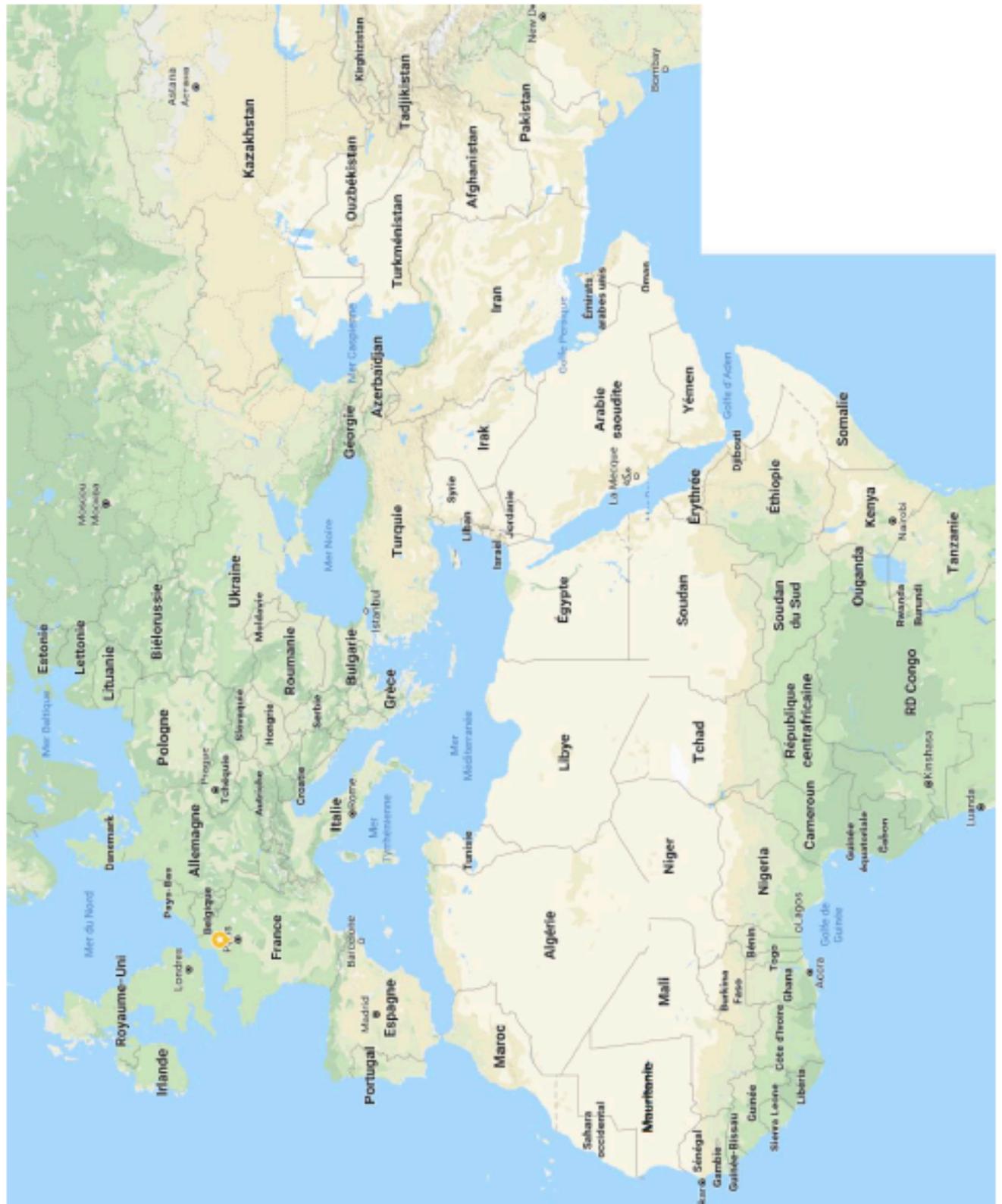
Agence régionale de santé d'Île-de-France. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2022 du projet régional de santé d'Île-de-France. Adopté le 23 juillet 2018 ; 61 p.

Préfecture de la région d'Île-de-France. Schéma régional d'accueil des demandeurs d'asile 2016-2017. Publié le 3 janvier 2017 ; 40 p.

Préfecture de la région d'Île-de-France. Projet du Schéma régional de l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés 2019-2020. Version 20 du 26 mars 2019 pour le pré-CAR du 05 avril 2019 ; 40 p.



**FICHE IDE 2/4 : Parcours migratoire: Tracer le parcours sur la carte ci dessous :**





## FICHE IDE 4/4 : AU CPA :

CONTEXTE CE JOUR (AU MOMENT DE LA CONSULTATION)	SYMPTÔMES / MOTIFS DE CONSULTATION (détaillés, sans syndrome)	ORIENTATION Entourer le lieu d'orientation	TRAITEMENTS DONNÉS AU CPA
Poids (kgs) : I _ I _ I _ I Taille (cm) : I _ I _ I _ I Se sent particulièrement triste : Non Oui A des difficultés à dormir : Non Oui Entourage en France (entourer) : amis famille isolé	1) 2) 3) 4) 5) 6)	<u>Orientation pendant séjour CPA (entourer) :</u> Médecin généraliste CPA PASS SAU SMIT urgences / hospitalisation Centre IST / CeGIDD Urgences dentaires / bus dentaire Urgences ORL CMS COMEDE PMS CPOA Consultation psy CPA Pas de suivi  <u>Orientation après transfert (entourer) :</u> Courrier : oui non Recommandation Paris Recommandation autre ville Pas de recommandation de ville	1) 2) 3) 4) 5) 6) - Protocole gale - Aucun

Avis médical pris auprès du médecin du CPA : Oui Non Si oui, remplir le tableau suivant :

DIAGNOSTIC CLINIQUE / SUSPICION DIAGNOSTIQUE (listing si plusieurs)
1)
2)
3)
4)

**Annexe 2 – Fiche de consultation infirmière ou médicale**

**FICHE DE CONSULTATION SIMPLE**

Date : I \_ I \_ I / I \_ I \_ I / 18

Numéro Emmaüs I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

Date de naissance : I \_ I \_ I / I \_ I \_ I / I \_ I \_ I

MOTIF DE CONSULTATION (listing si plusieurs)	DIAGNOSTIC CLINIQUE / SUSPICION DIAGNOSTIQUE (listing si plusieurs)	ORIENTATION Entourer le lieu d'orientation	TRAITEMENTS DONNÉS AU CPA
1)	1)	<u>Orientation pendant séjour CPA</u>	Entourer :
2)	2)	PASS SAU SMIT urgences / hospitalisation Centre IST / CeGIDD Urgences dentaires / bus dentaire Urgences ORL Urgences ophtalmo CMS / PMS COMEDE CPOA Consultation psy CPA	1) Protocole gale 2) Pansement / soins locaux 4) Aucun
3)	3)	Suivi CPA : IDE MG CPA Pas de suivi	5) Autre : préciser :
4)	4)	<u>Orientation après transfert (entourer)</u>	a)
5)	5)	Courrier : oui non Recommandation Paris Recommandation autre ville Pas de recommandation de ville	b)
6)	6)		c)
			d)
			e)
			f)

**Annexe 3 – Fiche de recueil de consultation de suivi au retour d’une structure extérieure**

**FICHE DE SUIVI : consultations de suivi post hôpital**

Date : I\_I\_I/I\_I\_I/I\_18

Numéro Emmaüs I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

Date de naissance : I\_I\_I/I\_I\_I/I\_I\_I/I\_I\_I\_I

EXAMENS BIOLOGIQUES RÉALISÉS	EXAMENS RADIOLOGIQUES	DIAGNOSTICS FINAUX	TRAITEMENTS PRESCRITS PAR SITE DE RÉFÉRENCE
TROD-VIH (entourer si réalisé)	Type (entourer)	Diagnostcs finaux (dont SÉROLOGIES ou RÉSULTATS POSITIFS):	1)
Sérologies (entourer si réalisée(s))	Rx	1)	2)
VIH VHC VHB TPHA-VDRL	TDM	2)	3)
VHA Bilharziose	IRM	3)	4)
	Echo	4)	5)
Dépistages (entourer si réalisé(s))	Région anatomique (entourer)	5)	6)
BK crachats Gonocoque	Crâne	6)	- Protocole gale
Chlamydia QTF EPS EPU	Thorax	Arguments diagnostiques :	- Aucun
Autres examens biologiques :	Abdomen		<u>Orientation après transfert (entourer)</u>
NFS ionogramme sanguin	Pelvis / OGE		Courrier: oui non
créatininémie BHC EAL	Membre supérieur		Recommandation Paris
G-AJ ECBU BU	Membre inférieur		Recommandation autre ville
Autres :	Dents		Pas de recommandation de ville
Résultats récupérés : Oui Non			<u>Autre orientation avant transfert (entourer):</u> Médecin CPA PASS PSY CPA

## Annexe 4 – Fiche de recueil de suivi après transfert

### FICHE DE SUIVI APRÈS TRANSFERT

Date : L\_L\_J / L\_L\_J / 18

Numéro Emmaüs : L\_L\_L\_L\_L\_L\_L\_L

- M. X (nom du patient) est-il bien arrivé au lieu de transfert ?

OUI / NON

- M. X (nom du patient) vous a-t-il fait part d'un courrier rédigé au pôle santé faisant mention d'une demande de consultation avec un professionnel de santé à organiser après son arrivée ?

OUI / NON / NE SAIT PAS

- Une consultation médicale a-t-elle été programmée ?

OUI / NON / NE SAIT PAS

- Cette consultation a-t-elle eu lieu ?

OUI / NON / NE SAIT PAS

CEEI / IRB  
Comité d'Evaluation Ethique  
de l'Inserm

IRB00003888



# Inserm



La science pour la santé  
From science to health

**CEEI / IRB Pr Yazdan YAZDANPANA**  
**Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm** Service des Maladies Infectieuses et tropicales  
Inserm U1137

Dossier suivi par : Christine Dosquet  
[ceei@inserm.fr](mailto:ceei@inserm.fr) GH Bichat – Claude Bernard  
46, rue Henri Huchard  
75877 PARIS Cedex 18

Nos réf: CD/MB 18-005

Paris, le 16 janvier 2018

**Pour faire valoir à qui de droit**

**Avis n°18-452**

**Monsieur,**

Le Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm, *Institutional Review Board* de l'Inserm (IRB00003888, IORG0003254, FWA00005831) a donné un avis favorable pour votre projet intitulé :

**" Parcours de soins, suivi médical et devenir des personnes migrantes consultant au pôle de santé du centre de premier accueil de la Porte de la Chapelle (CPA) à Paris "**.

Le CEEI rappelle que l'investigateur s'engage à respecter le protocole déposé et à suivre ses recommandations.

Avec mes salutations distinguées,



Christine DOSQUET  
Présidente du CEEI/IRB

CEEI / IRB  
Comité d'Evaluation Ethique  
de l'Inserm

IRB00003888



CEEI / IRB  
Comité d'Evaluation Ethique de l'Inserm

Dossier suivi par : Christine Dosquet  
[ceei@inserm.fr](mailto:ceei@inserm.fr)

Nos réf: CD/VB 18-005

Pr Yazdan YAZDANPANA

Service des Maladies Infectieuses et tropicales  
Inserm U1137  
GH Bichat – Claude Bernard  
46, rue Henri Huchard  
75877 PARIS Cedex 18

Paris, January 16th, 2018

To whom it may concern  
**Opinion number 18-452**

Dear Sir,

The ethics evaluation committee of Inserm, the Institutional Review Board (IRB00003888, IORG0003254, FWA00005831) of the French Institute of medical research and Health, has reviewed and approved the research project entitled:

**" Health Care Trajectory of migrants after a first consultation at a Primary Care Center Facility in Paris ".**

The investigator undertakes to respect the protocol and to follow the recommendations proposed by the ethics evaluation committee.

Yours sincerely,



Christine DOSQUET  
IRB President

**Titre.** Parcours de soins des personnes migrantes primo-arrivantes ayant consulté au pôle de santé d'un centre de premier accueil (CPA)

**Introduction.** L'accès et la continuité des soins pour les personnes migrantes sont complexes. L'objectif de l'étude était d'évaluer le parcours de soins de personnes initiant une demande d'asile et vues au pôle de santé du CPA.

**Méthode.** Cette étude observationnelle et rétrospective a inclus du 8/1 au 30/3/18, les patients consultant au pôle de santé d'un centre de premier accueil pour hommes en Île-de-France (IdF). Ce pôle assurait les soins de premier recours et la coordination avec des structures d'aval. Les hébergés du CPA étaient à terme, transférés dans un autre centre d'hébergement en France. Pour une réévaluation médicale rapprochée, une recommandation médicale (RM) pouvait être émise. Il s'agissait d'une demande de transfert dans un centre doté d'un partenaire social et proche d'un hôpital.

**Résultats.** 728 hommes ont été inclus de 26 ans d'âge médian [EIQ 23-30], originaires surtout du Proche/Moyen-Orient/Asie (n=464/710, 65%) et d'Afrique subsaharienne (n=227/710, 32%). 214 orientations ont été faites par le pôle de santé en structures d'aval, 94 en PASS, 38 en ophtalmologie/ORL/odontologie, 21 au SAU, 31 en infectiologie, 13 en psychiatrie et 17 en centre/pôle médico-social. 144 (67%) ont été confirmées comme réalisées, 8 n'ont pas eu lieu (62 données inconnues). Sur les 121 RM émises, 48 (40%) ont pu être contactées. Une consultation était programmée pour 67% des RM IdF (n=10/15) et 70% des RM non spécifiées IdF (n=23/33). Pour les 73 autres, la RM n'avait pas été suivie, le lieu du transfert était inconnu ou l'autorisation de contacter les centres a été refusée.

**Conclusion.** Le parcours de soins tel qu'organisé au CPA semble efficace mais doit encore être amélioré.

**Mots-clés :** parcours de soins – parcours de santé – accès et continuité des soins – coordination et suivi des soins – demandeur d'asile – migrant

**Title.** Health Care Trajectory of migrants after a first consultation at a Primary Care Center Facility in Paris

**Background.** Access and continuity of care for migrants are complex. The objective of the study was to assess the health care trajectory of migrants applying for asylum and having been seen at a primary care unit (PCU).

**Methods.** This observational and retrospective study included the patients consulting at the PCU of a primary reception center (PRC) for men in Île-de-France (IdF) from 1/8 to 3/30/18. This center coordinated care with the appropriate healthcare facilities if needed. In the end, the migrants of the PRC were transferred to another shelter in France. For a close medical reevaluation, a medical referral (MR) could be made. It was a transfer request towards a shelter with a social partner and which had to be close to a hospital.

**Results.** 728 men of median age of 26 years [IQ23-30], mostly originating from the Near/Middle East/Asia (n=464/710, 65%) and sub-Saharan Africa (n=227/710, 32%) were included. 214 orientations were made by the PCU towards other healthcare facilities, 94 in PASS, 38 in ophthalmology / ENT / odontology, 21 in emergencies, 31 in infectiology, 13 in psychiatry and 17 in community and health centers. 144 (67%) were confirmed as achieved, 8 (4%) did not occur (62 (29%) unknown data).

Among 121 MR issued, 48 (40%) could have been contacted. A consultation was scheduled for 67% of IdF MR (n=10/15) and 70% of unspecified IdF MR (n = 23/33). For the other 73, the MR was not followed, the place of transfer was unknown or permission to contact the centers was refused.

**Conclusion.** The health care trajectory as organized at the PRC seems to be quite efficient but needs to be still improved.

**Keywords :** healthcare pathway – trajectory – access, follow up and continuity of health care – asylum seeker – migrant

Université Paris Descartes - Faculté de Médecine Paris Descartes  
15, rue de l'École de Médecine  
75270 Paris cedex 06