



SANTÉ DES

# MIGRANTS

RENCONTRE AVEC  
LES ACTEURS DE TERRAIN



## Introduction

L'ARS Normandie a missionné l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) afin de réaliser une observation de la santé des migrants sur le territoire normand (dont le littoral). Cette observation s'inscrit dans le cadre du Praps en réponse à une demande récurrente à l'échelle de la région. À l'issue d'une première réunion en septembre 2021, il a été convenu d'éclaircir le périmètre du travail à mener afin d'identifier les approches à privilégier (territoires, publics, types de problèmes) et de dresser un état des lieux des données disponibles.

Le présent rapport récapitule et détaille les étapes de ce premier travail : recensement des structures et sources de données, échanges téléphoniques au sujet de la santé et de l'accès aux soins des migrants, recherches bibliographiques et rédaction d'une revue de littérature, réflexions autour de la conception d'un annuaire et d'un dispositif méthodologique d'enquête.

Il est organisé en trois parties : une synthèse des échanges qui se sont tenus et de la littérature consultée, un état des lieux des données disponibles, une proposition de *design* méthodologique à partir des constats dressés. Plusieurs annexes, viennent compléter cette partie exploratoire.



## Sommaire

Introduction.....	1
Sommaire .....	3
Première partie : synthèse des échanges et de la littérature .....	4
État des échanges et méthodologie.....	4
La question des publics et des prises en charge .....	5
État de santé des migrants.....	6
Traits généraux.....	6
Problématiques liées aux conditions de vie des personnes migrantes.....	6
Difficultés d'accès aux droits, aux soins et leur suivi .....	7
Les principales pathologies .....	10
Annuaire des structures impliquées.....	14
Deuxième partie : état des lieux des données obtenues .....	15
Troisième partie : réflexions sur le protocole d'études .....	18
Réflexions préliminaires .....	18
Recueil de données quantitatives .....	18
Recueil de données qualitatives.....	19
Analyse des données et livrables potentiels .....	21
Bibliographie .....	22
Annexes .....	25
Files actives des Pass normandes.....	25
Présentation des associations avec lesquelles les échanges ont eu lieu .....	25
Siglaire .....	28

## Première partie : synthèse des échanges et de la littérature

Cette partie a pour objectif d’ancrer les échanges réalisés avec les structures dans une littérature plus générale, qui s’appuie sur une diversité de publications scientifiques (rapports, ressources institutionnelles et associatives, dossiers thématiques, etc.) sur la thématique de la santé des migrants. En effet, en amont des échanges, une revue de littérature a été réalisée<sup>1</sup>. Cette revue faisant particulièrement écho aux renseignements fournis par les structures, il a semblé pertinent de l’intégrer ici, tout en la synthétisant, afin de permettre une meilleure lisibilité et mettre en perspective les situations spécifiques du territoire normand dans un ancrage global.

### État des échanges et méthodologie

Il a été convenu de réaliser des échanges avec les organisations actives dans le champ de la santé des migrants (soins, accès aux soins, accès aux droits qui conditionnent l’accès aux soins) sur le territoire normand. Cette étape avait pour finalité la réalisation d’un annuaire et l’identification des données et ressources disponibles pour la conception d’un protocole d’étude. Le ciblage des structures à contacter s’est fondé sur une logique de diversité plutôt que d’exhaustivité : structures généralistes et plus spécialisées, répartition sur le territoire, type de soutien et de prestations apportés aux publics migrants, etc. À titre d’exemple, certains Cada ou Caarud ont été contactés parmi ceux identifiés, mais pas tous ; ont été privilégiées les prises de contacts avec une diversité d’organisations. Par ailleurs, certaines structures recensées ont été identifiées comme potentiellement pertinentes dans le cadre d’une enquête ultérieure mais pas à ce stade exploratoire. Il n’est donc pas exclu que certaines sources de données soient identifiées plus tardivement.

Plus d’une soixantaine de structures ou catégories de structures (par exemple Csapa, Caarud) ont été recensées, pour une quarantaine de prises de contacts entre décembre 2021 et avril 2022. Celles-ci ont donné lieu, parfois après relance, à une trentaine d’échanges téléphoniques<sup>2</sup>. À ce jour, quelques contacts restent en suspens, pour une dizaine de non-réponses de la part des structures approchées.

Les échanges ont permis d’avoir un aperçu de l’activité des structures, des publics rencontrés, des principales problématiques perçues, des liens entre structures sur le territoire, des freins et leviers à l’action. Ces échanges permettaient aussi la connaissance et le partage d’éventuelles données produites par les structures. À la lecture des échanges, un premier questionnement a émergé, celui de la diversité des publics concernés par l’appellation des « migrants », non sans lien avec la nature des structures.

---

<sup>1</sup> La liste des références bibliographiques figure en annexe et une revue de littérature vient compléter ce document.

<sup>2</sup> La liste des structures avec lesquelles un entretien a eu lieu figure en annexe.

## La question des publics et des prises en charge

Comme le soulignent les auteurs d'un article dans *La santé de l'homme* (Aïna Stanojevich et Veïsse), l'appellation « migrants » peut entraîner des confusions terminologiques qui sous-tendent la diversité des publics et de leurs statuts. Les migrants sont des personnes ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Tous ne sont pas exilés (personnes contraintes de vivre hors de leur pays d'origine). Les statuts diffèrent entre les demandeurs d'asile, les réfugiés (bénéficiaires de protection internationale), les sans-papiers (présence irrégulière sur le territoire). Les « immigrés » recouvrent à la fois des étrangers et les Français qui ont acquis la nationalité (par mariage, filiation, naturalisation), la qualité d'immigré étant permanente ; le terme de « migrant » est préféré pour sa dimension processuelle, qui ne se limite pas au point de vue du pays d'accueil. Les « migrants » sont soumis à un certain nombre de classifications, d'usage ou juridiques, qui ne sont pas nécessairement étanches : migrations volontaires ou forcées (exil) ; de travail, de famille (le regroupement familial concernant les étrangers vivant en France, le droit de séjour les Français) ou de réfugiés ; qualifiés ou non qualifiés etc. De même, les « migrants » ne constituent pas une population homogène du point de vue du genre, de l'âge, des pays d'origine (et donc des langues parlées). En somme, « l'usage d'une terminologie générique occulte la grande hétérogénéité des profils, comme la singularité des trajectoires vécues », et conduit à classifier, c'est-à-dire hiérarchiser et différencier les publics, les assigner « à des places et dans des comportements supposés communs ».

Face à l'hétérogénéité du public migrant se retrouve une hétérogénéité de structures, de diverses natures, avec de multiples missions : associations militantes, organismes plus institutionnalisés (dépendants de l'État ou prenant en charge des délégations de service public), ONG. La nature des structures a un impact sur le public ciblé par cette étude. En effet, les associations militantes et ONG s'adresseront à un public souvent plus large et moins conditionnel que les structures institutionnalisées. Ces dernières seront davantage tournées vers le soin des personnes migrantes statutaires, ou en demande d'asile, et ce, pour trois raisons. D'abord, parce que ce sont les missions principales qu'elles se sont données ou se voient attribuer (par convention, par délégation) : Spada, foyers pour MNA. Elles n'ont pas vocation à aider les personnes en transit. Ensuite, parce qu'elles se retrouvent majoritairement dans les villes (par exemple les Pass - Permanence d'accès aux soins de santé -, adossées pour l'essentiel à des centres hospitaliers) ce qui en conditionne les possibilités d'accès. Le Collectif d'aide aux migrants de Ouistreham (Camo) rappelle par exemple que « les personnes en partance pour l'Angleterre ne sont que très peu mobiles ». Enfin, certains migrants refusent de rencontrer des agents de l'État, ou affiliés, par crainte administrative, en lien avec le règlement de Dublin<sup>3</sup>. Cela pourra donc avoir des conséquences sur la perception des enjeux sanitaires concernant le public migrant. Néanmoins, dans la majorité des échanges, les mêmes problématiques sanitaires sont soulevées. Les travailleurs sociaux, aux avant-postes de la prise en charge des migrants, ont parfois le sentiment d'une faible prise en compte de leur parole, dans un système cloisonné entre santé et social, malgré les conséquences potentielles en termes de santé publique.

---

<sup>3</sup> Une personne en migration a presque toujours l'obligation de faire sa demande d'asile dans le premier pays européen par lequel elle est passée, ou celui qui a opéré la première prise d'empreintes, cela, sans prise en compte du parcours ou des intentions du demandeur. Si la personne est « Dublinée », elle peut être mise en rétention le temps d'être renvoyée dans le pays membre responsable si ce dernier donne son accord. Si le transfert n'est pas réalisé dans les six mois (ce délai pouvant être étendu à douze voire dix-huit mois), le demandeur peut formuler une nouvelle demande dans un autre pays que celui de l'État initialement responsable.

## État de santé des migrants

### Traits généraux

Les études françaises et internationales sur l'état de santé des migrants sont l'occasion d'observer un *healthy migrant effect*, bien documenté (Fassin ; André et Azzedine) : les migrants sont, à leur arrivée sur le territoire, en meilleure santé que la population générale, ce qui s'explique en partie par le filtre des procédures d'immigration et des processus d'auto-sélection à la migration. Dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, les populations immigrées sont en meilleure santé que le reste de la population et connaissent des taux de morbidité plus faibles (Berchet et Jusot). Néanmoins, leur état de santé se dégrade par la suite, du fait de l'adoption progressive d'habitudes de vie défavorables à la santé, d'un effet d'usure lié à la pénibilité des emplois occupés par les populations migrantes, de la précarisation de leurs conditions de vie, de l'affaiblissement des appuis familiaux et sociaux suite au déracinement (Irdes, 2018), des barrières informationnelles et des réponses différenciées des filières de soins à leurs situations. Ce phénomène est parfois désigné sous l'appellation « paradoxe de l'assimilation » : dans les années 2000, il est observé qu'à mesure que la durée de résidence sur le territoire français s'accroît, l'état de santé des migrants se détériore (Berchet et Jusot), de telle sorte que leur santé perçue ou objectivée est plus mauvaise que celle des autres personnes, et ce, quelle que soit leur situation.

Toutefois, certains groupes, tels que les réfugiés, sont particulièrement vulnérables et peuvent être davantage sujets à des pathologies spécifiques ou à des troubles mentaux. La prévalence de maladies avancées est plus importante chez les individus les plus précaires : sans-papiers, sans domicile fixe (Hoyez). Les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État (AME), soit des personnes en situation irrégulière, ont davantage recours à l'hôpital et sont plus concernées par des problèmes graves, non traités en premier recours (André et Azzedine). Chez le public primo-arrivant ayant vécu en campement, trois migrants sur quatre déclarent un problème de santé datant de moins de six mois et 16 % font état d'un problème de longue date. Les infirmières réalisant leurs bilans de santé ont identifié des besoins d'orientation sanitaire pour 73 % d'entre elles et eux (Guisao et al.).

Une attention est également portée sur des variables sociodémographiques telles que le genre et la région d'origine. Chez les femmes, la santé perçue est moins bonne que pour les hommes, ce qui s'explique en partie par les violences que certaines d'entre elles subissent ou ont subies au cours de leur vie, dans le cadre familial ou la vie de couple (Khlaf et al. ; Petrucci et al. ; Cognet et al.).

Les enquêtes sur la santé perçue et celles portant sur des problèmes objectivés permettent de dresser un panorama des problématiques sanitaires qui concernent surtout certains publics migrants.

### Problématiques liées aux conditions de vie des personnes migrantes

Le Camo et le rapport d'enquête de la PSM relatent de nombreux enjeux concernant les conditions de vie précaires des personnes en transit et y ajoutent les problématiques liées au manque d'hygiène, d'accès à l'eau, à des toilettes et/ou douches et à un hébergement stable qui impactent directement les états physique et psychique des personnes migrantes. Les associations dénoncent également une absence d'accueil de jour à proximité des lieux de vie de ces personnes (par exemple sur le territoire de Ouistreham) et les pratiques d'expulsions policières, sources de stress quotidien. France Terre d'Asile signale, d'autre part, la difficulté de la vie en cohabitation et fait référence à des enjeux de dignité et d'exposition des plus jeunes.

Les conditions de vie et de migration des migrants sont intimement liées à leur état de santé en ce qu'elles ont des retentissements somatiques ou psychiques (et créent ou aggravent des problèmes de santé). Or, les publics migrants cumulent les facteurs de vulnérabilité et de précarité à divers degrés, selon l'accès ou non à une couverture maladie, à un logement, à un emploi (Veïsse et al.). Dans leur globalité, les migrants sont particulièrement exposés à la précarité sociale<sup>4</sup> : ils risquent davantage le chômage, leurs conditions de logement sont moins favorables, et ils sont sujets à des phénomènes de précarisation spécifique : statut juridique comme obstacle à l'hébergement et à l'emploi, exploitation économique, discriminations y compris dans l'accès aux soins (Aïna Stanojevich et Veïsse).

En termes d'emploi, les migrants sont intégrés de façon différenciée, n'ont pas les mêmes pratiques ni les mêmes droits. Même lorsque les personnes sont autorisées à travailler de par leur titre de séjour, elles sont fréquemment concernées par des situations d'exploitation. Elles font l'objet de discriminations dans l'accès à l'emploi et dans le travail<sup>5</sup> qui constituent un facteur de détérioration de leurs santé physique et psychologique (Cognet et al.).

En termes de logement, les migrants les plus précaires connaissent des conditions particulièrement difficiles dans la vie en campements, à la rue, en squat ou en centre d'hébergement (Huaume et al.). La précarité résidentielle est un phénomène qui inclut l'absence d'hébergement, les difficultés d'accès et de maintien dans l'hébergement, l'inconfort, l'insalubrité, la mobilité forcée. Tous ces aspects ont des retentissements sur l'état de santé des migrants et des effets sur l'accès à la santé. En lien avec le logement - qui conditionne la possibilité de cuisiner, de conserver des aliments ou des repas - se pose l'enjeu de l'alimentation (les personnes sans logement dépendent majoritairement de la distribution de repas). Ainsi, les migrants sont davantage sujets à l'amaigrissement, à l'obésité, au diabète et aux carences alimentaires, du fait notamment de pratiques spécifiques : déstructuration alimentaire, pas de petit-déjeuner équilibré, surconsommation de sucre (Chappuis et al.).

Les conditions de vie anxiogènes et parfois insalubres dans lesquelles se trouvent les populations migrantes ont des répercussions directes sur la dégradation de leur état de santé, accentuées par les complexités d'accès aux droits et aux soins.

## **Difficultés d'accès aux droits, aux soins et leur suivi**

### **Accès aux droits**

En France, il est possible pour les migrants de demander un titre de séjour pour raison médicale : les étrangers malades vivant en France, y compris en situation irrégulière, sont protégés de l'expulsion et peuvent se voir remettre une carte de séjour temporaire vie privée et familiale ou une autorisation provisoire de séjour (si la condition de résidence régulière en France n'est pas remplie). Deux conditions doivent être remplies : risquer des conséquences critiques pour sa santé en cas de défaut de prise en charge médicale, et ne pas pouvoir accéder effectivement à cette prise en charge dans son pays d'origine. Ce dispositif fait l'objet de réformes : en 2016, la compétence de l'évaluation médicale des demandeurs de titres de séjour pour motifs médicaux a été transférée des ARS à l'Ofii. Bien que les étrangers malades se voient octroyer une légitimité sociale et juridique par leur maladie (Bonnet),

---

<sup>4</sup> Leur niveau de revenus est inférieur de 32 % et leur niveau de vie de 26 %, comparés à la population générale.

<sup>5</sup> Non-reconnaissance des diplômes, cantonnement dans des tâches difficiles ou moins valorisantes, racisme explicite, imposition d'un rythme de travail plus soutenu

la régularisation pour soigner les places dans des situations précaires. Les titres de séjour sont accordés pour des délais courts (quelques mois) et leur renouvellement n'est jamais garanti, conditionné au maintien d'un état de santé dégradé. Selon la disposition ou non d'une autorisation provisoire de séjour ou d'une carte de séjour temporaire, l'étranger peut ou non être autorisé à travailler et bénéficier de prestations sociales (Pian).

Les personnes exerçant une activité professionnelle en France ou résidant en France de façon stable et régulière (depuis plus de trois mois) ont accès à la PUMa (Protection universelle maladie). La C2S (complémentaire santé solidaire) est accessible dans ces mêmes conditions. Cependant, France Terre d'Asile rappelle qu'un délai de carence de trois mois est à compter à partir du passage en préfecture pour l'ouverture des droits à la PUMa. Ce vide est en partie comblé par l'ouverture des Pass (Permanence d'accès aux soins de santé), qui permettent aux personnes sans ressources d'accéder aux soins même sans disposer d'une couverture maladie mais ces dernières ont des moyens jugés limités. De plus, elles sont parfois éloignées des structures accueillantes : les consultations mobilisent alors un éducateur sur une demi-journée, alors que toutes les structures évoquent des moyens humains limités.

L'AME (Aide médicale de l'État) est quant à elle destinée aux personnes qui n'ont pas de titre de séjour et qui disposent de faibles ressources, mais est conditionnée par la résidence en France depuis plus de trois mois consécutifs. Les agents de la CPAM évoquent la lenteur du processus d'ouverture des droits de l'AME car celle-ci répond d'un pôle national et non régional ; qui plus est, elle ne garantit pas une prise en charge complète des frais de santé. Ainsi, une sous-utilisation associée à des freins dans l'accès aux droits limitent l'efficacité de l'AME malgré des avantages indéniables en termes de santé publique, les coûts d'hospitalisations ou prises en charge tardives évitées excédant le coût de l'AME, marginal dans le système de santé (André et Azzedine).

Se pose alors la question de l'accès et du recours effectif à ces droits. Bien que les populations migrantes aient théoriquement droit à une protection maladie au terme d'une période de résidence de trois mois, les étrangers en séjour précaire restent confrontés par la suite « *à la complexité de la réglementation et à sa méconnaissance par les acteurs du système de santé, y compris la Sécurité sociale* » (Aïna Stanojevich et Veïsse). Si la France est régulièrement placée parmi les pays où les droits accordés aux migrants sont les plus généreux et avantageux, ces droits ne constituent pas une garantie dans la mesure où de nombreux obstacles à l'égalité de fait persistent, y compris sur les plans administratif et juridique. La stigmatisation sociale des migrants sans-papiers, leurs conditions de vie précaires, le climat de peur et de méfiance généré par des politiques d'immigration restrictives freinent le sentiment des individus de disposer d'un droit et altèrent la perception qu'ont les acteurs institutionnels des personnes sans-papiers et de leur « mérite » supposé des ressources auxquelles elles ont droit (Larchanché). S'y ajoutent l'invisibilité de l'AME auprès de son public, le manque d'information en langues étrangères et des difficultés dans l'interaction avec l'administration et avec les professions médicales (Wittwer et al.). La garantie des droits est donc loin d'être acquise, y compris pour des mineurs qui échappent à « *quelque protection que ce soit, y compris au droit fondamental de demander l'asile* » (Wolmark).

### *Accès aux soins*

Les structures évoquent comme frein à l'accès aux soins le manque de mobilité des personnes en transit. France Terre d'Asile juge par exemple nécessaire de développer des capacités de mise à l'abri et de réfléchir à la gratuité des transports (SNCF, régionaux), ce qui constituerait un réel levier pour la dignité des personnes et l'accès aux soins - là où les contrôles et amendes sont vécus comme des humiliations, des traitements dégradants -. La PSM rappelle que pour la majorité des personnes en transit, l'accès à la santé passe par « les associations de santé présentes sur les camps », ce qui restreint considérablement l'offre de soins et ne permet pas de soins spécialisés. Les structures traitent également du non-recours aux soins, ce qui résonne particulièrement avec la littérature existante.

En effet, les droits ne suffisent pas pour accéder aux soins : la C2S et l'AME ne résolvent pas tous les obstacles au recours ou à l'accès aux soins. « *Des patients ayant quand bien même recouvré leur droits, restent en inadéquation avec le système de santé de ville en raison d'un état de détresse sociale et psychologique ou de situations médicales complexes avec des pathologies intriquées* » (Kaoutar et al.). Les migrants, selon leur statut juridique et leurs ressources, empruntent des voies différenciées d'accès aux soins (Morel) : cliniques et hôpitaux privés, hôpitaux publics, évitement des services d'urgences, recours à l'assistance sociale et sanitaire des ONG (dispensaires de proximité, Caso/centre du Comede, Pass, lorsqu'elles existent et sont proches). Les voies les plus « traditionnelles » supposent de dépasser un certain nombre de freins, parmi lesquels la peur de l'administration et de décliner son identité (Larchanché), également évoqué par France Terre d'Asile lors des échanges.

Il existe quelques facteurs déclencheurs d'un recours aux soins : choc de santé, rencontre de proches, d'associations ou professionnels, baisse soudaine de revenus. Le non-recours peut également être transitoire, lorsque les migrants n'ont pas encore de réponse à une demande formulée ou font l'objet d'une rupture récente de droit (Wittwer et al.).

Il convient de signaler qu'il n'y a pas que du renoncement, mais qu'il peut parfois exister du refus de soins de la part de professionnels de santé qui discriminent les patients selon leur origine. Ces discriminations peuvent par ailleurs être à la source du renoncement aux soins des migrants (Jung ; Carde ; Schweyer). Cependant, l'interdiction des statistiques ethniques et la perspective républicaine universaliste qui prévaut en France freinent la possibilité pour les différences et les pratiques discriminatoires d'être documentées au grand jour, au-delà de l'égalité de droit supposée (Larchanché ; Hoyez et al. ; Pian et al.).

La littérature montre que les renoncements aux soins sont la conséquence d'un cumul de facteurs de vulnérabilité (évoqués plus haut) et de freins. C'est longtemps après que leur situation globale (emploi, logement, couverture sociale) soit stabilisée que les migrants parviennent à franchir les obstacles et à avoir recours au circuit classique d'accès aux soins (Kaoutar et al. ; Morel). Néanmoins, en s'appuyant sur les données existantes et les échanges avec les structures, les principales pathologies qui touchent les migrants peuvent être listées à titre indicatif.

## Les principales pathologies

### *Les pathologies chroniques et blessures*

Selon le CIDFF, les maladies chroniques (dont les problèmes cardio-vasculaires, diabète, hypertension) sont les plus fréquentes chez les personnes migrantes, mais elles ne sont que rarement suffisantes pour constituer un motif d'obtention d'un titre de séjour auprès de l'Ofii. C'est aussi les résultats qu'évoquent plusieurs équipes de recherche : les pathologies chroniques concernent un tiers des migrants précaires, et la moitié des consultants en Pass (Chappuis et al. ; André et Azzedine). L'obésité, les maladies cardio-vasculaires et le diabète sont les principaux pourvoyeurs de maladies chroniques chez les étrangers bénéficiaires d'une carte de résident (Aïna Stanojevich et Veïsse). Or, toute personne porteuse d'une maladie chronique qui n'est pas correctement informée et accompagnée face à un problème de santé, a une perte de chance quant aux perspectives de guérison et de qualité de vie (Vescovacci et Dommange).

Le rapport de la PSM ajoute que de nombreuses personnes en transit sont en incapacité de suivre ou de prendre un traitement régulier, lorsque le problème est repéré et connu, et ne peuvent donner à leur corps le repos et les soins nécessaires à son rétablissement. C'est aussi le cas concernant des blessures liées à des accidents qui surviennent majoritairement lors de tentatives de traversée à Calais ou Ouistreham.

### *La santé mentale*

La santé mentale est une problématique récurrente dans les échanges avec les structures. Toutes rappellent que les parcours migratoires engendrent très souvent des troubles psychologiques, chocs post-traumatiques, somatisations, etc. Ces troubles sont liés à la fois aux violences rencontrées dans le pays d'origine (guerre) mais aussi durant le parcours (emprisonnements, conséquences physiques et psychiques d'actes de torture, conséquences de l'absence de solution de mise à l'abri, précarité financière) et enfin à l'adaptation au pays d'accueil (discrimination, différences culturelles, humiliation, violence institutionnelle en tant que demandeurs d'asile, amendes). Selon France Terre d'Asile, l'absence de mise à l'abri, l'attente de solutions, le manque d'hygiène et la précarité financière qui place dans des situations d'extrême vulnérabilité sont à la source de stress et de fatigue psychique. Les mineurs non accompagnés sont davantage concernés par les psycho-traumatismes d'après le rapport du Centre Primo-Levi (Centre Primo Levi et Médecins du monde), et les enfants, femmes et personnes âgées vivant en foyer sont également parmi les plus vulnérables (Aïna Stanojevich et Veïsse). Si l'hébergement dans un foyer facilite le suivi des personnes, l'Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) de Caen soulève les effets d'« effondrement » psychologique des suites de la réception d'un statut (moment où un relâchement psychologique est permis). Elle évoque également la destruction psychologique liée à l'ennui, l'oisiveté et l'errance, une conséquence du manque d'accès au travail, à la formation ou à l'école qui sont pourtant des préoccupations des personnes migrantes. Enfin, les troubles psychologiques que connaissent les migrants sont également accentués par des effets d'incompréhension culturelle qui surviennent dans les interactions entre les professionnels de soins et les migrants.

L'association caennaise La Boussole évoque de son côté le manque d'un ethnopsychiatre sur le territoire. C'est pourquoi la plateforme transculturelle de l'EPSM de Caen rappelle la nécessité d'intégrer la dimension transculturelle dans les offres de soins psychologiques. Les consultations transculturelles ont l'objectif d'intégrer les éléments culturels dans le soin, afin de permettre un

décentrage des représentations du trouble. L'équipe de la plateforme intervient notamment dans les consultations de deuxième intention auprès de familles migrantes sur des situations souvent très précises, mais également auprès des équipes qui accueillent des personnes migrantes en leur proposant des formations transculturelles ou de médiation culturelle. Cette plateforme est la seule à proposer cette démarche sur tout le territoire normand. Les médecins de la plateforme précisent l'importance de recourir à l'interprétariat en présentiel qui n'est pas nécessairement plus coûteux que l'interprétariat téléphonique. Un *a priori* existerait autour de la difficulté de recourir à des interprètes alors que cela facilite la consultation et la compréhension des enjeux de santé et apporte un réel bénéfice sur le temps long.

France Terre d'Asile considère qu'il faut développer l'accès aux soins de santé mentale pour les primo-arrivants, ce qui correspond aux recommandations du rapport Primo-Lévi sur le sujet. Une réflexion émerge dans ce sens avec l'Ofii. Concernant les personnes en transit, le rapport de la PSM évoque les difficultés à trouver des personnes qualifiées pour traiter de la santé mentale directement sur le terrain, à savoir aux abords de la frontière franco-britannique. La Boussole évoque un besoin de prises en charge complexes face à des situations qui associent dépendance, troubles psy et précarité locative.

Il convient de préciser que ces troubles ont des conséquences sur la concentration, l'attention, la mémoire et le risque suicidaire (Veisse et al.). Ils ont un impact sur l'apprentissage d'une nouvelle langue, sur les démarches administratives à effectuer ou encore sur la capacité des demandeurs d'asile à mettre en récit leur parcours d'exil devant l'Ofpra ou la CNDA nécessaire à l'obtention d'un statut (Centre Primo Levi et Médecins du monde) ; ils constituent de ce point de vue un handicap.

La santé mentale apparaît donc comme un sujet récurrent à la fois dans la littérature et dans les préoccupations des structures et ce, quelle que soit leur nature et la population concernée.

### ***L'addiction : une « nouvelle » problématique sanitaire***

Des situations d'addiction sont souvent associées à des troubles psy, et particulièrement aux troubles de stress post-traumatiques. Une étude démontre que le statut de migrant accroît le risque de troubles dépressifs, bipolaires, d'état de stress post-traumatique, mais aussi d'abus de substance et d'alcool et de dépendance aux drogues. Ce risque est maintenu chez les migrants de seconde et troisième générations (Guardia et al.). Ces problèmes de toxicomanie sont évoqués par quelques associations et structures (France Terre d'Asile, HUDA) comme de « nouvelles » problématiques sanitaires, qui surviennent après l'arrivée sur le territoire, dans la rue. France Terre d'Asile évoque notamment le quartier de la gare de Caen comme lieu de rassemblement qui a permis l'entraide mais également la circulation de produits psychotropes. Ainsi, des personnes sont devenues consommatrices à leur arrivée alors qu'elles ne l'étaient pas auparavant. Par ailleurs, l'attente, l'errance et l'ennui favorisent aussi la consommation de drogues ou d'alcool. Le même constat est fait à Calais. Les équipes de Médecins du monde remarquent une consommation importante d'alcool chez les exilés en transit, « *principalement par des jeunes qui n'en consommaient pas ou très peu avant d'arriver en France* » (Centre Primo Levi et Médecins du monde). L'alcool permet de faire face aux angoisses, aux reviviscences traumatiques, aux insomnies ou aux craintes avant des tentatives de passage. Or, ces consommations sont associées à des conduites à risque et agressives. C'est pourquoi les Huda ont créé des partenariats avec des Caarud afin de faire de la prévention sur ces questions auprès des jeunes hébergés dans les foyers et font de même concernant les risques liés à la sexualité. La consommation d'alcool en particulier est associée à des troubles tels que le syndrome de Korsakoff.

### ***Santé sexuelle et maladies infectieuses***

Plusieurs associations, dont l'Arcal et la Cimade, portent l'attention sur la question de la santé sexuelle des personnes migrantes, notamment les femmes. En effet, avec la féminisation des populations migrantes, certaines problématiques émergent : augmentation des besoins de soins de santé reproductive, risque accru de mort maternelle et de morbidité maternelle sévère (complications hypertensives, sepsis) pour les femmes nées à l'étranger (Sauvegrain et al.). De plus, beaucoup de femmes ayant eu un parcours d'exil ont subi des violences physiques et parfois sexuelles, certaines femmes ont été victimes de traite ou le sont encore et se retrouvent involontairement dans des réseaux de prostitution. La précarité qui accompagne les années d'installation et l'insécurité administrative augmentent les risques de violence sexuelle faite aux femmes migrantes et de contamination à des maladies sexuellement transmissibles (Desgrées du Loû et al.). C'est pourquoi la Cimade travaille auprès de ces populations sur les questions de prévention contre les IST et de contraception. Des ateliers de prévention et de sensibilisation sont également mis en place dans les Huda : c'est le cas dans la structure Pep 50 qui accueille des MNA ; cette structure mentionne l'importance de la prévention des IST auprès des jeunes adolescents accueillis. Dans ce sens, la tuberculose, le VIH, les hépatites B et C, les strongyloïdose et schistosomiase ont été identifiés par le « *European Centre for Disease Prevention and Control* » comme infections à dépister en priorité chez les populations migrantes<sup>6</sup>.

Les pathologies infectieuses constituent une préoccupation prégnante, particulièrement chez des populations migrantes vivant en campement, où sont observés davantage d'infections respiratoires aiguës, de syndromes grippaux, de gale, et où des épisodes épidémiques se manifestent, comme ce fut le cas à Calais (grippe A-H1N1, rougeole, varicelle) (Chaud et al.).

Ces pathologies peuvent être repérées tardivement : cela entraîne parfois des complications qui induisent un suivi médical spécialisé, lui aussi contraint par des freins d'accès.

### ***Médecine spécialisée : les problèmes dentaires, dermatologiques, ORL***

La prise en charge de besoins de santé spécialisés est assez limitée pour les personnes migrantes. Elles se confrontent aux différents problèmes d'accès aux soins évoqués précédemment, propres à leurs conditions et statuts, mais également aux problématiques plus générales relatives aux mutations du système de santé français tels que les déserts médicaux, les délais pour la prise de rendez-vous et les difficultés de mobilité. Ainsi, les nombreux cas d'épidémie de gale, notamment dus à l'insalubrité des logements dans lesquels vivent les personnes migrantes (campements, tentes, squats) peinent à être éradiqués.

Par ailleurs, d'autres besoins de prise en charge spécialisée sont aussi évoqués à la marge par les structures : problèmes dentaires, ophtalmologiques, dermatologiques - notamment pour les personnes originaires du continent africain - et ORL.

---

<sup>6</sup> Le taux de déclaration de cas de tuberculose est dix-sept fois plus important chez les personnes nées à l'étranger que chez les Français. Par ailleurs un tiers des personnes vivant avec le VIH sous traitement en France peuvent être considérées comme migrantes (Guillon et al.).

### **Covid-19**

L'épidémie de la Covid-19 a aggravé les phénomènes de non-recours aux soins des migrants, par peur d'être contaminé ou du fait d'une impossibilité de se déplacer ou d'avoir accès à une téléconsultation. Médecins du monde observe que la fermeture et le fonctionnement au ralenti de ses Casos - et plus globalement des structures médico-sociales - ont eu des conséquences en termes de non-recours (retards dans les traitements, renoncements), de dépistage (VIH, hépatites, infections bactériennes), de ruptures de traitement. « *À trop se focaliser sur la lutte contre le virus de la Covid-19, les autres problèmes de santé ont eu tendance à ne pas être traités ou à être dépriorisés. [...] Le développement de la prise de rendez-vous sur Internet et des téléconsultations a constitué en soi un obstacle à l'accès à la santé pour les populations marginalisées et en exclusion numérique* » (Médecins du monde, 2021). D'autres associations ont, elles, réussi à assurer un meilleur suivi des personnes pendant l'épidémie (moindre volatilité), mais il a été difficile d'apporter les doses nécessaires à la vaccination de tous.

## Annuaire des structures impliquées

L'annuaire réalisé dans le cadre de cette étude capitalise sur l'existant : sont utilisés pour sa conception les annuaires de Veille sociale 14 ([www.veille-sociale-14.org/](http://www.veille-sociale-14.org/)), de la plateforme Santé et Exil de Promotion santé Normandie ([sante-exil.fr](http://sante-exil.fr)), de la Fédération des acteurs de la solidarité Normandie ([www.federationsolidarite.org/regions/normandie](http://www.federationsolidarite.org/regions/normandie)), de la coordination des Pass et EMPP normandes ([passemp.fr](http://passemp.fr)), du projet action-sociale ([annuaire.action-sociale.org](http://annuaire.action-sociale.org)), d'InfoMIE ([infomie.net](http://infomie.net)) ainsi que les initiatives recensées sur l'annuaire Sursaut Citoyen ([sursaut-citoyen.org/Annuaire](http://sursaut-citoyen.org/Annuaire)). L'annuaire est par ailleurs nourri des contacts obtenus au cours des échanges avec les structures.

Pour chaque structure, sont précisés :

- **Son nom et son type** (Institution, Spada, Caarud ou Csapa, Cada, CHU ou CH, EPSM ou CMP, Pass, LHSS, ACT, CCAS, PTA, UC-Irsa, Cegidd, Planning familial, Autre association ou collectif)
- **Son champ d'action**, précisé ou non par les échanges qui ont eu lieu : public (genre, statut), nature de l'intervention (accueil de jour, hébergement, soins et permanences, orientation vers les soins, aides administrative et juridique, ateliers culturels et linguistiques, interprétariat ou ressources transculturelles, accès à l'hygiène, accès à l'alimentation, autres)
- **Son territoire d'intervention** et/ou sa localisation sur le territoire normand
- **Sa nature** : degré d'institutionnalisation, effectifs (salariés, bénévoles), taille, moyens éventuels... *via* un paragraphe de présentation libre, plus ou moins fourni selon les informations disponibles
- **Ses coordonnées** *via* les contacts établis et/ou les annuaires préexistants et/ou les sites Internet des structures

Un tableur Excel recense ces variables pour chaque structure identifiée. Il est ensuite utilisé pour la réalisation de l'annuaire sous forme d'une **cartographie interactive**, sur laquelle il est possible de projeter l'ensemble des structures ou de les filtrer suivant des critères déterminés (publics, type d'action, commune par exemple). L'outil ainsi conçu peut au besoin être diffusé à divers degrés : usage interne avec l'ensemble des variables, réseau des structures et public en masquant certaines informations selon les préoccupations des structures. Il devra au préalable être consolidé.

## Deuxième partie : état des lieux des données obtenues

Lors des échanges avec les structures, elles ont été interrogées sur les données dont elles disposaient ou dont elles avaient connaissance sur le territoire. Suivant les réponses, l'échange a été plus poussé : type et format des données, variables recueillies, années de recueil.

Il en ressort que la plupart des structures ne disposent pas de données, voire ont cessé d'en produire par manque de temps ou d'intérêt perçu (pas d'exploitation ultérieure). Parmi celles qui disposent de données, toutes ne peuvent être extraites ou partagées, certaines étant destinées à un usage interne. Quelques structures disent utiliser ou disposer de données qui ne permettent toutefois pas d'identifier les publics migrants (manque de variables telles que le pays de naissance/d'origine, le statut administratif ou la couverture maladie). À l'inverse, d'autres ne permettent pas d'obtenir d'informations relatives à la santé.

Pour l'essentiel, les structures à taille réduite renvoient vers leurs rapports d'activité où quelques données statistiques sont consignées.

Les données accessibles à la suite de cette première étape ont été consultées. Il s'agit essentiellement de totaux agrégés, de pourcentages déjà calculés, de rapports d'activité avec graphes et tableaux, sans possibilité d'analyse par individu. La prise de connaissance de plusieurs rapports thématiques dont les résultats, obtenus à partir de données quantitatives et qualitatives, ont nourri les réflexions et la revue de littérature : observatoire de l'accès aux soins de Médecins du monde, plateforme des soutiens aux migrants. D'autres résultats sont attendus : une mission de diagnostic concernant la prise en charge des mineurs isolés dans le Calvados est en cours de réalisation par Médecins du monde.

Dans le cadre de la revue de littérature, l'ensemble des sources de données existantes et exploitées lors d'enquêtes relatives à la santé des migrants ont été recensées, en s'appuyant pour partie sur une bibliographie thématique de l'Irdes, « Les enquêtes auprès des migrants » (Safon)<sup>7</sup>.

- Enquête Baromètre santé de Santé publique France ;
- Enquête Parcours de l'ANRS ;
- Enquête auprès des personnes consultant dans le centre de santé du Comede ;
- Enquête Trajectoires et origines de l'Ined et de l'Insee ;
- Cohorte épidémiologique Constances (consultants des centres d'examen de santé de la sécurité sociale) ;
- Enquête VIH/sida de l'Inpes auprès de populations originaires d'Afrique subsaharienne ;
- Enquête Santé et protection sociale de la Drees ;
- Enquête auprès des bénéficiaires de l'AME de la Drees ;
- Enquête PRI Passage à la retraite des immigrés ;
- Données recueillies par Médecins du monde au sein des Caso, voir Observatoire de l'accès aux soins ;
- Étude Precavir ;
- Étude Echo autour de l'épidémie de Covid-19 chez les populations précaires ;
- Étude Covid-Homeless ;
- Recherche pluridisciplinaire Premiers pas (ANR) autour de l'accès aux soins des personnes étrangères sans titre de séjour ;
- Enquête décennale santé de l'Insee ;

---

<sup>7</sup> <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-enquetes-aupres-des-migrants.pdf>

- Études de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) autour des maladies infectieuses ;
- Enquête sur les personnes défavorisées de l'Irdes ;
- Enquête ESPS (Santé, soins, protection sociale) de l'Irdes ;
- Enquête ESSM Santé et soins médicaux de l'Insee et l'Irdes ;
- Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) ;
- Autres enquêtes européennes (European Union Survey on Income and Living Conditions ; European Health Interview Survey) ;
- Étude longitudinale depuis l'enfance (Elfe) ;
- Projet ANR MIGSAN, Expériences de la santé et trajectoires de soins des primo-arrivants en France ;
- Enquête Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) ;
- Données recueillies par l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (Anaem) lors des visites médicales obligatoires ;
- Données Ofpra ;
- Données Ofii ;
- Données de l'OCDE ou du centre collaborateur français de l'OMS ;
- Enquête Parcours et profils de migrants de la DREES (PPM).

Ci-dessous, figure le descriptif des données obtenues dans le cadre des échanges.

**Données de la coordination des Pass Normandie (2018, 2019, 2020)** : une richesse des données existe, de nombreuses variables aussi mais l'agrégation est faite au niveau régional. Il n'y a pas d'accès aux fichiers par département, ni par Pass, ni au niveau individuel, et donc il est impossible de réaliser des croisements. Ce fichier donne néanmoins une idée du niveau d'harmonisation de recueil des données entre départements. Il n'y a pas de files actives « migrantes » par Pass ou département à disposition, ce qui empêche de « cibler » les Pass accueillant le plus de personnes migrantes autrement que par les rapports d'activité de chaque Pass.

Il serait intéressant d'avoir *a minima* les données départementales voire par Pass, ce qui soulève des questions de complexité / faisabilité, afin de réaliser des comparaisons territoriales et/ou entre Pass selon leur file active de personnes migrantes.

- ⇒ Recensement des variables (totaux agrégés sur la région, pas de données individuelles) :
- **Profil du patient** (genre ; difficulté liée à la langue ; tranche d'âge ; situation familiale ; secteur géographique (domiciliation et lieu de naissance) ; orienteur ; couverture de base et complémentaire ; hébergement ; ressources)
  - **Activités des agents d'accueil/aides médico-psychologiques/secrétaires** (cotation des passages et des freins dans la prise en charge) ; **activité de l'assistant social** (avec problématiques ; actions ; orientations internes et externes à la Pass ; cotation de la complexité des situations sociales ; cotation des freins dans la prise en charge) ; **de l'IDE** (avec problématiques repérées ; motifs de recours ; méthodes d'intervention ; actes infirmiers ; orientation suite à consultation ; cotation de la complexité des situations sanitaires) ; **du médecin** (comptage des consultations ; pathologies repérées/prises en charge/orientées/délais ; actions ; freins ; orientations ; durées de suivi) ; **du psychologue** (type d'entretien ; orienteur ; orientation suite à entretien ; parcours de soins antérieur ; problématiques ; freins dans la prise en charge ; durée de suivi) - *idem* pour la neuro-psycho - ; **de la diététicienne** (profil

patient ; aides alimentaires ou non ; type de consultation ; motifs de recours ; méthodes d'intervention ; orientations internes et externes à la Pass ; freins ; durée de suivi) ; de la socio-esthéticienne (profil patient ; type d'entretien ; durée de suivi ; motifs d'orientation ; méthodes d'intervention ; accompagnement concomitant ; évolution du patient ; freins)

#### **Données Terra Psy - Psychologues sans frontières (2019, 2020, 2021)**

- Données par individu : orienteur ; genre ; date de naissance ; pays de naissance ; commune de résidence ; QPV ; TVA ; lieu d'hébergement ; type de consultation ; langue parlée en consultation ; première et dernière consultations ; motif de sortie ; nombre de rendez-vous honorés

#### **Ofii, statistiques étrangers malades sur la région Normandie (annuelles)**

- Taux calculés. Nombre de demandes de titre de séjour pour soins (part d'adultes, part de primo-demandes, part de femmes, avis transmis au préfet et part d'avis favorables) ; principales pathologies des demandeurs ; principales nationalités représentées dans les demandes

#### **Rapports d'activité de l'AMCE**

- Effectifs et taux calculés. Consultations : nombre par mois/jour, *sex-ratio*, part de mineurs, état de la couverture sociale, motifs de recours, pathologies ; File active : nombre et *sex-ratio* des patients, part de mineurs, nombre de consultations par patient et par an, origines géographiques. Médicaments remis.

#### **Données CIDFF Seine-Maritime**

- Statistiques agrégées (pas de données individuelles) sur les dossiers du service juridique sur les différentes permanences. Nombre de dossiers selon couples, femmes, hommes, professionnels. La plupart des statistiques différencient femmes/hommes/genre neutre.
- Connaissance du CIDFF par..., premier contact ou non, orientation interne, durée de l'entretien, orientation externe et vers quelle(s) structure(s)
- Tranches d'âge, QPV/ZRR ou non, situation conjugale, enfants à charge, famille nombreuse, monoparentalité, nationalité (française/hors UE/UE/non connue), primo-arrivante (oui/non/inconnu), situation par rapport au logement (autonome/hébergé/non connue/SDF), hébergé par, situation professionnelle, activité professionnelle, contrat de travail, durée temps partiel, branche professionnelle, si sans emploi quel contexte (y compris sans droit au travail), arrêt maladie, congé parental, ressources propres, situation de handicap, reconnue RQTH ou non, autonomie numérique, niveau d'étude, analphabète/illettré, maîtrise du français
- Répartition par permanence, par commune, par thématique, détail des dossiers (y compris droit des étrangers)

## Troisième partie : réflexions sur le protocole d'études

### Réflexions préliminaires

L'idée générale est de réaliser, dans une perspective d'aide à la décision, une observation de la santé des migrants sur le territoire normand. Cette observation peut se décliner en sous-études ou en *focus* thématiques autour de problématiques spécifiques (santé mentale, santé sexuelle, maladies chroniques), de publics (statut administratif, âge et ancienneté sur le territoire, genre) ou de territoires (départements, urbain/rural, littoral). Il peut s'agir d'une photographie de l'état de santé et de l'accès aux soins des populations migrantes à un instant t, mais la possibilité de pérenniser ou de répéter l'enquête est à envisager afin de saisir des évolutions à moyen et à long termes.

Par souci d'éviter le recueil d'informations redondantes, la conception du protocole tient compte des études réalisées ou en cours sur le territoire : étude qualitative par entretiens auprès de personnes migrantes du Pas-de-Calais à la Basse-Normandie réalisée par la Plateforme des soutiens aux migrants, mission de diagnostic auprès des personnes migrantes isolées et des acteurs locaux en cours de réalisation par Médecins du monde à Caen et dans le Calvados, passation d'un questionnaire de santé mentale et expérimentation d'un dépistage par Trod pour les maladies infectieuses lors des examens cliniques de l'Ofii.

Dans ce contexte, il est proposé de porter le regard sur les migrants précaires (statut, conditions de vie) plutôt que sur les personnes installées durablement sur le territoire et disposant d'un titre de séjour, voire ayant accédé à la nationalité française. La question de la comparabilité est néanmoins soulevée : est-il pertinent de comparer l'état de santé et les possibilités d'accès aux soins des migrants précaires avec la population générale / la population migrante « en général » ? Si oui, au travers de quelles données « témoin » ?

Il est également proposé de s'intéresser à l'ensemble du territoire normand à travers une diversité de sites de recueil de données quantitatives et qualitatives, afin de saisir d'éventuelles spécificités et disparités locales. L'enquête doit s'appuyer sur l'existant, et notamment sur les structures et dispositifs à destination des publics migrants identifiés sur le territoire, par exemple au travers des échanges exploratoires qui ont été conduits.

### Recueil de données quantitatives

Il est constaté que les données recueillies ou connues sont rares, trop parcellaires et/ou trop agrégées. Ces données permettent d'éclairer et contextualiser la situation sanitaire sur le territoire, et donc de confirmer la pertinence du ciblage de certaines problématiques de santé, sans toutefois autoriser une analyse fine (par individus, par territoires) ou un quelconque traitement. Par ailleurs, la littérature évoque les difficultés à identifier les personnes migrantes dans les grandes enquêtes par manque de variables (statut administratif, pays d'origine de l'individu ou de ses parents, ancienneté sur le territoire, lieu d'hébergement, couverture maladie).

Par ailleurs, une exploitation des données du système national des données de santé (SNDS) est à envisager selon les possibilités d'identification des personnes migrantes et d'analyse.

Il apparaît alors pertinent de mettre en place un nouveau dispositif de recueil de données localisées. Pour des raisons de faisabilité, il semble difficile de mettre en place un recueil de données à caractère systématique. Un recueil ponctuel permettra donc de saisir des informations à un instant t. La réflexion sur les modalités de ce recueil devra intégrer la possibilité de recueillir des données socles dans la durée en cas de répétition et/ou pérennisation du dispositif.

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) apparaissent, dans la littérature et dans les échanges réalisés, comme des structures-clé pour l'accès aux soins des publics migrants et précaires en général. Plusieurs enquêtes s'appuient, à l'échelle nationale, sur les données recueillies dans les Pass ou dans d'autres structures de soins et d'orientation des personnes migrantes (Caso de Médecins du monde, centre de santé du Comede à Paris). Les données agrégées à l'échelle régionale témoignent par ailleurs d'un travail de coordination en place et d'une certaine harmonisation des données recueillies, ainsi que du potentiel de recueil (diversité des intervenants, des structures qui orientent les personnes migrantes et vers lesquelles ces personnes sont orientés).

Peut dès lors être imaginée la passation d'un questionnaire, sur une période donnée (une journée, une semaine...), aux intervenants des Pass à remplir pour chaque personne vue. Un tel questionnaire permettrait le recueil de données épidémiologiques et sociales et leur traitement statistique.

Les enjeux sont :

- La prise de contacts avec les Pass pour juger de la faisabilité du dispositif. La coordinatrice régionale des Pass, Mme Tranchant, peut être recontactée dans cette optique, ainsi que le référent de la mission d'appui aux Pass concernant les publics migrants, M. Leroy.
- Le choix des Pass pour la passation du questionnaire. Plusieurs critères possibles : territoire (une Pass par département, urbain/rural, littoral), file active de migrants. Il pourrait être envisagé de cibler des Pass à forte file active de migrants et d'autres à moindre public migrant afin de comparer les données, une réflexion méthodologique est à mener. De même, il faut pouvoir estimer combien de personnes sont vues en moyenne par jour afin de disposer d'un nombre suffisant d'individus pour des traitements statistiques. Les Pass psychiatriques, dentaires, et missions d'appui en milieu rural peuvent être incluses.
- La conception du questionnaire. Quelles données doivent être recueillies ? Pathologies, conditions de vie, profil et statut administratif, ancienneté sur le territoire, accès aux soins, orientations... La revue de littérature et la synthèse des échanges constituent des points d'appui pour sa réalisation. Le questionnaire peut être amené à évoluer, un corps « fixe » avec des données socles peut se doubler d'un corps libre, adaptable selon les besoins.

## Recueil de données qualitatives

Afin d'enrichir l'analyse, des données qualitatives pourraient être recueillies par entretiens semi-directifs et journées d'observation auprès d'acteurs de terrain (ONG, associations médicales et militantes). Les premiers contacts établis ont parfois donné lieu à des invitations ou souhaits d'inclusion dans l'enquête. L'observation permettrait le recueil de données fines sur les modalités d'accès aux soins et d'utilisation des dispositifs existants par les personnes migrantes, ainsi que leurs interactions avec les structures identifiées. Les entretiens permettraient le recueil d'informations complémentaires sur les conditions de vie des personnes, les politiques publiques, les acteurs et

partenaires locaux, les freins et leviers sur le territoire, les principales problématiques afférentes à la santé et à l'accès aux soins.

Un tel dispositif qualitatif se propose de saisir les pratiques et représentations des professionnels et bénévoles qui agissent auprès des publics migrants face aux enjeux de santé et d'orientation dans les parcours de soins, mais aussi d'accès à l'hygiène, à l'alimentation, à un logement. Des facteurs locaux de dégradation de l'état de santé ou de l'accès aux soins (squats communaux, distance géographique des structures de prise en charge, fluidité des orientations et des partenariats entre acteurs) seraient ainsi saisis.

Les enjeux sont :

- L'identification des axes et questions de recherche. La construction de guides d'observation et d'entretien est un préalable à la réalisation d'une enquête qualitative : que doivent saisir les enquêteurs ? Les éléments évoqués ci-dessus constituent des pistes de grands thèmes et sous-thèmes. La revue de littérature et la synthèse des échanges constituent des points d'appui pour sa réalisation.
- Le choix et la prise de contacts avec les acteurs à interroger et observer. Il peut s'agir d'identifier en priorité des contacts sur des territoires ou thématiques qui constituent des « angles morts » (absence de Pass à Ouistreham, territoires ruraux, collectifs agissant auprès de populations volatiles qui « évitent » les Pass) ou de cibler des acteurs selon les thèmes choisis pour des sous-études / « zooms thématiques » : femmes, addictions, santé mentale, santé sexuelle, addictions, handicap etc.

Données quantitatives	Données qualitatives
Déterminer la faisabilité d'un recueil <i>via</i> les Pass, qui ont déjà un système de données structuré. Réfléchir à l'intérêt d'un tel dispositif pour les professionnels des Pass afin de favoriser leur adhésion.  Réfléchir à la faisabilité de mettre en place un recueil auprès d'autres structures.	Concevoir les axes des guides d'entretien et d'observation à partir de la synthèse des échanges et de la littérature. Concevoir éventuellement un questionnaire-type pour le recueil des données relatives aux relations qu'entretiennent les structures entre elles.
Concevoir le questionnaire et ses modalités de passation (où, par qui, sur quelle période).	Déterminer les acteurs pertinents pour le déroulement des entretiens. Finaliser le guide d'entretien. Prise de contacts.
Passation du questionnaire, recueil des données.	Suivant la prise de contacts, cibler les sites qui se prêtent à une observation.
<i>Data management</i> , déterminer ce qui est réalisable à partir des données recueillies.	Entretiens, observations, recueil des données. Recueil en parallèle d'informations complémentaires pour la conception de l'annuaire cartographique.
Traitement des données.	Concevoir la grille d'analyse. Analyser les données recueillies. Construire la base des relations pour l'analyse de réseau. Traitement des données.
Synthèse et restitution. Forme à discuter.	Synthèse et restitution. Forme à discuter.

Finaliser l'annuaire cartographique.

Par ailleurs, préalablement à la mise en place d'un recueil, les aspects liés au RGPD seront à mettre en place.

## Analyse des données et livrables potentiels

Il s'agit ici d'imaginer la forme que pourrait prendre la restitution des résultats de l'enquête. Ces pistes sont bien évidemment dépendantes de la forme du *design* méthodologique adopté.

- Un annuaire des structures sous forme de cartographie interactive (*cf. supra*). Celui-ci pourrait être complété au fil de l'enquête et adapté, voire traduit, pour la diffusion à divers publics (institutions, structures impliquées, publics migrants).
- Une analyse des données quantitatives sous forme de cartographie et/ou de fiches thématiques, et éventuellement un suivi des évolutions sur le temps long.
- Une analyse de réseau à partir des organisations et des liens qu'elles entretiennent entre elles (type, intensité et orientation des liens : connaissance, échange d'informations, actions communes, oriente vers ou reçoit des personnes orientées par) afin d'identifier les partenaires centraux et isolés, qui peut être mobilisé ou doit être inclus dans le cadre de politiques ou de dispositifs spécifiques... Une telle analyse peut être intéressante au niveau des orientations de et vers les Pass au regard de l'accès aux soins des populations migrantes. Une telle analyse suppose le recueil de données sur les liens entre structures sur le territoire (par questionnaire / au travers des temps d'entretien et d'observation). Une représentation graphique permettrait de « cartographier » la place des structures impliquées dans l'accès aux soins en Normandie.
- Une restitution thématique et synthétique de l'analyse des données qualitatives recueillies.
- Une revue de littérature nationale sur la santé et l'accès aux soins / droits des populations migrantes avec bibliographie thématique, à partir du travail déjà réalisé, d'une extension suivant les thèmes choisis et d'une veille bibliographique tout au long de l'étude.

## Bibliographie

- Aïna Stanojevich, Élodie, et Arnaud Veïsse. « Repères sur la santé des migrants. » *La santé de l'Homme*, n° 392, 2007, <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/reperes-sur-la-sante-des-migrants>.
- André, Jean-Marie, et Fabienne Azzedine. « Access to healthcare for undocumented migrants in France: a critical examination of State Medical Assistance ». *Public Health Reviews*, vol. 37, n° 1, août 2016, p. 5. *BioMed Central*, <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0017-4>.
- Berchet, Caroline, et Florence Jusot. *État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français*. 2012. *basepub.dauphine.fr*, <https://basepub.dauphine.psl.eu/handle/123456789/9217>.
- Bonnet, D. « A propos d'une "maladie des origines" : ethnicité, catégorisation et identités en santé ». *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, 2005, <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010045016>.
- Carde, Estelle. « Le masque de la bienveillance ». *Maux d'exil*, janvier 2017. *www.academia.edu*, [https://www.academia.edu/37326566/Le\\_masque\\_de\\_la\\_bienveillance](https://www.academia.edu/37326566/Le_masque_de_la_bienveillance).
- Centre Primo Levi, et Médecins du monde. *La souffrance psychique des exilés, une urgence de santé publique*. 19 juin 2018, <https://www.primolevi.org/actualites/la-souffrance-psychique-des-exiles-une-urgence-de-sante-publique.html>.
- Chappuis, M., et al. *Alimentation et risques pour la santé des personnes migrantes en situation de précarité : une enquête multicentrique dans sept Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du monde France, 2014. Numéro thématique. La santé et l'accès aux so...* 2017, <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/alimentation-et-risques-pour-la-sante-des-personnes-migrantes-en-situation-de-precarite-une-enquete-multicentrique-dans-sept-centres-d-accueil-d>.
- Chaud, P., et al. *Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe, novembre 2015 octobre 2016. Numéro thématique. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*. 19-20, 2017, p. 374-81, <https://www.santepubliquefrance.fr/hautes-de-france/surveillance-des-maladies-infectieuses-dans-les-populations-migrantes-accueillies-a-calais-et-a-grande-synthe-novembre-2015-octobre-2016.-numero-t>.
- Cognet, Marguerite, et al. « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe ». *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, octobre 2012, p. 11-34.
- Desgrées du Loû, Annabel, et al. *Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'étude ANRS-Parcours*. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/40-41/2015\\_40-41\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/40-41/2015_40-41_2.html). Consulté le 11 avril 2022.
- Fassin, Didier. « La santé des migrants : notes pour une généalogie ». *La santé en action*, n° 455, mars 2021, <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-des-migrants-notes-pour-une-genealogie>.
- Guardia, D., et al. « Prévalence des troubles psychiatriques et addictologiques auprès de trois générations successives de migrants : résultats d'une étude menée en population générale ».

- L'Encéphale*, vol. 43, n° 5, octobre 2017, p. 435-43. *ScienceDirect*, <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.06.008>.
- Guillon, Marlène, et al. « Economic and Public Health Consequences of Delayed Access to Medical Care for Migrants Living with HIV in France ». *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, vol. 19, n° 3, avril 2018, p. 327-40. *PubMed*, <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0886-6>.
- Guisao, A., et al. *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. Numéro thématique. La santé et l'accès aux soins des migr...* 2020, p. 382-88, <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-des-migrants-primo-arrivants-resultats-des-bilans-infirmiers-realises-d-octobre-2015-a-mars-2016-dans-des-centres-franciliens-hebergeant>.
- Hoyez, Anne-Cécile, et al. « Health systems and immigrants - a focus on urban France ». *Handbook of global urban health*, Routledge, 2019, <https://scanr.enseignementsup-recherche.gouv.fr/publication/halshs-02110145>.
- Hoyez, Anne-Cécile. « Trajectoires de santé et trajectoires migratoires chez les migrants sud-asiatiques en France ». *Migrations Societe*, vol. 161, n° 5, 2015, p. 157-72.
- Huaume, H., et al. *Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. Numéro thématique. La santé et l'accès aux...* 19-20, 2017, p. 430-36, <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/profil-de-sante-des-migrants-en-situation-de-precarite-en-france-une-etude-comparative-des-migrants-accueillis-dans-les-centres-de-medecins-du-mo>.
- Jung, Emilie. « Les déclinaisons de la mise à l'écart des soins ». *Maux d'exil*, n° 56, décembre 2017, <https://www.comede.org/maux-dexil/>.
- Kaoutar, B., et al. « Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (Pass) parisiennes ». *La Revue de Médecine Interne*, vol. 35, n° 11, 2014, p. 709-14.
- Khlat, Myriam, et al. « Gender Patterns in Immigrants' Health Profiles in France: Tobacco, Alcohol, Obesity and Self-Reported Health ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 23, 23, janvier 2020, p. 8759. [www.mdpi.com](http://www.mdpi.com), <https://doi.org/10.3390/ijerph17238759>.
- Larchanché, Stéphanie. « Intangible Obstacles: Health Implications of Stigmatization, Structural Violence, and Fear among Undocumented Immigrants in France ». *Social Science & Medicine (1982)*, vol. 74, n° 6, mars 2012, p. 858-63. *PubMed*, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.016>.
- Morel, Sylvie. « Inequality and Discrimination in Access to Urgent Care in France Ethnographies of Three Healthcare Structures and Their Audiences ». *Social Science & Medicine*, vol. 232, juillet 2019, p. 25-32. *ScienceDirect*, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.028>.
- Petruzzi, Marie, et al. *Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s*. 2019, p. 327-33, <https://www.santepubliquefrance.fr/import/impact-des-violences-de-genre-sur-la-sante-des-exile-e-s>.
- Pian, Anaïk. « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives ». *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, octobre 2012, p. 101-27.

- Pian, Anaïk. « L'interprétariat en santé mentale : divisions sociale, morale et spatiale du travail dans les soins aux migrants ». *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2, 2018, p. 55-78.
- Safon, Marie-Odile. *Les enquêtes auprès des migrants, bibliographie thématique*. Irdes, janvier 2020.
- Sauvegrain, P., et al. *Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées – Collège National des Sages-femmes de France*. 19-20, 2017, p. 389-95, <https://www.cnsf.asso.fr/acces-aux-soins-prenatals-et-sante-maternelle-des-femmes-immigrees/>.
- Schweyer, François-Xavier. « Un système de sélection induites ». *Maux d'exil*, n° 56, décembre 2017.
- Veïsse, A., et al. *Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés. Numéro thématique. La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique*. 19-20, 2017, p. 405-14, <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/violence-vulnerabilite-sociale-et-troubles-psychiques-chez-les-migrants-exiles.-numero-thematique.-la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un>.
- Vescovacci, Khaldia, et Perrine Dommange. « Accompagner les exilés pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé ». *La santé en action*, 2021, p. 31-33.
- Wittwer, J., et al. « Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue. » *Questions d'économie de la santé Irdes*, n° 243, novembre 2019. [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr), <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-243-protger-la-sante-des-personnes-etrangeres-en-situation-irreguliere-en-france.html>.
- Wolmark, Laure. « Migrants mineurs non accompagnés : une protection pas toujours effective ». *La santé en action*, n° 455, 2021, p. 27.

## Annexes

### Files actives des Pass normandes

Via les rapports d'activité, les Pass suivantes ont été identifiées pour leur accueil d'une file active majoritairement étrangère/migrante :

- Dans le Calvados, Miséricorde à Caen (**92 %**) et Bayeux (70 %)
- Dans l'Eure, Evreux (et PASS psychiatrique), Vernon (« grande majorité »), Louviers (58 %)
- Dans la Manche, Saint-Lô (70 %) et Cherbourg (66 %)
- Dans l'Orne, Alençon et Argentan
- En Seine-Maritime, Rouen (**91 %**), Elbeuf (**83 %**), Le Havre (**86 %**), Dieppe

⇒ Choix des proportions les plus importantes (auquel cas certaines ne sont pas précisées) ?  
Choix d'une Pass par département ? Choix des Pass sur le littoral ?

### Présentation des associations avec lesquelles les échanges ont eu lieu

AMCE (Association médicale contre l'exclusion) : Association de médecins bénévoles à Caen, située dans les locaux de la Boussole. L'association a pour but de soigner les personnes dépourvues de droits d'accès au système de soins. Les médecins bénévoles se déplacent également dans des points d'accueils de jour et de nuit de la ville de Caen.

Arcal (Association pour les réfugiés du Calvados) : Association qui œuvre à la domiciliation des personnes ayant le statut de réfugiés ou bénéficiant de protections subsidiaires ou temporaire, cette association aide également les personnes migrantes dans leurs démarches administratives. L'association s'appuie uniquement sur du travail bénévole et tient des permanences deux fois par semaine dans la ville de Caen.

Cimade Normandie : Réparti sur la région normande en groupe locaux (Rouen, Caen, Orne, Le Havre), le travail est essentiellement bénévole et porte sur des permanences d'accompagnement administratif afin d'explorer des pistes pour régulariser le séjour ; l'apprentissage du français ; la sensibilisation aux enjeux de migrations et enfin des plaidoyers auprès des pouvoirs publics.

Collectif d'Aide au Migrants de Ouistreham : Ce collectif est constitué de plusieurs pôles dont un de santé avec des professionnels de santé bénévoles. Il assure notamment des permanences de soins pour les personnes en errance à Ouistreham.

Coordination des Pass Normandie : La coordination a pour mission de fédérer l'ensemble des Pass et de coordonner leur action sur l'ensemble de la région. Elle les soutient dans la construction de partenariats destinés à contribuer à une véritable dynamique d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité.

EMPP (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité) : L'équipe de soignants est coordonnée par l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Caen. L'EMPP intervient sur l'agglomération caennaise. Son rôle est de favoriser l'accès aux soins en psychiatrie des personnes en situation de précarité sociale.

France Terre d'Asile : Structure du Premier Accueil des Demandeurs d'Asile (Spada) à travers un marché public pour une durée de trois ans. Financée par l'Ofii, leur cahier des charges est très précis et se divise en trois prestations. Dans un premier temps, un pré-accueil avec une prise de rendez-vous à la préfecture pour les primo-arrivants ; ensuite, des accompagnements social, juridique et administratif pour les demandeurs d'asile passés en préfecture avec domiciliation ; enfin, un accompagnement social global pour les Bénéficiaires de Protection International (BPI).

Foyer Jacques Cornu : Se compose de cinq services différents dont un Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (Huda). Cette structure accueille des familles le temps des procédures de régularisation.

Itinéraires Caen et Lisieux : Associations qui ont pour but de mettre à la disposition de toute personne isolée, avec ou sans enfant, en situation de détresse, une aide matérielle, morale et psychologique lui permettant de surmonter ses difficultés et de trouver sa place dans la société.

La Boussole (CCAS) : Centre d'accueil de jour à Caen, inconditionnel et anonyme pour les personnes sans domicile. La structure favorise l'accès à l'hygiène avec la présence de douches et de machines à laver. C'est également à cet endroit qu'est hébergée l'AMCE (association médicale contre l'exclusion)

Médecins du monde : L'ONG dispose de deux antennes en Normandie, une à Caen et l'autre à Rouen. L'antenne de Rouen est spécialisée sur la santé sexuelle et celle de Caen sur la santé psychique. Ils font également des maraudes médicales, notamment des maraudes de réduction des risques avec les travailleuses du sexe. Des actions sont également mises en place pour les MNA.

Mission d'appui au dispositif des Pass : L'objectif est de favoriser d' « aller-vers » le public en précarité ; de l'identifier, le rencontrer et l'accompagner dans son parcours de santé pour un retour au droit commun le plus rapide possible.

Pass : Permanences d'accès aux soins de santé, les Pass sont conventionnées avec l'ARS afin d'être identifiées comme structures de première évaluation sanitaire auprès des populations migrantes.

Pep 50 (Pupilles de l'enseignement public) : Cette association intervient dans différents domaines sociaux, a répondu à un appel à projet en 2019 et est désormais reconnue comme structure d'accompagnement de Mineurs Non Accompagnés (MNA), elle dispose pour ce faire d'un centre d'hébergement et d'un service de suivi de jeunes.

Plateforme Ressource Normandie Occidentale et Consultations Transculturelles : Cette plateforme fait partie de l'EPSM de Caen et a pour but de proposer des consultations transculturelles s'adressant aux personnes migrantes ou issues de l'immigration grâce à des outils de décentrage afin de comprendre les enjeux de traumatismes. Des consultations sont mises en place pour les familles, mais les activités de la plateforme sont également à destination d'autres équipes qui accueillent des personnes migrantes pour aider à la compréhension des discours des personnes.

Promotion Santé Normandie : Association qui a pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'état de santé globale de la population. Ses six missions principales sont de contribuer aux politiques publiques de santé ; de dispenser des formations auprès de différents secteurs d'activité ; de conseiller et d'accompagner les acteurs et actrices au niveau local dans le développement, la gestion et l'évaluation de leurs projets ; de mettre à disposition des ressources documentaires et pédagogiques

spécialisées ; d'agir et de coordonner des actions de santé en cohérence avec les priorités de santé publique ; de développer l'innovation et l'expérimentation.

PSM (Plateforme des soutiens aux migrants) : Association qui a pour objectif de fédérer plusieurs associations dans les Hauts-de-France et sur le littoral normand. Ont notamment produit deux documents sur la vie à la frontière et un rapport d'enquête sur la gestion de l'État face à la présence des personnes exilées.

Revivre : Association basée à Colombelles, elle œuvre en faveur de l'insertion des personnes en situation de vulnérabilité sur le territoire de l'agglomération Caen-la-mer Normandie. Elle est composée de salariés et de bénévoles.

Service juridique du CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles) : La mission principale de la structure est d'accompagner juridiquement les personnes dans leurs démarches. La structure s'est saisie du manque d'accompagnement administratif des personnes migrantes, et s'est depuis formée aux droits des étrangers. La structure tient des permanences juridiques dans différentes villes de la région

Service partenariat de la CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe : Service composé de sept personnes, dont les objectifs sont de pallier les problèmes d'accès aux droits et aux soins en France, la méconnaissance des aides et la complexité de l'ouverture de ces droits.

Terra Psy (Psychologues sans frontières) : La structure a pour objectif de faciliter le parcours de soins des populations vulnérables. La démarche d'« aller-vers » y est centrale pour réaliser des consultations hors des murs.

## Siglaire

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AME	Aide médicale de l'État
AMCE	Association médicale contre l'exclusion
ARS	Agence régionale de santé
C2S	Complémentaire santé solidaire
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
Cada	Centre d'accueil de demandeurs d'asiles
Camo	Collectif d'aide aux migrants de Ouistreham
Caso	Centre d'accès aux soins et d'orientation
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIDFF	Centre d'information sur les droits des femmes et des familles
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
CMP	Centre médico-psychologique
Comede	Comité pour la santé des exilés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
Csapa	Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSLAM	Collectif Saint-Lois d'aide aux migrants
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
EPSM	Établissement public de santé mentale
Huda	Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
IDE	Infirmier.ère en soins généraux
LHSS	Lits halte soins santé
MNA	Mineur non accompagné
Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
ONG	Organisation non gouvernementale
Pass	Permanences d'accès aux soins de santé
Pep	Pupilles de l'enseignement public
Praps	Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins
PSM	Plateforme des soutiens aux migrants
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PUMa	Protection universelle maladie
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SNDS	Système national des données de santé
Spada	Structure du premier accueil des demandeurs d'asile
Trod	Test rapide d'orientation diagnostique
UC-Irsa	Union de caisses - institut inter régional pour la Santé

Finalisé en mai 2022, ce document a été réalisé par Astrid Paccou, Hugo Wetzel, Nadège Thomas et Alain Trugeon (OR2S), en lien étroit avec Christelle Gougeon (ARS Normandie).

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL  
L'Atrium - 115 bd de l'Europe - 76100 ROUEN

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ NORMANDIE  
31 Rue Malouet - 76100 ROUEN



SANTÉ DES

MIGRANTS

RENCONTRE AVEC  
LES ACTEURS DE TERRAIN