

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE

RAPPORT 2010
octobre 2011

→ À la suite de la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et de la création de la couverture maladie universelle (CMU), mise en œuvre en 2000, Médecins du Monde s'est doté, cette même année, d'un **Observatoire de l'accès aux soins** pour objectiver et témoigner des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et en mesurer les évolutions.

C'est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leurs problèmes de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à enrichir la connaissance de populations vulnérables en France, peu explorées par les statistiques officielles françaises de santé publique : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire.

Il permet d'élaborer et d'argumenter des propositions au regard de l'expertise de terrain, à partir desquelles Médecins du Monde interpelle ou informe les acteurs politiques, institutionnels et professionnels de santé pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations vivant dans la précarité.

Réalisé pour la 8^e année consécutive avec l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (Orsmip), ce 11^e rapport annuel est élaboré à partir :

- des recueils médico-sociaux enregistrés en informatique des 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) ;
- des observations des acteurs de terrain et en particulier des travailleurs sociaux sur les dispositifs d'accès aux soins et les difficultés existantes ;
- des témoignages recueillis auprès des patients ;
- des données recueillies par des actions mobiles de proximité ;
- du suivi des dispositifs législatifs et réglementaires concernant l'accès aux soins ;
- des rapports d'activité des programmes.

Ce travail de recueil de données et d'observation n'est rendu possible que grâce aux patients qui acceptent de répondre à nos questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie, et que nous tenons à remercier ici.

Grâce aussi à la mobilisation et au travail quotidien des acteurs de la mission France : accueillant(e)s, travailleurs sociaux, infirmier(ère)s, psychologues, médecins et personnes chargées de la saisie informatique des données, que nous remercions également.

Nous remercions par ailleurs toutes les personnes de Médecins du Monde investies dans l'élaboration des outils de recueil de données.

Et nous remercions particulièrement toute l'équipe de la Direction des missions France.

→ **RAPPORT ÉCRIT PAR :**

l'équipe de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde ; Georges FAHET et Dr Françoise CAYLA de l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.

→ **AVEC LA COLLABORATION :**

du groupe de santé publique chargé du suivi de l'Observatoire de l'accès aux soins, des référents des actions faisant l'objet d'un développement spécifique dans le rapport et de toute l'équipe de la Direction des missions France de Médecins du Monde.

AVEC LE SOUTIEN :

de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
RÉSUMÉ	6
2010 EN CHIFFRES	10
LA MISSION FRANCE ET SA DIVERSITÉ EN 2010	11
21 CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO)	13
1 CENTRE DE SOINS PÉDIATRIQUES À MAYOTTE	16
72 ACTIONS MOBILES DE PROXIMITÉ DANS 25 VILLES	16
9 PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES	16
ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CASO ET DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS DEPUIS 2000	19
POURQUOI LES PERSONNES VIENNENT-ELLES À MDM ?	27
LES MODES D'ORIENTATION À MÉDECINS DU MONDE ET LES MOTIFS DE VENUE	28
NOMBRE ET TYPES DE CONSULTATIONS EFFECTUÉS EN 2010	30
EN 2010, QUI SONT LES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES CASO	33
PROFIL DÉMOGRAPHIQUE	34
Sexe et âge	34
Des origines diverses : 151 nationalités rencontrées	35
Les durées de résidence des patients étrangers	36
CONDITIONS DE VIE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL	38
La situation familiale	38
Une dégradation des conditions de logement	39
→ <i>La crise de l'hébergement d'urgence</i>	41
→ <i>La mission Santé-Logement menée en Île-de-France</i>	48
Activités et ressources	50
Une situation administrative précaire	51
→ <i>Le programme auprès des migrants en transit dans le Nord-Littoral</i>	54
QUEL ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS ?	
QUELS SONT LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES RENCONTRÉES ?	57
L'ÉTAT DES VACCINATIONS DANS UN CONTEXTE DE RÉSURGENCE DE LA ROUGEOLE EN POPULATION GÉNÉRALE ET DE RISQUES ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE LIÉS AUX CONDITIONS DE VIE	58
Quelle est la couverture vaccinale des patients reçus dans les Caso ?	60
→ <i>Médecins du Monde intervient auprès des Roms depuis 1992</i>	63
→ <i>Quelle est la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par Médecins du Monde ?</i>	65
LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PATIENTS	68
Les motifs de recours et les résultats de consultation	68
Les problèmes de santé selon les durées prévisibles de prise en charge	73
PRÉVALENCE DE CERTAINES PATHOLOGIES À POTENTIEL DE GRAVITÉ	74
LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES ET DE LA TUBERCULOSE	78
Les personnes connaissent-elles leur statut sérologique ?	78
Comment améliorer la prévention ?	80
Une prévalence élevée du VIH et des hépatites parmi les patients dépistés rencontrés dans les deux Caso d'Île-de-France	82
→ <i>Mise en place de nouvelles stratégies de dépistage : les tests rapides d'orientation diagnostique du VIH (Trod)</i>	83
→ <i>Le programme ERLI : un nouveau projet auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse</i>	84
Un nombre de cas de tuberculose diagnostiqués extrêmement élevé	86
→ <i>L'action de Médecins du Monde auprès des personnes se prostituant</i>	88

LES PATHOLOGIES ET SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES	90
→ <i>Expérience du Caso de Nantes à travers les consultations psychologiques transculturelles</i>	93
→ <i>Projet de santé mentale communautaire à Marseille : passage de relais vers le droit commun</i>	95
LES VIOLENCES SUBIES.....	96
→ <i>Conditions de vie et violences subies par les migrants dans le Pas-de-Calais</i>	100
→ <i>Les effets de la Loi de sécurité intérieure sur la sécurité et l'accès aux soins des personnes se prostituant...</i>	102
PROFIL DES FEMMES ENCEINTES ET ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO.....	104
→ <i>La médiation sanitaire pour améliorer la santé materno-infantile des populations roms</i>	108
Les antécédents obstétricaux des femmes reçues dans les Caso.....	109
TRAITEMENTS PRESCRITS ET ORIENTATIONS À L'ISSUE DES CONSULTATIONS.....	112
Traitements prescrits.....	112
Orientations à l'issue des consultations.....	113
→ <i>Les permanences d'accès aux soins de santé</i>	115
LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE.....	118
QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS ?	123
LES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE	124
Le Fonds pour les soins urgents et vitaux : « <i>Ah bon, les soins urgents, vous auriez leur adresse ?</i> »	126
LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS.....	128
Les principaux obstacles mentionnés par les patients.....	128
La peur des arrestations continue d'éloigner les personnes des structures de santé	129
Le principe déclaratif de l'adresse n'est pas appliqué et l'absence de domiciliation reste encore importante....	130
L'accès aux droits se complexifie et des demandes abusives de pièces se généralisent	132
→ <i>La réforme 2010 de l'aide médicale d'État est un non-sens en termes de santé publique</i>	137
La barrière linguistique reste un véritable frein à la prise en charge.....	139
Les effets de seuil restent sans appel.....	140
Les refus de soins persistent	142
CONSÉQUENCE DE CES OBSTACLES : UNE PERSISTANCE DES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS	144
CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS SELON LE NIVEAU DE COUVERTURE MALADIE.....	146
L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL MIS EN ŒUVRE	150
MAYOTTE, DÉSORMAIS UN « DÉPARTEMENT FRANÇAIS », MAIS TOUJOURS D'EXCEPTION	151
UN CENTRE DE SOINS PÉDIATRIQUES A OUVERT SES PORTES EN DÉCEMBRE 2009	153
FOCUS POPULATIONS	161
LES MINEURS	162
LES PERSONNES SANS DOMICILE.....	169
→ <i>La mission auprès des sans-abri de Strasbourg</i>	174
→ <i>Actions de Médecins du Monde à la Halte de nuit de Toulouse</i>	175
LES DEMANDEURS D'ASILE	177
→ <i>Les consultations psychologiques auprès des demandeurs d'asile au Havre et les accompagnements dans leurs récits de parcours de vie</i>	185
LES PERSONNES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE	186
→ <i>Le droit au séjour pour raisons médicales : une loi définitivement battue en brèche</i>	192
ANNEXES	195
ANNEXE 1 : MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES ET D'ANALYSE	196
ANNEXE 2 : DOSSIERS SOCIAL ET MÉDICAL DES CASO EN 2010	202
ANNEXE 3 : TAUX DE RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES DANS LE RECUEIL DE DONNÉES DES CASO	210
ANNEXE 4 : ENSEMBLE DES EN 2010 (151 NATIONALITÉS).....	214
ANNEXE 5 : DONNÉES SOCIALES ET MÉDICALES PAR CASO.....	215

INTRODUCTION

→ L'année 2010 restera pour l'accès aux soins en France une étape supplémentaire dans la stigmatisation et le rejet des plus vulnérables. Au contexte de crise économique mondiale, qui se traduit en France par une recrudescence du chômage, des emplois précaires et du surendettement, et qui accentue les inégalités sociales en matière de santé, s'ajoutent des réponses publiques souvent plus sécuritaires que sociales. En témoignent la fréquence des expulsions des lieux de vie sans proposition de relogement et la remise en question de dispositifs tels que l'aide médicale d'État (AME) et le droit au séjour pour les étrangers gravement malades.

Dans ces conditions, les centres de Médecins du Monde ne désemploient pas. Le nombre de consultations médicales a augmenté de plus de 10 % en 2 ans. Les équipes mobiles multiplient leurs interventions auprès de publics qui ne se rendent pas dans les lieux de soins et dont les besoins vitaux les plus élémentaires – avoir un toit, un accès à l'eau potable et à la nourriture – ne sont pas satisfaits. Près de la moitié des patients vus en consultation en 2010 nécessitent une prise en charge d'au moins 6 mois. Ces personnes accèdent de plus en plus difficilement au système de soins ou n'arrivent pas à faire valoir leurs droits à la couverture maladie sans une aide préalable. En conséquence, près d'un quart des personnes ont eu recours aux soins de façon tardive, phénomène en nette hausse par rapport aux années précédentes. Les enfants, dont la fréquentation dans nos centres reste importante cette année (près de 12 % des patients), n'ont toujours pas accès, pour bon nombre d'entre eux, à la vaccination ni même à une simple couverture maladie.

L'année 2010 a aussi été marquée par la dégradation significative des conditions de logement des personnes rencontrées, dans un contexte de crise de l'hébergement d'urgence, accentuée en 2011 par la baisse des subventions et, par voie de conséquence, du nombre de places disponibles, qui laisse à la rue

de nombreuses familles et des personnes malades. De même, le constat récurrent d'un déficit de logements pérennes doublé d'un manque d'accompagnement médico-social adapté pour répondre à la diversité des parcours de vie et des besoins des personnes à la rue est plus que jamais d'actualité. La crise du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile s'amplifie, en dépit des obligations de la France de leur garantir des conditions d'accueil décentes.

Les étrangers, qui représentent la grande majorité des patients de MdM, doivent désormais faire face aux nouvelles stratégies de la politique migratoire. De manière déterminée, celles-ci visent désormais à les dissuader de rester sur le territoire français, quitte à mettre en danger leur vie et à stigmatiser davantage certaines communautés, au plus grand mépris des principes de santé publique et des droits humains fondamentaux.

En effet, en 2010, les expulsions massives de familles roms de leurs lieux de vie sans solution de relogement, rendues plus visibles après le discours de Grenoble, se sont poursuivies, avec une peur exacerbée pour cette population, alimentée par des intimidations répétées et des procédures de renvoi vers les pays d'origine. Ces expulsions massives ont conduit à des ruptures de traitement pour des

patients atteints de maladies chroniques telles que la tuberculose, ainsi qu'à l'interruption de campagnes de vaccination contre la rougeole, alors que l'épidémie est aussi de retour en France en population générale.

De la même manière, le harcèlement et les renvois de migrants se sont intensifiés, notamment à Mayotte. À Calais et Dunkerque, les forces de police n'hésitent pas à entraver l'intervention des acteurs humanitaires et sociaux : elles procèdent à des arrestations à proximité des lieux de consultation et de distribution de vivres et détruisent le matériel de première nécessité délivré par les associations aux personnes pour les protéger des intempéries et du froid.

Le climat instauré entraîne de fait une absence de recours à la prévention et aux soins, avec pour effets des ruptures de soins et la relégation accrue des populations dans des lieux retirés où il est plus difficile pour les équipes de leur venir en aide. Ce sont les mêmes effets provoqués par la loi de sécurité intérieure que constatent les équipes de MdM qui travaillent dans le champ de la réduction des risques auprès des personnes se prostituant.

Pour contraindre davantage l'accès aux soins de ces populations, l'aide médicale d'État a été remise en question dans le cadre de la loi de finances pour 2011. L'augmentation récente des coûts de l'AME, mise – à tort – sur le compte d'abus des bénéficiaires par certains parlementaires de la majorité et le gouvernement, a servi de prétexte pour faire voter des modifications rendant le dispositif quasi-inaccessible pour une partie de la population : droit d'entrée de 30 euros, entente préalable des caisses primaires d'assurance maladie pour les soins hospitaliers jugés coûteux et réduction du panier de soins. Or, les personnes rencontrées par les équipes de Médecins du Monde vivent dans une logique de survie, loin des préoccupations de chirurgie esthétique et

de fécondation *in vitro* qui ont pu être évoquées lors du débat parlementaire.

Le jour même de la promulgation de la loi de finances, un rapport des Inspections générales des finances et des affaires sociales, rapport non rendu public pendant les débats parlementaires, venait étayer les arguments de Médecins du Monde et de ses partenaires associatifs, mais aussi des professionnels de santé au travers du Conseil national de l'ordre des médecins, de syndicats de médecins ou des sociétés savantes, qui se sont mobilisés contre ces décisions. Ces modifications sont absurdes, contraires aux enjeux de santé publique, financièrement contre-productives, socialement injustes et discriminatoires.

De même, malgré une importante mobilisation allant également bien au-delà des associations de défense des étrangers, le droit au séjour des étrangers gravement malades résidant en France a été démantelé par la loi sur l'immigration promulguée en juin 2011. Les étrangers malades pourront désormais être renvoyés dans leur pays d'origine dès lors que le « *traitement y est présent* », sans forcément être effectivement accessible. Peu importe que le traitement ne soit pas en quantité suffisante, qu'il soit hors de prix, qu'aucun suivi médical ne soit possible.

Dans ce contexte de crise économique et sociale, les équipes de Médecins du Monde continueront d'intervenir en France auprès des populations les plus précaires. Elles défendront une conception humaniste de l'accueil et du soin basée sur un système de santé solidaire. Elles dénonceront les effets collatéraux et l'impact délétère des impératifs sécuritaires sur les enjeux de santé publique.

RÉSUMÉ

→ En 2010, la mission France de Médecins du Monde est présente dans 30 villes avec 103 programmes (21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), 1 centre de soins pour enfants à Mayotte, 72 actions mobiles d'accès à la prévention et aux soins et 9 programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues), à partir desquels l'association témoigne des conditions de vie et des difficultés d'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables, qu'il s'agisse des personnes vivant à la rue ou dans des squats, avec un statut administratif précaire sur le territoire, des demandeurs d'asile, des sans-papiers, des personnes se prostituant, des usagers de drogues...

Les principaux constats évoqués dans ce rapport annuel de l'Observatoire sont issus du recueil de données commun organisé dans les Caso, mais une grande partie d'entre eux est corroborée par les données recueillies par les actions mobiles.

→ **En 2010, les 21 Caso ont accueilli 28 160 personnes différentes lors de 59 316 passages et effectué 42 525 consultations médicales et dentaires.**

La tendance à l'augmentation des consultations médicales et dentaires, amorcée en 2008, se poursuit en 2010, avec une progression de plus de 10 % en 2 ans, sans ouverture de nouveaux centres.

62 % des patients n'ont vu le médecin qu'une seule fois. **Les personnes ne reviennent pas toujours au centre pour consulter un médecin, mais pour rencontrer les psychologues ou les travailleurs sociaux. L'activité de ces derniers a été particulièrement soutenue en 2010 avec plus de 18 000 consultations**, le plus souvent pour des questions liées à la couverture maladie mais aussi pour des questions d'ordre social plus larges liées à l'hébergement, au logement, aux aides financières, à l'aide alimentaire ou encore à la situation juridique.

Dans les villes où des permanences d'accès aux soins de santé (Pass) fonctionnent correctement au sein des hôpitaux, les équipes de Médecins du Monde constatent que le nombre de patients venus pour consulter un médecin diminue, preuve de l'importance de la mise en place de ce dispositif pour l'accès aux soins des populations les plus précaires. Médecins du Monde soutient ce dispositif et souhaite qu'il se développe davantage, comme le prévoyait la loi, et s'améliore pour répondre aux besoins des plus démunis.

L'un des effets possiblement attendus de la réforme de l'aide médicale d'État, votée en fin d'année 2010, qui introduit un droit d'entrée annuel de 30 euros par adulte pour pouvoir bénéficier de la couverture maladie, est le risque pour les bénéficiaires potentiels de renoncer à obtenir la couverture maladie, faute de pouvoir payer ce droit d'entrée. Lorsqu'elles seront malades, les personnes qui auront renoncé à l'AME n'auront pas d'autre

recours que de se rendre dans les lieux de soins gratuits tels que les Caso de Médecins du Monde ou aux urgences des hôpitaux.

→ **Les personnes reçues sont jeunes et majoritairement étrangères.**

Les personnes que nous rencontrons dans les centres sont jeunes, puisque 69 % ont moins de 40 ans, et leur âge moyen est de 33,5 ans. Elles sont majoritairement étrangères (92 %), et, parmi les étrangers, 66 % résident en France depuis moins de 1 an. Notons toutefois que près de 20 % des personnes sont en France depuis plus de 3 ans. Les origines sont très diverses, avec 151 nationalités représentées. La Roumanie reste le premier pays d'origine devant les pays du Maghreb et la France.

→ **Le profil socio-économique des patients est toujours aussi marqué par la précarité et des conditions de vie difficiles : isolement, absence ou précarité du logement, insalubrité, surpeuplement, absence de ressources, situation administrative précaire.**

L'année 2010 est marquée par une détérioration globale des conditions de logement. On constate ainsi depuis 2008 une diminution du nombre de personnes disposant d'un logement stable mais une proportion plus élevée de personnes hébergées par une association ou un organisme ou en logement précaire. De plus, le nombre de logements considérés par les personnes comme dangereux pour la santé croît dans des proportions importantes entre les deux périodes : 27,4 % en 2008 contre 31,6 % en 2010.

La situation des familles ayant des enfants mineurs est au moins aussi préoccupante que celle des autres patients rencontrés dans les Caso, avec seulement 21 % d'entre elles disposant d'un logement stable. Les autres sont dans un logement précaire (37 %) ou hébergées par un organisme ou une association (33 %), 9 % sont sans logement.

L'insuffisance du nombre de places en Cada conduit des demandeurs d'asile, dont des familles entières, à dormir dans la rue. Seule une petite majorité des demandeurs d'asile reçus dans les Caso (dont la part a augmenté de 45 % en 3 ans) vivent dans un logement qu'ils considèrent stable (12 %), ou sont hébergés par un organisme ou une association (41 %). Les autres vivent dans un logement précaire (28 %) et 19 % sont à la rue. Cette dégradation du logement s'est accentuée par rapport à 2009, puisqu'ils étaient 25 % à vivre dans un logement précaire et 17 % à être sans domicile.

Une enquête ponctuelle de MdM menée à la fin de 2010 montrait déjà le déficit de places d'hébergement, mais également que les lieux proposés étaient souvent inadaptés et perçus de manière négative par les personnes concernées. La tension s'est largement accrue à la fin de l'hiver 2011 avec une crise d'une ampleur inédite, par la baisse des subventions et, par voie de conséquence, du nombre de places disponibles, qui laisse à la rue de nombreuses familles, des enfants et des personnes malades sur l'ensemble du territoire. La mise à l'abri doit demeurer inconditionnelle, quel que soit le statut administratif de la personne. Des structures d'accueil ou des logements pérennes et adaptés à la diversité des profils, des parcours de vie et des demandes des personnes sans abri doivent être mis à disposition.

→ **Les déterminants sociaux de la santé influent sur l'état de santé des personnes rencontrées alors que les besoins de prise en charge s'inscrivent le plus souvent dans la durée.**

Dans un contexte de résurgence de la rougeole en population générale et de risques élevés de tuberculose liés aux conditions de vie, la couverture vaccinale des patients reçus dans les Caso apparaît globalement faible avec des taux variant de 28 à 45 % selon les vaccins (diphtérie, tétanos, polio, tuberculose et ROR). C'est pour l'hépatite B que la couverture est la moins bonne avec un peu moins de 28 % des patients vaccinés.

Une enquête spécifique sur la vaccination des populations roms menée auprès de 281 personnes montre que leur couverture vaccinale est encore plus faible : seuls 8 % des Roms interrogés ont un carnet de santé confirmant que leurs vaccins sont réellement à jour. 92 % des personnes interrogées déclarent avoir été vaccinées un jour, mais sans savoir contre quoi ni si les rappels ont été correctement effectués. La très grande majorité d'entre elles a déclaré son intention de rattraper le calendrier vaccinal, mais elles restent mal informées sur les lieux où se faire vacciner. Les faibles taux de couverture vaccinale et les freins identifiés imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit avec les principaux services publics concernés. Par des démarches de sensibilisation et de médiation qu'il faut encourager, il s'agit d'informer, d'expliquer, de convaincre, de s'assurer que les messages sont compris et de faciliter l'accès aux services et à la médecine de ville. L'organisation de campagnes de vaccinations sur les lieux de vie, de façon conjointe avec les services publics, permettrait ainsi d'assurer la protection immédiate des populations, surtout en période d'épidémie, et d'accéder par la suite plus facilement au système de droit commun. Mais encore faut-il pouvoir garantir la stabilité des populations sur les lieux de vie. Les équipes de MdM sont le témoin d'un nombre important et régulier d'expulsions de terrain, y compris en pleine période de vaccinations et de rappels.

Les motifs de recours aux soins concernent en premier lieu des troubles respiratoires, digestifs et ostéoarticulaires ou des symptômes plus généraux.

Dans près de 45 % des consultations où un diagnostic a été posé, les patients nécessitent une prise en charge d'une durée d'au moins 6 mois, pour des pathologies telles que l'hypertension artérielle et le diabète, ou encore certaines pathologies du système locomoteur, les grossesses et les syndromes dépressifs, alors qu'il s'agit très majoritairement de personnes dépourvues de toute couverture maladie.

Plus de 1 700 personnes ont été dépistées pour le VIH et les hépatites dans les deux Caso d'Île-de-France (Paris et Saint-Denis). **La prévalence du VIH atteint 2,6 %**, soit 11,7 fois plus que la moyenne nationale. **Celle de l'hépatite B (Ag Hbs+) est de 6,5 %**, soit 9,9 fois plus que la moyenne nationale. **Celle du VHC s'élève à 6,5 %**, soit 7,7 fois plus que la moyenne nationale. **Le dépistage de la tuberculose** auprès des patients de ces deux Caso **a permis de dépister 14 cas pour 1 111 patients orientés vers une radiographie pulmonaire, soit 1,3 %**, alors que la prévalence de la tuberculose en population générale en Île-de-France s'élève à 0,015 %.

Ces prévalences élevées montrent à quel point les populations qui viennent consulter à Médecins du Monde sont exposées aux risques des pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites ou la tuberculose, alors qu'elles sont particulièrement éloignées du système de soins. Cela doit inciter à ne pas relâcher les efforts en termes de prévention et d'accès au dépistage, mais bien au contraire à les poursuivre et les intensifier par la mise en place des dispositifs les mieux adaptés aux besoins et aux pratiques des personnes.

De nouvelles stratégies telles que les tests rapides d'orientation diagnostique du VIH (TroD) permettent d'être au plus près des populations cibles et de lutter contre le retard au dépistage. Il nous a paru par ailleurs indispensable de mettre en place un programme spécifique d'éducation aux risques liés à l'injection pour les usagers de drogues afin de lutter contre l'épidémie d'hépatite C qui sévit dans cette population.

L'état bucco-dentaire des patients rencontrés à Médecins du Monde est dégradé. 3 919 consultations dentaires ont été délivrées à 1 742 patients. L'indice CAO, calculé pour le tiers des patients, s'élève en moyenne à 9,5, avec un nombre moyen de dents cariées et absentes respectivement de 3,5 et 4,6, soulignant ainsi un état de santé bucco-dentaire fortement dégradé. Les dentistes considèrent qu'environ 3 patients sur 4 auraient dû être traités plus tôt.

De façon générale, l'accès aux soins dentaires reste problématique pour une large partie de la population et les Pass dentaires restent encore insuffisantes en nombre.

Un peu plus de 12 % des patients, repérés par les médecins lors des consultations médicales, présentent une pathologie psychologique ou psychiatrique, en premier lieu des troubles anxieux ou un syndrome dépressif.

Ces troubles sont plus fréquemment rapportés chez les patients français, mais ils sont également plus importants en nombre parmi les personnes déclarant vivre seules, les sans-domicile et, parmi les étrangers, ceux vivant en France depuis plus de 3 ans ou ceux concernés par une demande d'asile. Mais nous devons relativiser ce résultat car de multiples facteurs tant culturels que liés à la barrière linguistique font que les patients étrangers ne s'expriment pas facilement sur le sujet.

L'élargissement des dispositifs mobiles de psychiatrie-précarité et le renforcement des Pass psychiatriques sont essentiels pour assurer une meilleure couverture territoriale et une prise en charge

psychiatrique des publics en situation d'exclusion. Ces dispositifs doivent être développés et pérennisés en favorisant une approche transculturelle et le recours à l'interprétariat professionnel.

Les médecins ont repéré plus de 2 040 personnes victimes de violences, soit près de 10 % de l'ensemble des patients reçus dans les Caso, le plus souvent parce qu'ils vivaient dans un pays en guerre ou encore à la suite d'agressions de la part des forces de l'ordre ou de tiers. Ces violences se sont déroulées, pour la plupart des patients étrangers, avant leur arrivée en France. Quand le sujet est abordé systématiquement, les personnes rencontrées sont bien plus nombreuses à vivre ou à avoir vécu des situations de violences, y compris en France, ce qui devrait nous inciter à une vigilance renforcée.

À Calais et Dunkerque, l'équipe de Médecins du Monde constate le harcèlement intensif de la part des forces de l'ordre envers les migrants : arrestations à proximité des lieux de distribution de nourriture ou des lieux de consultation, intrusion dans les lieux de vie, destruction de matériel de première nécessité ou de biens personnels...

De même, les effets de la loi de sécurité intérieure sur la santé et la sécurité des personnes qui se prostituent sont visibles. Les personnes sont confrontées de manière manifeste à une vulnérabilité aggravée. En effet, la législation encadrant actuellement la pratique de la prostitution en France, avec notamment l'introduction du délit de racolage passif, favorise la stigmatisation des personnes se prostituant et les expose à un risque accru de violences de la part non seulement de clients qui ont un sentiment d'impunité, mais également de la part des forces de police, infligeant aux personnes humiliation et harcèlement. Cette législation a également pour effet d'éloigner les personnes des structures de prévention auxquelles elles avaient jusqu'alors recours.

Près de 1 femme sur 10 reçues dans les Caso en 2010 était enceintes. La situation de précarité sociale et administrative des femmes enceintes pose la question des conditions du suivi de leur grossesse : seules 23 % ont un logement stable, 8 % sont sans domicile, 63 % n'ont pas de titre de séjour et 94 % n'ont aucune couverture maladie lors de leur première consultation. Cette situation n'est pas sans conséquences sur le suivi et le déroulement de la grossesse : premier contact tardif, nombre de consultations prénatales insuffisant, dépistage de pathologies gravidiques médiocre.

Ainsi, les médecins estiment que plus de la moitié de ces femmes présentent un retard de suivi de grossesse et que seulement 32 % d'entre elles ont accès aux soins prénataux ordinairement proposés aux femmes enceintes.

→ **Les personnes rencontrent toujours et plus que jamais de nombreux obstacles pour accéder aux droits et aux soins.**

Si la loi CMU a présenté une avancée considérable pour l'accès aux soins de plus de 4 millions de personnes, elle a eu pour effet de concentrer les problèmes d'accès aux soins pour les étrangers en situation administrative précaire. C'est ce que nous constatons au travers du changement de profil des publics reçus depuis 2000 et des difficultés rencontrées pour accéder aux soins.

Par ailleurs, ce que les équipes de MdM pressentaient comme un effet de la crise financière commence à être visible dans certains centres : l'arrivée de personnes disposant de ressources « trop importantes » pour bénéficier de la CMU complémentaire mais insuffisantes pour souscrire à une mutuelle. Même si elles sont encore très minoritaires, c'est un indicateur que nous continuons à surveiller.

Près de 76 % des patients, au regard de leur situation personnelle, relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie (51 % de l'AME, 24 % de l'assurance maladie et 2 % ont des droits dans un autre pays européen). Les autres personnes, près du quart, ne peuvent accéder à une couverture maladie, le plus souvent en raison du critère de résidence de 3 mois en France. Leur seul recours dans le système de soins de droit commun reste les Pass ou le fonds hospitalier « soins urgents et vitaux », quand ces dispositifs existent et qu'ils sont connus et opérationnels. Dans les faits, 82 % des personnes qui ont droit à une couverture maladie n'en ont aucune.

Au total et quelle que soit leur situation administrative, ce sont plus de 87 % des patients qui n'ont aucune couverture maladie lorsqu'ils sont reçus la première fois dans les Caso.

60 % des patients disposent d'une adresse pour recevoir du courrier. Les autres patients doivent obtenir une domiciliation administrative pour l'ouverture de leurs droits ; seuls 37 % d'entre eux en disposaient, le plus souvent auprès d'une association, plus rarement auprès d'un centre communal d'action sociale.

Ainsi, si le principe déclaratif de l'adresse était appliqué par les Cpm, la nécessité d'une domiciliation ne concernerait plus que 21 % de l'ensemble des patients ; elle ne constituerait plus l'obstacle principal auquel les patients sont confrontés, contrairement aux années précédentes. Mais les patients se heurtent désormais à un double obstacle : **le refus d'une part de se voir reconnaître leur adresse déclarative** par les Cpm et **la difficulté d'autre part de pouvoir obtenir une domiciliation auprès d'un centre communal d'action sociale**. Si certaines équipes de MdM relèvent des améliorations, d'autres CCAS continuent de refuser de procéder aux domiciliations des demandeurs d'AME ou appliquent des critères restrictifs, voire clairement rédhibitoires.

Les autres obstacles les plus fréquemment cités par les patients sont **la méconnaissance de leurs droits et des structures** délivrant des soins (27 %). Les personnes ignorent à quels droits elles peuvent prétendre et où s'adresser pour les faire valoir, et ont du mal également à s'orienter dans le système de soins français.

La barrière linguistique reste un véritable frein à la prise en charge. Citée par 26 % des patients, elle est probablement sous-estimée si l'on considère le seul fait que la présence d'un traducteur a été nécessaire dans plus de 1 consultation sur 2.

Les difficultés administratives ont été citées par un quart des patients, traduisant là une **complexité grandissante pour accéder aux droits**. Par ailleurs, des demandes de pièces abusives se généralisent.

Les difficultés financières restent importantes pour une partie du public reçu (7 % des obstacles cités). Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'Assurance maladie obligatoire (participations forfaitaires, franchises médicales, déremboursements de médicaments, augmentation du forfait hospitalier), bénéficiaire d'une complémentaire santé est devenu déterminant. Or, **les effets de seuil** sont radicaux et sans appel, tant pour bénéficier de la CMU complémentaire que de l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé (encore insuffisante) ou de l'aide médicale d'État, dont les personnes se trouvent complètement exclues pour un euro au-dessus du plafond.

Les refus de soins, quant à eux, sont toujours une réalité sur laquelle une observation attentive doit être renforcée avec des moyens d'évaluation adéquats et des réponses appropriées et efficaces.

Le contexte répressif et législatif a indéniablement pour effet l'éloignement des personnes des structures de santé et du recours

à la prévention et aux soins. Près de 60 % des étrangers en situation irrégulière en viennent à limiter leurs déplacements ou activités par peur des arrestations.

→ **Ces obstacles ont pour conséquence une nette augmentation du retard de recours aux soins.**

Au cours de l'année 2010, 24 % des patients vus en consultation médicale ont recouru aux soins de façon tardive, phénomène qui est en nette hausse par rapport aux années précédentes (11 % en 2007, 17 % en 2008, 22 % en 2009), et 11 % présentaient un état de santé nécessitant l'ouverture immédiate de droits (parmi les consultants dépourvus de couverture maladie).

→ **La situation des mineurs est toujours extrêmement préoccupante.**

En principe, les mineurs doivent être protégés, ils doivent bénéficier du meilleur accès à la santé possible et de la sécurité sociale en vertu de la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989, ratifiée par la France et entrée en vigueur l'année suivante...

L'accès aux soins des mineurs n'est censé souffrir d'aucune restriction. Pourtant, en 2010, près de 12 % des patients reçus dans les Caso sont mineurs, proportion aussi élevée qu'en 2009 et en nette augmentation par rapport aux années précédentes (ils étaient généralement autour de 10 %). L'effectif des mineurs a en effet augmenté de 30 % par rapport à 2008.

Les enfants ne sont pas épargnés par les difficultés de logement : près de 1 mineur sur 10 vit à la rue, les autres sont hébergés par un organisme ou une association (33 %) ou vivent dans un logement précaire (près de 38 %). Seuls 2 mineurs sur 10 vivent dans un logement stable. Le logement des enfants, s'il existe, est souvent considéré comme néfaste pour la santé (40 %) et très souvent surpeuplé (75 %).

Deux tiers des enfants de moins de 6 ans ne sont pas suivis par les services de PMI. La principale difficulté vient de la sectorisation des PMI, qui exclut de fait des familles à cause de l'instabilité de leurs lieux de vie.

Seul un tiers des enfants de moins de 7 ans reçus dans les centres sont à jour des vaccinations. Lorsqu'ils sont reçus pour la première fois dans les Caso, les mineurs ne sont que 12 % à disposer d'une couverture maladie. Alors qu'ils devraient tous pouvoir en bénéficier sans attendre le délai de 3 mois de résidence, la complexité du système et des mauvaises pratiques freine leur accès aux droits et aux soins, conduisant parfois à des ruptures de prise en charge.

Parce qu'ils sont isolés et ne relèvent pas de l'aide sociale à l'enfance ou parce que leurs parents dépassent le seuil d'attribution de l'AME, des enfants restent exclus de tout dispositif, y compris du Fonds pour les « soins urgents et vitaux », qui considérerait à l'origine le simple fait d'être mineur comme une urgence.

Pour mettre fin à ces situations, le bénéfice de la CMU avec effet immédiat (sans délais d'instruction) doit être étendu à tous les mineurs, quelle que soit la situation administrative de leurs parents, qu'ils aient ou non un représentant légal sur le territoire.

→ **À Mayotte, devenu le 101^e département français, il n'existe ni CMU ni AME. Pour améliorer l'accès aux soins des enfants en situation précaire et témoigner de leur situation, Médecins du Monde a décidé de mettre en place un projet spécifique auprès des mineurs au cœur d'un quartier défavorisé.**

En 2010, le centre pédiatrique a reçu 2 477 enfants et effectué 5 286 consultations médicales. La couverture vaccinale doit être encore améliorée. En fonction du type de vaccins, entre 70 et

90 % des enfants reçus sont à jour de leurs vaccinations ; il s'agit essentiellement d'enfants suivis en PMI ou scolarisés.

Les problèmes de santé sont liés dans 81 % des cas à une infection. Il s'agit essentiellement de problèmes respiratoires et ORL (52 %), de pathologies dermatologiques (31 %), de problèmes d'ordre digestif (13 %), favorisés par des conditions de vie extrêmement précaires.

Même si les résultats doivent être pris avec précaution et demandent à être confirmés, la malnutrition semble atteindre des proportions non négligeables : le retard de croissance staturale concerne 17,2 % des enfants de moins de 5 ans, dont 3,3 % en déficit de croissance important ; la malnutrition aiguë globale concerne quant à elle 13,8 % des enfants de moins de 5 ans, dont 11,6 % en situation modérée et 2,2 % présentant des formes sévères.

Pour quasiment tous les enfants reçus, l'accompagnant déclare rencontrer des obstacles pour l'accès et la continuité des soins : méconnaissance des « bons enfants » ou « bons roses » (76 %), difficultés financières (72 %), barrière linguistique (58 %), difficultés administratives (40 %), mais aussi peur permanente de se déplacer et d'être expulsé (65 %). Le retard de recours aux soins a été constaté dans un tiers des consultations. Les obstacles ont conduit 46 % des parents à renoncer aux soins pour leurs enfants.

Seuls 20 % des enfants rencontrés sont affiliés à la Sécurité sociale. Or, si l'un des deux parents est français ou en situation régulière, l'enfant devrait être affilié. La moitié des enfants qui pourraient être affiliés ne le sont pas.

Par un jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale, le droit à la santé et de la sécurité sociale à Mayotte a été jugé contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant, qui oblige par ailleurs l'affiliation directe d'un mineur à la caisse de Sécurité sociale.

→ **Alors que l'analyse des données recueillies met en évidence les besoins de suivi médical des patients, la complexité des dispositifs administratifs liés tant au séjour qu'à l'assurance maladie limite leur accès aux soins, y compris pour les mineurs.**

La santé est un droit fondamental bafoué, lorsque l'on fait peser des charges financières supplémentaires sur des personnes en situation de précarité, ayant pour seul effet de les faire renoncer aux soins, lorsque le poids du soupçon de fraude des plus démunis complexifie leur accès aux droits et lorsque les politiques répressives menées à l'encontre des étrangers les plus vulnérables les éloignent des structures de santé.

Toutes les restrictions apportées par la réforme de l'aide médicale d'État survenues en 2010 doivent être levées.

La loi encadrant le droit au séjour des étrangers gravement malades doit être rétablie dans sa rédaction antérieure afin de revenir à la notion d'accessibilité effective.

Nous ne pouvons nous résoudre à ce que l'exigence de santé publique et de justice sociale soit désormais dépendante du statut administratif des individus.

C'est pourquoi, pour simplifier les dispositifs, Médecins du Monde continue de réclamer l'inclusion de l'AME dans la CMU, c'est-à-dire un seul système de couverture maladie pour toutes les personnes résidant en France et vivant sous le seuil de pauvreté.

Les politiques de sécurité et d'immigration, par la peur qu'elles engendrent, entravent le travail de prévention, de réduction des risques, d'accès aux soins et plus généralement d'accès aux droits. Les divergences entre ces politiques et celles de santé publique doivent être dépassées dans l'intérêt individuel des personnes et collectif de la société.

2010 EN CHIFFRES

LA MISSION FRANCE

EST SUR LE TERRAIN
AU TRAVERS DE

- **103 programmes** dans **30 villes**. Elle mobilise, toutes actions confondues, **2 000 bénévoles** et **69 salariés**, sur le terrain, représentant **59,68 équivalents temps plein**.
- **21 Centres** d'accueil, de soins et d'orientation ont reçu :
 - 28 160 patients**, dont
 - 20 225 nouveaux patients**, lors de
 - 59 316 passages**, dont
 - **38 606 consultations médicales** pour **21 236 patients différents** ;
 - **3 919 consultations dentaires** pour **1 742 patients différents**, et d'autres consultations, sociales, psychologiques, infirmières, de kinésithérapie...
 - 62 %** des patients ont été vus **une seule fois** par le médecin,
 - 12 %** sont des patients **mineurs**, **9%** d'entre eux **vivent à la rue**,
 - 8 %** des patients sont **français** et **92%** sont **étrangers**, **21%** des patients sont **des ressortissants européens**,
 - 66 %** des patients étrangers sont en France **depuis moins d'1 an**,
 - 19,5 %** sont en France **depuis plus de 3 ans**,
 - 48 %** vivent **dans des logements précaires**,
 - 12,5 %** **vivent à la rue**,
 - 16 %** sont **hébergés** par un organisme ou une association,
 - 98 %** **vivent sous le seuil de pauvreté**,
 - 82 %** de ceux qui y ont droit n'ont **aucune couverture maladie**,
 - 24 %** des patients présentent un **retard de recours aux soins**.
- **1 centre de soins pédiatriques à Mayotte**, qui a reçu **2 477 enfants** et assuré **5 286 consultations**.
- **72 actions mobiles** d'accès à la prévention et aux soins ont comptabilisé près de **66 000 contacts** en 2010, dont
 - **20 programmes** en tournées de rue ou en squats auprès des personnes **sans domicile** ;
 - **6 programmes** auprès des **Roms**, avec **7 000 entretiens** auprès de **4 000 personnes** et **plus de 4 200 consultations** médicales, ainsi que des actions menées par des équipes des Caso dans **4 autres villes** ;
 - **5 programmes** auprès de personnes **se prostituant**, avec plus de **13 000 contacts** de prévention.
- **9 programmes de réductions de risques** liés à l'usage de drogues, dont
 - **6 programmes Rave**, qui ont effectué **113 interventions** pour près de **22 000 contacts** de prévention en milieu festif ;
 - **1 programme XBT** (analyse de drogues) avec **204 échantillons** collectés, documentés et analysés ;
 - **1 programme de rue et squats** avec échange de seringues (Angoulême), qui a réalisé près de **1 000 contacts** et distribué près de **52 000 seringues** (avec un taux de seringues rapportées de **77 %**) ;
 - **1 programme ERLI** (Éducation aux risques liés à l'injection) avec **17 usagers** inclus en 2010, année de lancement du programme.



© Véronique Burger/Phanie



© MdM



© Dominique Guntenkus



© Jobard/MdM/Sipa



© Benoit Guenot



© Sophie Brandstrom

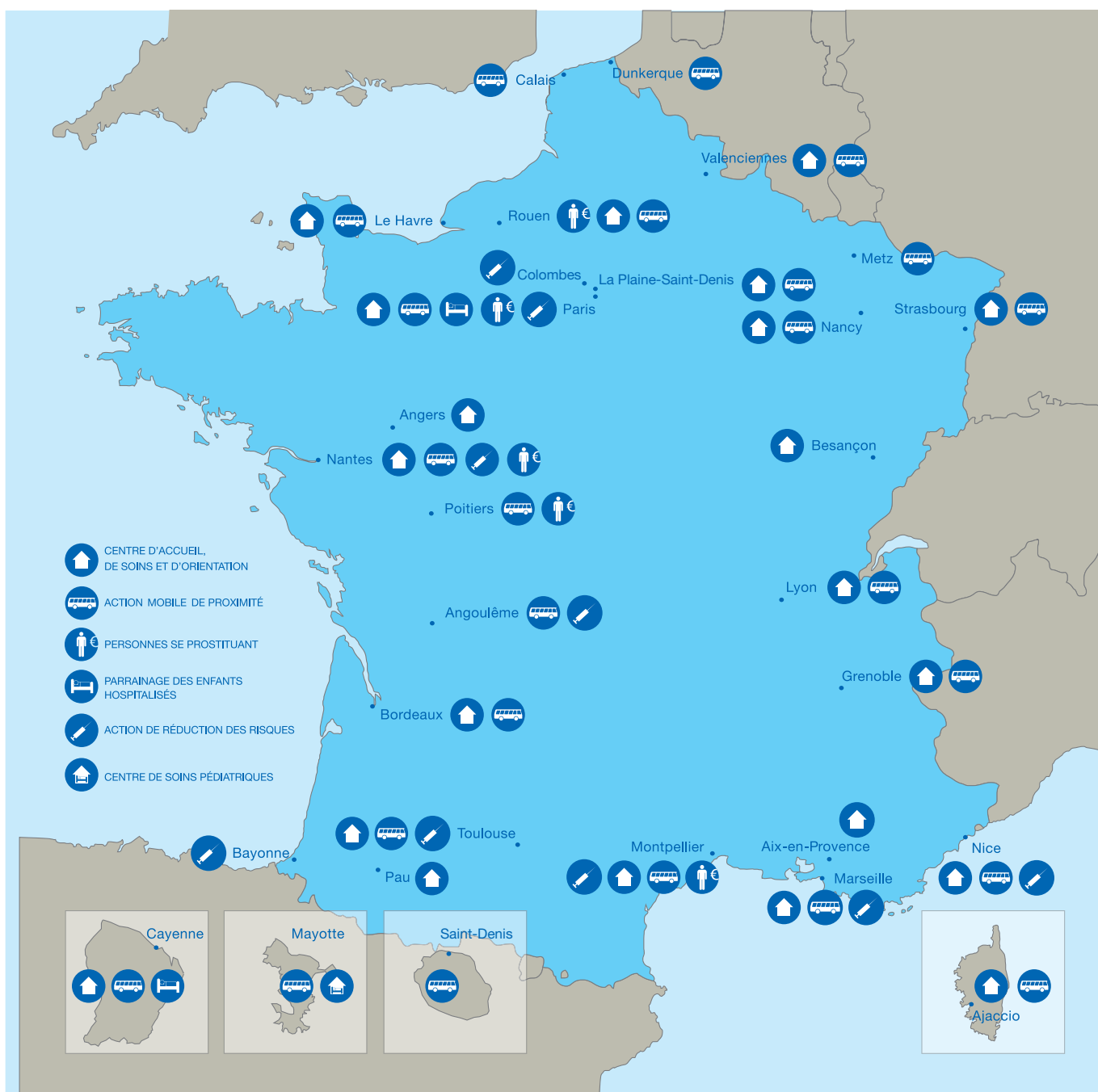
LA MISSION FRANCE

ET SA DIVERSITÉ EN 2010

La mission France est sur le terrain au travers de 103 programmes dans 30 villes. ■

LA MISSION FRANCE ET SA DIVERSITÉ EN 2010

→ La mission France est sur le terrain au travers de 103 programmes dans 30 villes.



→ 21 Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso)

Ouverts à toute personne en difficulté d'accès aux soins, les Caso mobilisent des équipes pluridisciplinaires qui accueillent les patients sans imposer de contraintes de rendez-vous. Ces centres offrent un accueil et une écoute personnalisés et anonymes si le patient le souhaite. Des médecins généralistes et spécialistes se relaient pour assurer les consultations médicales. Des infirmières prodiguent des soins et participent aux actions de prévention. Des travailleurs sociaux s'assurent de l'accès aux droits de chaque personne et avec l'appui des accueillants assurent les orientations nécessaires. Dans certains centres, un soutien est apporté par des psychologues. Cet accueil médico-social à bas seuil d'exigence pour les patients est souvent un lieu privilégié de recours aux soins pour les personnes en grande difficulté. Ils sont souvent le premier lieu fréquenté par les personnes en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits à une couverture maladie et le fonctionnement du système de soins, ou qui n'arrivent pas à faire valoir ces droits.

En 2010, les 21 Caso ont reçu 28 160 patients différents lors de 59 316 passages, soit une augmentation des passages de 5,6 % par rapport à 2009. Le nombre de patients différents a quant à lui augmenté de près de 9 % par rapport à 2009.

Les centres ont effectué 38 606 consultations médicales pour 21 236 patients différents et 3 919 consultations dentaires pour 1 742 patients différents. L'activité médicale, médecins et dentistes confondus, a augmenté de 5,4 % par rapport à 2009.

18 471 consultations sociales ont été enregistrées (dont plus de 5 000 aides à la constitution des dossiers de couverture maladie universelle (CMU) ou d'aide médicale d'État (AME)).

C'est en observant la diversité des populations reçues et grâce au nombre important de données recueillies que s'établit la validité du témoignage de la mission France.

Le tableau 1 détaille la proportion par centre de différents groupes de population. On repère ainsi les spécificités de chaque centre, notamment en lien avec les actions mobiles menées dans la ville.

Globalement, nous notons une augmentation générale du nombre de consultations médicales et de patients ; le centre du Havre se démarque toutefois par la poursuite de la baisse

des consultations, du fait notamment de l'existence de la permanence d'accès aux soins de santé (Pass), qui reçoit un grand nombre de patients.

C'est à Besançon, Cayenne et Lyon que nous rencontrons la plus grande féminisation des patients (49 à 58 %). À noter que la part des femmes a nettement augmenté à Besançon (58,3 % vs 45,4 % en 2009), à Aix-en-Provence (37,8 % vs 28,1 % en 2009) et dans une moindre mesure à Grenoble (48 % vs 40,2 % en 2009). Et qu'*a contrario* une nette baisse a été enregistrée au Havre (29,3 % vs 44,9 % en 2009¹). De façon générale, la part globale des femmes tend à diminuer d'années en années.

La part des hommes quant à elle atteint de 67 à 71 % dans les centres d'Ajaccio, du Havre et de Marseille.

Comme l'année précédente, c'est à Saint-Denis², Paris, Nice et Cayenne que nous voyons la plus forte proportion d'étrangers (au-delà de 95 %). À noter en 2010 une augmentation de la part des patients étrangers à Angers, qui rejoint le quart de tête avec 95,5 %.

L'Union européenne, si l'on englobe les Français, est, en 2010, le groupe le plus représenté parmi les patients (29 %). C'est à Saint-Denis et Bordeaux que nous continuons à recevoir la part la plus importante de ressortissants communautaires (UE hors France) avec, cette année, une très forte augmentation à Aix-en-Provence (49,5 % vs 23,6 % en 2009), qui arrive en tête des centres ayant la plus importante proportion de ressortissants communautaires.

Sur le plan des nationalités, les Roumains, comme les années précédentes, restent les étrangers les plus représentés (14,6 %), devant les Algériens (10,3 %) et les Français (8,2 %). L'ordre de fréquence des nationalités reste donc stable par rapport à 2009.

La Roumanie apparaît dans la liste des 3 pays les plus représentés dans près de la moitié des centres, et pour la première fois à Rouen. La part des Roumains reçus continue d'augmenter à Strasbourg et tout particulièrement à Aix-en-Provence, qui connaît en 2010 une très forte augmentation (42,8 % vs 19,9 % en 2009), qui s'explique en partie par l'action de l'équipe auprès des Roms roumains³. Nancy de son côté voit la disparition de la nationalité roumaine dans

(1) Le centre du Havre a mené une action auprès des femmes francophones (groupes de paroles) qui a pris fin en 2010.

(2) Comme dans la suite du rapport, « Saint-Denis » fait référence à la ville de Saint-Denis dans le département de Seine-Saint-Denis. « Saint-Denis de la Réunion » est quant à elle mentionnée en toutes lettres.

(3) L'équipe d'Aix-en-Provence menait jusqu'en 2010 une action mobile auprès des Roms roumains qu'elle accueille désormais au Caso.

son trio de tête au profit des patients originaires du Maroc. Angers reçoit toujours une part importante de personnes originaires du Soudan. La Tchétchénie a quant à elle disparu du trio de tête pour laisser place à la Somalie et connaît une forte proportion, toujours en augmentation, de demandeurs d'asile et de personnes sans logement.

Besançon voit la proportion de patients français et d'ex-Yougoslavie en nette augmentation comparé à 2009 avec une proportion importante de jeunes de 16 à 24 ans. À noter l'émergence à Grenoble de patients originaires également de l'ex-Yougoslavie, nationalité qui arrive directement dans le trio de tête (21,5 %).

La part des personnes originaires de Bulgarie poursuit son augmentation à Bordeaux (33 % vs 25 % en 2009).

À Nice et à Pau, il existe toujours une part importante de patients originaires de Russie et de Tchétchénie (en augmentation pour Pau : 17,8 % vs 6,9 % en 2009 ; le centre connaît également une augmentation de la part des demandeurs d'asile). À noter que la Tchétchénie apparaît également cette année à Nantes dans les 3 premières nationalités les plus représentées.

Nice accueille par ailleurs une population toujours importante originaire des Philippines (8,4 %).

De nouvelles populations émergent à Cayenne, en provenance de Haïti (15,2 %) et du Brésil (12,8 %).

Le Havre, quant à lui, voit l'émergence dans les 3 nationalités les plus représentées du Congo-Brazzaville (7,8 %).

Marseille reçoit toujours plus de 29 % de personnes originaires d'Algérie, et les Comores sont en légère augmentation (14,3 % vs 12,6 % en 2009).

Si Saint-Denis accueille toujours une population importante originaire de Roumanie (34 %), le centre voit l'augmentation des patients pakistanais (11,3 % vs 9,1 % en 2009).

Les personnes originaires du Maroc n'apparaissent plus dans le trio de tête des centres de Strasbourg et Valenciennes, qui voient l'émergence de personnes françaises pour Strasbourg et d'origine algérienne pour Valenciennes.

En 2010, la part globale des patients français (8 %) est la plus faible enregistrée depuis 10 ans. Mais elle reste importante dans certains centres qui continuent à recevoir une part importante de patients français, comme Valenciennes (59,2 %) et Ajaccio (40 %). Pau, Besançon, Montpellier et Nancy se démarquent également en comptant entre 25 et 36 % de Français dans leur file active.

L'augmentation de la part des mineurs constatée en 2009 se confirme en 2010 avec 11,6 % des patients reçus âgés de

moins de 18 ans (soit près de 2 500 jeunes).

L'effectif des mineurs a connu une augmentation relative de plus de 30 % entre 2008 et 2010, certains Casos recevant une proportion plus élevée de mineurs que la moyenne, c'est le cas notamment de Grenoble et Lyon (respectivement 27 et 22 %), ainsi que d'Angers, Bordeaux et Cayenne (15 à 18 %), et d'Aix-en-Provence qui passe de 5 % à 14 %.

Nous retrouvons les jeunes de 16-24 ans surtout à Valenciennes, Besançon et Rouen (de 22 à 26 %).

Comme en 2009, une population plus âgée (60 ans et plus) est reçue dans le centre d'Ajaccio (18 %, l'âge médian se situant à 47 ans) et dans une moindre mesure dans les centres de Nancy et Strasbourg, où la part des personnes âgées de 60 ans et plus se situe autour de 15 à 16 %.

Les centres d'Aix-en-Provence, Ajaccio et Angers reçoivent un nombre important de sans-domicile (30 à 49 %).

L'augmentation des demandeurs d'asile amorcée en 2009 s'est encore accentuée en 2010 (38 % vs 32,8 % en 2009). C'est à Angers, Valenciennes, Pau et Le Havre que cette proportion continue à être la plus élevée (de 93,9 % à 71,2 %), même si le Caso de Pau reçoit cette année moins de demandeurs d'asile (77 vs vs 85 % en 2009). Notons cependant de très importantes augmentations dans certains centres tels que Grenoble (68,6 % vs 30,2 % en 2009), qui a reçu et suivi cette année de nombreuses familles en demande d'asile, Aix-en-Provence (44,4 % vs 21,4 %), Bordeaux (59 % vs 40,5 %), Saint-Denis (27 % vs 10 %) et Nantes (65 % vs 54 %) à travers les consultations psychologiques transculturelles⁴.

Les centres de Besançon et Strasbourg accusent une diminution en proportion des demandeurs d'asile (respectivement 21,5 % vs 38 % en 2009 et 39 % vs 58,5 % en 2009).

La part des patients venus une seule fois en consultation médicale (générale et spécialisée) est quasi égale à celle relevée en 2009 (62,1 % en 2010 vs 61,8 % en 2009). Elle est en nette augmentation dans le Caso du Havre (94,8 % en 2010 vs 78,9 % en 2009) et reste très importante à Nantes (71,3 % en 2010 vs 73,2 % en 2009), résultat d'une réorientation des patients vers le système de droit commun et d'un fonctionnement efficace des Pass dans ces deux villes. À noter également une part proche de 70 % pour les Casos de Saint-Denis (68,8 %), Toulouse (68,8 %) et Montpellier (68,3 %).

(4) Cette action est décrite dans le chapitre « Pathologies et souffrances psychologiques et psychiatriques » du présent rapport.

Tableau 1 : Proportion des différents types de population par Caso

Centres	Nombre de passages	Nb de cs médicales (y compris dentaires)	Nb de pers. pour lesquelles un dossier social a été renseigné*	Hommes (%)	Femmes (%)	Français (%)	Étrangers (%)	Les nationalités les plus représentées (%)	Ressortissants de l'UE (%) (hors France)	Âge médian	Personnes âgées de 60 ans et plus (%)	Jeunes 16-24 ans (%)	Mineurs (%)	Demandeurs d'asile** (%)	Sans-logement (%)	Besoin d'une domiciliation (%)	Situation vis-à-vis de la domiciliation			Part des patients vus une seule fois en cs médicale*** (%)
																	CCAS (%)	Assoc. (%)	Pas de domicil. (%)	
Aix-en-Provence	1 029	997	288	62,2	37,8	22,3	77,7	Roumanie (42,8), France (22,9), Tunisie (10,6)	49,5	33	5,9	17,2	13,7	44,4	27,8	45,6	6,1	59,1	34,8	47,0
Ajaccio	252	233	49	70,8	29,2	40,0	60,0	France (40,0), Roumanie (20,0), Tunisie (11,4)	22,8	47	18,4	10,2	4,1	---	45,7	---	---	---	---	50,6
Angers	1 100	1 090	590	64,7	35,3	4,5	95,5	Soudan (22,9), Érythrée (22,7), Somalie (12,6)	3,6	26	1,9	16,7	17,9	93,9	48,6	60,6	2,0	91,1	6,9	65,2
Besançon	307	302	139	41,7	58,3	26,5	73,5	France (26,5), Algérie (16,9), Ex-Yougoslavie (15,4)	12,5	32,5	8,6	22,4	12,1	21,5	6,2	17,5	---	8,3	91,7	62,4
Bordeaux	5 282	3 572	1 454	55,6	44,4	9,0	91,0	Bulgarie (33,0), France (9,0), Maroc (8,9)	43,2	30	4,8	16,5	15,1	59,3	14,3	57,5	14,0	34,9	51,1	53,9
Cayenne	2 158	1 189	882	49,9	50,1	2,6	97,4	Pérou (19,2), Haïti (15,2), Ex-Yougoslavie (21,5), Algérie (13,1), Roumanie (11,0)	0,5	30	2,4	15,2	15,4	63,2	4,8	48,5	25,2	62,6	12,2	66,4
Grenoble	1 899	1 372	765	52,0	48,0	9,9	90,1	France (22,4), Algérie (15,5), Congo-Brazzaville (7,8)	13,4	28	5,3	16,4	27,3	68,6	18,8	45,5	5,4	69,1	25,5	65,9
Le Havre	295	107	117	70,7	29,3	22,4	77,6	France (25,3), Maroc (21,1), Algérie (14,5)	3,4	31	7,8	17,4	11,3	71,2	16,4	64,9	---	96,7	3,3	94,8
Lyon	5 353	3 493	1 917	50,7	49,3	9,1	90,9	Roumanie (25,6), Algérie (10,6), France (9,1)	33,6	30	6,2	16,7	22,0	54,6	16,5	32,2	10,4	34,2	55,4	66,1
Marseille	7 255	5 019	2 490	66,8	33,2	9,4	90,6	Algérie (29,2), Comores (14,3), France (9,4)	13,6	34	9,2	14,5	9,2	15,8	10,1	27,0	4,0	18,7	77,3	62,1
Montpellier	2 000	1 813	722	57,6	42,4	25,3	74,7	France (25,3), Maroc (21,1), Algérie (14,5)	16,5	32	6,6	18,7	12,8	45,3	14,9	26,1	1,1	55,1	43,8	68,3
Nancy	1 250	1 171	343	55,4	44,6	25,1	74,9	France (25,1), Maroc (17,6), Algérie (16,1)	12,5	34	15,8	15,2	13,4	37,3	4,7	27,6	4,1	67,1	28,8	52,7
Nantes	866	357	259	54,1	45,9	9,9	90,1	France (9,9), Russie-Tchéchénie (9,1), Algérie (8,3)	9,1	33	11,7	16,6	4,4	65,4	13,1	10,6	---	50,0	50,0	71,3
Nice	6 814	4 168	2 451	55,9	44,1	3,9	96,1	Russie-Tchéchénie (18,3), Tunisie (13,8), Philippines (8,4)	13,8	32	5,7	14,0	12,1	33,0	9,2	24,5	7,4	73,0	19,6	62,9
Paris	7 768	6 656	2 679	59,0	41,0	3,0	97,0	Caméroun (16,7), Algérie (8,3), Côte d'Ivoire (7,2)	5,0	35	8,4	10,7	8,0	27,7	12,9	23,8	2,6	28,3	69,1	55,3
Pau	637	632	216	61,6	38,4	36,1	63,9	France (36,2), Russie-Tchéchénie (17,8), Roumanie (6,1)	21,1	32	6,1	19,7	13,6	76,9	18,2	28,3	9,8	51,0	39,2	58,1
Rouen	1 076	1 061	524	58,4	41,6	14,9	85,1	France (14,9), Roumanie (13,8), Algérie (11,0)	15,5	30	7,6	21,8	12,3	54,3	24,1	25,5	3,6	44,6	51,8	63,7
Saint-Denis	8 739	5 499	4 384	59,5	40,5	0,2	99,8	Roumanie (33,7), Pakistan (11,3), Malaisie (9,4)	35,4	31	3,9	20,5	5,9	27,2	4,5	68,8	0,3	4,8	94,9	68,8
Strasbourg	2 682	2 039	532	56,9	43,1	6,0	94,0	Algérie (19,3), Roumanie (17,6), Maroc (9,3)	27,4	38	15,0	15,4	7,8	39,4	15,2	28,6	1,4	5,5	93,1	52,2
Toulouse	1 462	817	570	65,7	34,3	16,5	83,5	Algérie (20,3), France (16,4), Maroc (8,5)	15,1	35	10,1	14,9	5,7	51,5	20,5	29,7	2,6	39,7	57,7	68,8
Valenciennes	1 092	938	339	63,1	36,9	59,2	40,8	France (59,2), Roumanie (14,4), Algérie (11,7)	17,2	30	3,9	26,5	9,9	86,7	24,3	13,6	---	25,0	75,0	54,8
Ensemble des centres	59 316	42 525	21 710	58,3	41,7	8,2	91,8	Roumanie (14,9), Algérie (10,3), France (8,2)	20,9	32	6,5	16,4	11,6	38,0	12,5	40,0	5,3	31,6	63,1	62,1

--- : données non recueillies

* C'est sur la base des dossiers sociaux que les statistiques concernant les caractéristiques sociales et l'accès aux soins sont calculées.

** Fréquence parmi les étrangers. Il s'agit des personnes qui sont concernées par une demande d'asile (demande à déposer, demande déjà déposée, recours en cours, réfugié(e) ou débouté(e)).

*** Taux de réponses calculés sur la base du nombre de patients différents ayant eu une consultation médicale (21 236 patients).

→ 1 centre de soins pédiatriques à Mayotte

Ce programme a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des enfants en situation précaire et de témoigner des obstacles à l'accès aux soins spécifiques à ce territoire. Le centre a ouvert en 2009 dans un quartier de la commune de Koungou et permet aux enfants de bénéficier de consultations médicales et sociales. Depuis mars 2010, des

consultations médicales ont également été réalisées sur différents sites lors de cliniques mobiles hebdomadaires.

En 2010, 5 286 consultations médicales ont été réalisées pour 2 477 enfants reçus. Parmi ces enfants, 77 % ont été rencontrés au centre de soins de Koungou et 23 % ont été vus lors de cliniques mobiles⁵.

→ 72 actions mobiles de proximité dans 25 villes

Ces programmes sont destinés à aller à la rencontre des personnes qui ne peuvent, sans aide préalable, avoir un accès aux soins. Ces actions ont privilégié un certain nombre de populations en butte à des difficultés particulières : personnes à la rue, migrants, demandeurs d'asile, Roms, personnes se prostituant, enfants victimes de saturnisme et des autres pathologies en lien avec l'habitat insalubre... L'objectif est de se rendre sur leurs lieux de vie afin de permettre l'accès à la prévention et aux soins, mais également de garantir un accès aux droits fondamentaux.

- **Personnes à la rue/squats** : Ajaccio, Angoulême, Bordeaux, Grenoble, Le Havre, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Paris (2), Poitiers, Saint-Denis de la Réunion, Saint-Pierre de la Réunion, Strasbourg, Toulouse, Valenciennes
- **Roms Tsiganes/veilles sanitaires** : Île-de-France (avec une action périnatalité), Bordeaux, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes (avec une action de médiation sanitaire), Strasbourg, Toulouse, Grenoble
- **Gens du voyage** : Angoulême, Rouen
- **Santé-logement/Saturnisme** : Île-de-France, Toulouse
- **Parrainage d'enfants isolés dans les hôpitaux** : Paris - région Île-de-France, Cayenne

- **Personnes se prostituant** : Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers, Rouen
- **Veille sanitaire auprès des travailleurs agricoles précaires** : Marseille (Étang de Berre)
- **Promotion de la santé dans les cités-quartiers** : Cayenne
- **Équipe mobile santé mentale** : Marseille
- **Séances de prévention collectives, dépistage du VIH/IST/hépatites dans les foyers** : Metz, Toulouse
- **Permanence médicale auprès de migrants et demandeurs d'asile** : Metz, Nord-littoral (Calais/Dunkerque, avec une activité de construction d'abris et de sanitation)
- **Consultations médicales et de prévention en partenariat avec/dans d'autres associations, foyers, centres d'hébergement** : (Restos du Cœur, Armée du Salut, boutiques Abbé-Pierre, Secours catholique, Aides, Emmaüs, Unadev...) : Bordeaux, Grenoble, Le Havre, Metz, Nancy, Nantes, Nice, Poitiers, Toulouse, Valenciennes
- **Accompagnement social auprès des femmes enceintes** : Bordeaux

→ 9 programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues

Ces programmes ont pour objectif d'aller au devant des usagers de produits psycho-actifs pour leur permettre un accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues.

- **Missions Rave** : Bayonne, Méditerranée (Marseille et Nice), Montpellier, Nantes, Paris, Toulouse. Elles interviennent en milieu festif avec un dispositif comportant plusieurs volets : prévention (distribution importante de matériel de prévention), soin et soutien (réassurance), en

(5) Une partie sera consacrée à Mayotte et à l'activité du centre dans la suite du rapport.

articulation avec les dispositifs médicaux en place, et analyse des drogues. Elles touchent essentiellement une population de jeunes usagers. La mission Rave de Paris a également un volet d'activité dans les squats.

En 2010, les équipes ont effectué 113 interventions, dont 1 teknival en intermissions, pour près de 22 000 contacts de prévention.

- **Programme d'échange de seringues** : Angoulême, en partenariat avec l'association Aides. Ce programme, doté d'une unité mobile (bus), est mené par une équipe réalisant un travail dans la rue et dans les squats d'Angoulême pour aller au devant des usagers de drogues.

En 2010, la file active est de 130 usagers de drogues par voie intraveineuse pour près de 1 000 contacts. L'équipe a distribué près de 52 000 seringues et en a récupéré 40 000 (taux de retour de près de 77 %). Des embouts de pipe à crack, des filtres stériles, des pailles en papier à usage unique comportant un message de prévention, des préservatifs, du gel, etc., ainsi que des brochures d'information et de prévention sont également fournis aux usagers.

- **Programme XBT** : c'est un programme transversal sur lequel s'appuient les équipes des missions Rave ; il a pour objectif l'analyse des produits sur site (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire.

En 2010, 204 échantillons (toutes drogues confondues) ont été collectés, documentés et analysés.

- **Programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (ERLI)** : il s'agit d'un nouveau programme dont l'objectif est de réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (problèmes infectieux – VIH et VHC notamment, overdoses, détérioration du capital veineux) en Île-de-France.

En 2010, 17 usagers ont été inclus dans le programme (lancement du programme en juillet 2010), 24 séances d'accompagnement individuel et 21 animations collectives (diffusion de films, utilisation d'un bras anatomique, présentation d'outils de type flyers ou posters, promotion de l'analyse de drogues, etc.) ont été réalisées.



© Christina Modolo

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES CASO

ET DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS DEPUIS 2000

Médecins du Monde existe depuis 1980. En 1986, l'association, qui n'intervenait jusque là qu'à l'international, décide d'agir également en France : c'est la création de la mission France.

Elle s'est construite au fil des ans pour apporter la réponse la mieux adaptée aux personnes en difficultés d'accès aux droits et aux soins. ■

Médecins du Monde existe depuis 1980. En 1986, l'association, qui n'intervenait jusque-là qu'à l'international, décide d'agir également en France : c'est la création de la mission France. Elle s'est construite au fil des ans pour apporter la réponse la mieux adaptée aux personnes en difficulté d'accès aux droits et aux soins.

De l'ouverture des Centres d'accueil, de soins et d'orientation aux programmes de réduction des risques liés à l'usage de drogues en passant par la multiplication des actions mobiles hors des centres, la mission France est aujourd'hui présente sur le terrain au travers de 103 programmes dans 30 villes.

À partir de 1995, en complément de ses actions de soins, la mission France a fait des propositions de modifications législatives mais aussi de changements de pratiques des

institutions sanitaires et sociales pour la prise en compte des plus démunis dans le droit commun de l'accès aux soins. C'est ainsi qu'ont été publiées en décembre 1995 les 10 propositions de Médecins du Monde pour l'accès aux soins de tous.

La création des permanences d'accès aux soins de santé en 1998, de la couverture maladie universelle en 1999 et de la réforme de l'aide médicale d'État a été le résultat de ces années de travail de terrain et de témoignages, en partenariat avec d'autres associations et réseaux.

Une fois ces lois entrées en vigueur, Médecins du Monde s'est donné les moyens d'observer la réalité ou non d'un meilleur accès aux soins et de témoigner des manques éventuels et des difficultés dans ce domaine pour certaines populations, d'où la création de l'Observatoire de l'accès aux soins en 2000.

L'ACTIVITÉ DES CASO DEPUIS 2000

Les indicateurs d'activité des Caso depuis 2000 sont présentés dans le tableau 2.

Pour la première fois dans l'histoire de la mission France, nous avons constaté en 2000 une forte baisse de fréquentation des centres.

Au début des années 2000, la mise en place de la CMU et la réforme de l'AME, alliées à la mise en place effective des permanences d'accès aux soins de santé dans certains hôpitaux, ont entraîné une baisse de fréquentation de la majorité des centres. Le développement du réseau d'accès aux soins a également permis la fermeture de 3 centres en 2000 (Metz, Saint-Denis de la Réunion, Nouméa), de 5 centres en 2001 (Angoulême, La Rochelle, Montauban, Niort, Saintes), de 2 centres en 2002 (Bourg-en-Bresse, Poitiers) et de 2 autres centres en 2003 (Épinal et Saint-Étienne). À l'inverse, un centre a ouvert ses portes à Cayenne en 2003. Cette période a permis aux équipes de créer des nouveaux programmes (auprès des familles demandeuses d'asile, des femmes chinoises se prostituant, des personnes vivant à la rue...) et d'améliorer la pertinence des programmes existants (actions de prévention du VIH et des hépatites).

L'année 2004 aura vu sur le terrain et dans les textes réglementaires un fort recul de l'accès aux soins, avec la suppression de la possibilité d'admission immédiate à l'AME et l'obligation de prouver une stabilité de résidence en France depuis au moins 3 mois.

Les équipes de MdM se sont retrouvées pour la première fois depuis la mise en place de la CMU dans l'impossibilité d'orienter les patients vers le système de soins de droit commun, ce qui s'est traduit par une augmentation de la

fréquentation des centres existants, particulièrement visible en 2005.

Nous assistons depuis à une succession de mesures pour complexifier et restreindre davantage l'accès aux droits et aux soins des plus démunis, sous prétexte de lutter contre la fraude, pourtant quasi inexistante. La politique répressive menée à l'égard des sans-papiers n'est pas non plus étrangère à leur nonaccès aux soins dans le système de droit commun.

L'année 2008 a été marquée par une hausse du nombre de patients reçus en consultation médicale (+ 4 % par rapport à 2007). Poursuivie en 2009, cette tendance se confirme en 2010 avec une augmentation de 9 % du nombre de patients par rapport à l'année dernière. Le nombre de consultations médicales (hors dentaires) est également orienté à la hausse (+ 9 % entre 2009 et 2010). Le nombre de consultations dentaires a en revanche diminué de 18 % par rapport à 2009⁶.

L'activité médicale, médecins et dentistes confondus, augmente tout de même de 5,4% par rapport à 2009.

Cependant, les personnes ne reviennent pas toujours au centre pour consulter un médecin, mais pour rencontrer un psychologue ou encore le travailleur social, le plus souvent pour des questions liées à la couverture maladie, mais aussi pour des questions plus larges concernant par exemple la situation administrative, l'hébergement, l'aide alimentaire...

L'activité globale des centres de la mission France a ainsi augmenté de 5,6 % en 2010 par rapport à 2009.

(6) Baisse de l'activité dentaire du Caso de Nice et non-comptabilisation cette année des consultations dentaires effectuées par un partenaire du Caso de Saint-Denis.

(7) Les comparaisons d'activité entre les années 2000 et 2001 sont impossibles car certains centres ont mal enregistré leurs données en 2000 (année de mise en place d'un nouveau logiciel de saisie), et d'autres ont eu des problèmes de saisie en 2001.

Tableau 2 : Indicateurs d'activité des Caso de 2000 à 2010⁷

	Nombre de Caso	Nombre de passages	File active totale	Nombre de cs médicales (généralistes et spécialisées)	Nb de patients reçus en cs médicales (généralistes et spécialisées)	Nb moyen de cs médicales et spécialisées par patient	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaires	Nb moyen de cs dentaires par patient
2000	32*	nd	nd	35 541	26 347	1,4	nd	nd	nd
2001	25*	51 208	25 619	42 815	23 340	1,8	5 720	3 113	1,8
2002	24*	51 277	24 682	45 018	23 079	2,0	5 698	2 856	2,0
2003	23*	45 057	19 863	38 076	18 514	2,0	5 450	2 346	2,3
2004	21	53 132	22 378	35 651	18 377	1,9	4 974	2 246	2,2
2005	21	62 118	26 348	40 039	20 186	2,0	5 737	2 568	2,2
2006	21	56 137	24 977	33 148	16 948	1,9	5 342	2 254	2,4
2007	22*	54 698	24 092	33 070	16 690	2,0	4 964	2 223	2,2
2008	22*	54 389	24 685	33 339	17 388	1,9	5 190	2 432	2,1
2009	21	56 173	25 863	35 535	19 481	1,8	4 806	2 339	2,1
2010	21	59 316	28 160	38 606	21 236	1,8	3 919	1 742	2,2

nd : non disponible

* Pour le nombre de Caso, les analyses sont limitées pour :

- 2000 à 24 centres (pas de données pour Ajaccio, Angoulême, Bourg-en-Bresse, Niort, Nouméa, Saint-Denis de la Réunion, Rouen, Saintes)
- 2001 à 23 centres (pas de données pour Ajaccio et Bourg-en-Bresse)
- 2002 à 22 centres (pas de données pour Ajaccio et Bourg-en-Bresse)
- 2003 à 20 centres (pas de données pour Saint-Étienne, Épinal et Cayenne)
- 2007 et 2008 à 21 centres (pas de données pour Lorient)

LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

La répartition des patients des Caso selon l'âge et le sexe est globalement stable depuis 10 ans.

L'âge moyen de 33,5 ans en 2010 est sensiblement le même que celui observé les années précédentes, la structure par âge varie peu (tableau 3 et figure 1).

Soulignons cependant que l'augmentation de la part des mineurs constatée en 2009 est confirmée en 2010

avec 11,6 % des patients reçus âgés de moins de 18 ans. L'effectif des mineurs a connu une augmentation relative de plus de 30 % entre 2008 et 2010.

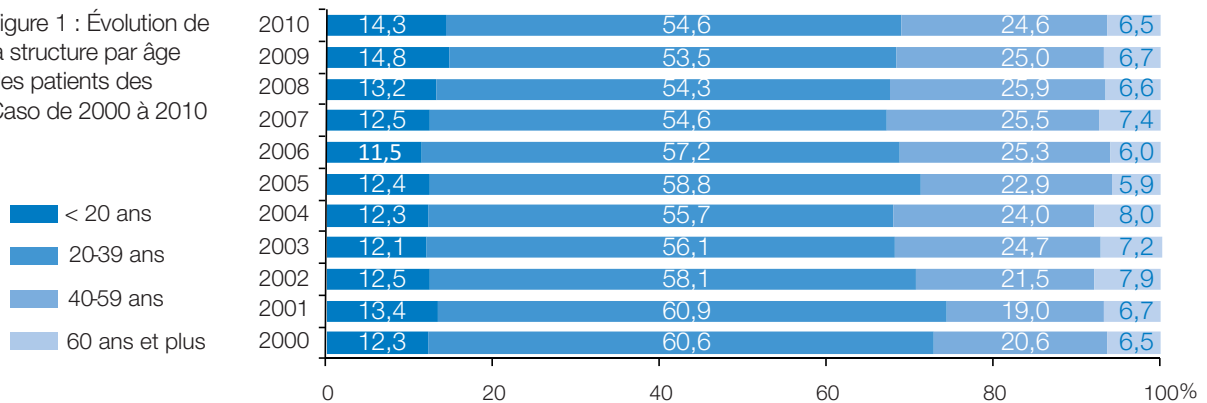
La féminisation de la file active constatée à partir de 2004 ne semble pas se confirmer ; au contraire, on note une diminution progressive de la part des femmes depuis 2008.

Tableau 3 : Évolution des caractéristiques des patients des Caso de 2000 à 2010 (âge et sexe)

Années	Âge moyen	Mineurs (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
2000	33,0	nd	58,8	41,2
2001	32,5	10,0	60,8	39,2
2002	33,0	9,2	60,2	39,8
2003	34,2	9,2	59,1	40,9
2004	34,4	9,8	56,5	43,5
2005	33,3	9,6	56,0	44,0
2006	34,2	8,1	54,5	45,3
2007	34,6	9,5	55,4	44,6
2008	34,1	9,8	56,4	43,6
2009	33,5	11,9	58,1	41,9
2010	33,5	11,6	58,3	41,7

nd : données non disponibles

Figure 1 : Évolution de la structure par âge des patients des Caso de 2000 à 2010



En 2000, plus de 2 patients sur 10 étaient français. Grâce à la CMU, cette proportion a progressivement diminué au fil des ans pour s'établir autour de 11 % en 2008. Une nou-

velle diminution de la part des patients français est observée depuis, avec une baisse consécutive au cours de deux dernières années (tableau 4).

Tableau 4 : Évolution de la répartition des patients des Caso selon la nationalité de 2000 à 2010 (%)

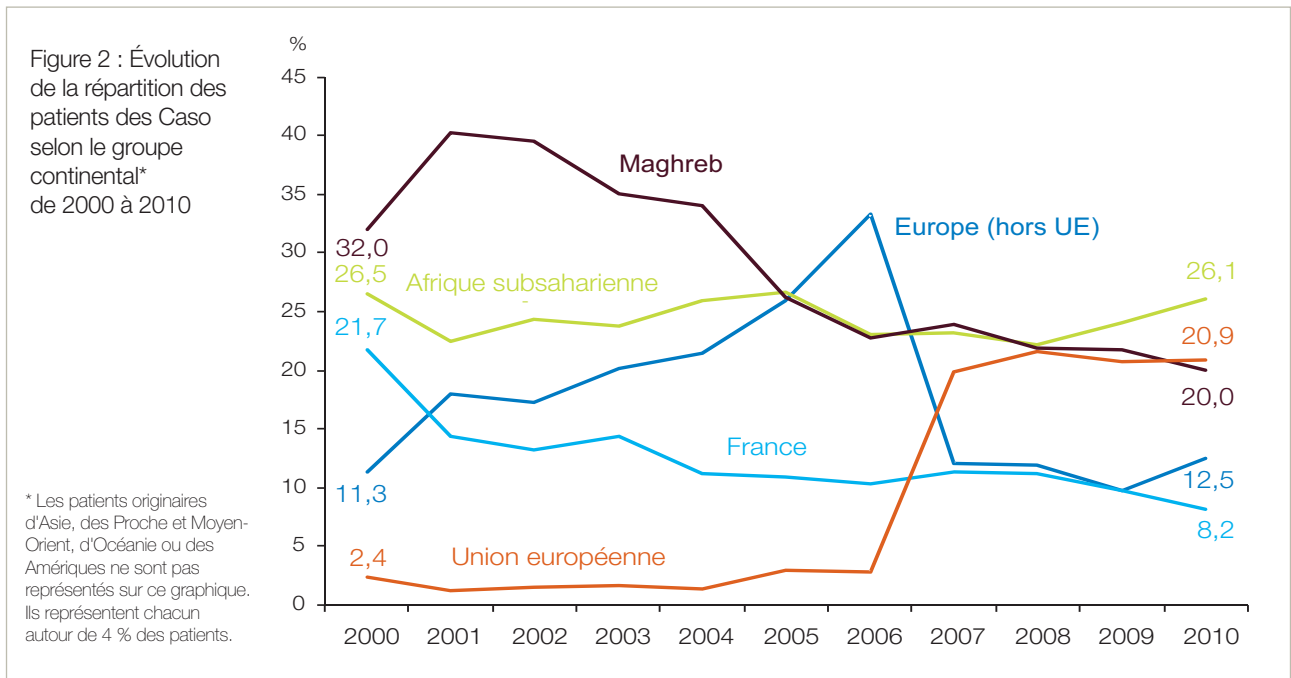
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Français	21,7	14,4	13,1	14,4	11,2	10,9	10,3	11,3	11,2	9,8	8,2
Étrangers	78,3	85,6	86,9	85,6	88,8	89,1	89,7	88,7	88,8	90,2	91,8

Outre la baisse de représentation des patients français, d'importantes évolutions sont à signaler concernant la nationalité des patients étrangers (figure 2).

Le nombre de ressortissants du Maghreb, largement majoritaires jusqu'en 2002, a ensuite constamment diminué, devancé par les patients originaires d'Europe hors UE, qui en 2006 représentaient le tiers des patients, devenant ainsi

le groupe continental prépondérant. L'intégration de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union européenne à partir de 2007 a fait brusquement chuter la part relative des Européens hors UE et augmenter dans les mêmes proportions celle des ressortissants de l'UE.

La proportion des patients originaires d'Afrique subsaharienne enfin est restée relativement stable au cours de cette période.

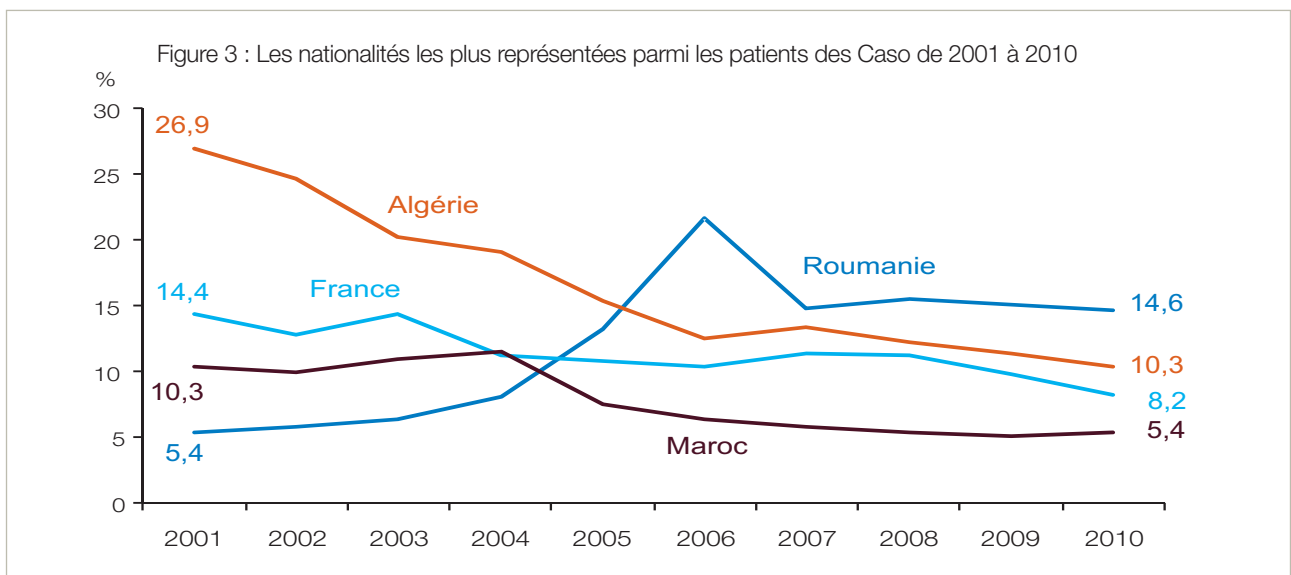


Les 4 nationalités les plus représentées parmi les patients de MdM sont identiques depuis 2001, seule leur hiérarchie a varié (figure 3). Il s'agit de la Roumanie, de l'Algérie, de la France et du Maroc.

La part des patients algériens et marocains a été divisée par 2 durant cette période, et celle des patients roumains au

contraire multipliée par 3.

Cette vision nécessairement globale ne doit pas masquer, comme nous l'avons vu précédemment, les spécificités de certains centres accueillant des personnes de nationalités différentes avec des variations importantes au fil des ans.



LES CONDITIONS DE LOGEMENT

La question des conditions de logement des patients s'est enrichie en 2008 d'un nouvel item qui précise la situation des personnes qui sont hébergées par une structure ou une association pour une durée supérieure à 15 jours, de celles qui sont sans domicile (à la rue ou en hébergement d'urgence pour quelques nuits).

Nous disposons maintenant d'un recul de 3 ans sur cette

question, ce qui permet de constater, de 2008 à 2010, **une dégradation des conditions de logement avec une diminution nette du nombre de personnes disposant d'un logement stable et parallèlement des patients plus fréquemment hébergés par un organisme ou une association ou dans un logement précaire** (tableau 5).

Tableau 5 : Évolution de la situation des patients des Caso au regard du logement de 2000 à 2010 (%)

Années	Logement stable	Logement précaire	Hébergés	Sans domicile fixe
2000	37,0	46,9	nd	16,1
2001	42,8	39,6	nd	17,6
2002	45,2	36,3	nd	18,5
2003	44,5	35,5	nd	19,9
2004	43,1	38,9	nd	18,0
2005	38,8	43,4	nd	17,8
2006	40,0	41,0	nd	19,0
2007	41,9	34,8	nd	23,3
2008	29,9	45,7	12,5	11,9
2009	26,5	45,6	14,3	13,6
2010	23,7	48,0	15,8	12,5

nd : données non disponibles

LES SITUATIONS ADMINISTRATIVES

Tous les ressortissants étrangers originaires d'un pays hors Union européenne doivent disposer d'un titre de séjour (ou d'un visa) pour séjourner en France, à l'exception des mineurs, qui ne sont pas concernés.

La législation concernant les ressortissants de l'Union européenne a évolué depuis 2007. En effet, tous les ressortissants de l'un des 27 États membres doivent justifier d'une activité professionnelle ou de ressources suffisantes ainsi que d'une affiliation à un régime de sécurité sociale pour résider en France plus de 3 mois (la liberté de circulation étant valable 3 mois). Par conséquent, les ressortissants de l'UE sans ressources et sans couverture maladie, en France depuis plus de 3 mois, sont considérés en situation irrégulière.

Si le nombre des étrangers en situation irrégulière augmente légèrement par rapport à 2009 (10 379 personnes vs 10 067 personnes en 2009), leur part accuse tout de même une baisse sensible (67,2 % vs 71,2 % en 2009), dans la continuité de celle amorcée en 2009, notamment du fait de l'augmentation du nombre des demandeurs d'asile.

Les ressortissants de l'Union européenne représentent, comme les années précédentes, 20 % des étrangers sans droit au séjour.

Amorcée à partir de 2007, l'augmentation de la part des patients concernés par une demande d'asile s'est poursuivie depuis pour atteindre, en 2010, 38 %, soit une augmentation relative d'environ 45 % depuis 2007 (tableau 6).

Tableau 6 : Évolution de la situation administrative des patients des Caso de 2000 à 2010 (%)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Étrangers sans autorisation de séjour	49,3	44,2	46,6	47,3	59,6	71,0	76,8	72,3	73,8	71,2	67,2
Étrangers concernés par une demande d'asile*	nd	30,0	30,0	27,0	31,2	29,0	19,8	26,2	27,4	32,8	38,0

nd : données non disponibles

* Les étrangers concernés par une demande d'asile peuvent être en cours de procédure ou déboutés. La distinction entre les personnes en cours de procédure et celles qui n'ont pas encore les démarches, ou qui ont définitivement abouties, sera faite dans la suite du rapport.

L'ÉTAT DES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE

Si la loi instaurant la CMU a représenté une avancée considérable pour l'accès aux soins de plus de 4 millions de personnes, elle a eu pour effet de concentrer les problèmes d'accès aux soins sur les étrangers en situation administrative précaire. C'est ce que nous constatons au travers du changement de profil des publics reçus depuis 2000 et des difficultés rencontrées pour accéder aux soins.

Les données permettent de mettre en évidence trois évolutions notables concernant les droits potentiels des patients de MdM à la couverture maladie (tableau 7).

La première évolution est la diminution régulière des personnes relevant de l'assurance maladie, consécutive à la baisse concomitante des patients français à MdM et des étrangers avec autorisation de séjour.

La seconde évolution marquante s'est produite en 2004 avec l'introduction de la condition d'une résidence ininterrompue de 3 mois en France pour l'ouverture des droits à l'AME. Cette mesure a eu pour effet immédiat de doubler le nombre de personnes exclues de toute couverture maladie.

La troisième évolution est l'entrée en 2007 de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE, avec l'application stricte l'année

suivante d'une circulaire restreignant l'accès à la CMU pour les ressortissants communautaires. Les ressortissants de l'UE présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs et pauvres, sans assurance maladie dans leur pays d'origine, sont désormais considérés comme en situation irrégulière et ne peuvent prétendre à la CMU. Ils ne peuvent accéder qu'à l'AME.

Les droits théoriques des patients de MdM en 2010 sont conformes à ce qui était observé les années précédentes, avec cependant une légère hausse des personnes ne pouvant accéder à aucun droit et de façon concomitante une baisse de la même ampleur des étrangers relevant de l'AME.

Parmi les patients ayant des droits théoriques, la proportion de ceux qui ont les droits ouverts reste très faible (17,6 %). Devant le nombre important des demandes de consultation, certains centres privilégient de recevoir les personnes qui n'ont aucune couverture maladie et, quand c'est possible, orientent dès l'accueil les personnes qui disposent de droits ouverts vers le système de droit commun.

Tableau 7 : Évolution des droits potentiels et des droits effectifs à la couverture maladie des patients des Caso de 2000 à 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Droits potentiels											
SS/CMU	nd	41,0	37,0	37,1	35,9	28,8	24,2	29,2	24,1	23,6	23,8
AME	nd	50,0	53,0	53,7	45,1	49,0	55,2	48,6	54,6	52,0	50,6
Droits dans autre pays européen	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	1,4	1,8	1,9
Aucun droit*	nd	9,0	10,0	9,2	19,0	22,2	20,6	22,2	19,9	22,6	23,7
Droits effectifs**											
Ouverts	20,0	18,7	17,0	21,0	20,2	17,8	17,6	19,8	20,9	19,3	17,6
Non ouverts	80,0	81,3	83,0	79,0	79,8	82,2	82,4	80,2	79,1	80,7	82,4

nd : non disponible (données non comparables)

* Cette catégorie concerne de 2001 à 2003 les étrangers de passage n'ayant pas l'intention de résider en France, elle englobe également à compter de 2004 les patients exclus de la couverture maladie en raison du critère de stabilité de résidence.

** Parmi les patients disposant de droits potentiels.

En 2010 comme en 2009, il est possible d'identifier dans quelques centres un groupe de patients disposant uniquement d'une couverture maladie de base, leurs ressources dépassant le seuil d'attribution de la CMU complémentaire. Comme l'année précédente, l'effectif de ce groupe est d'environ 1 000 patients (soit environ 5 % de l'ensemble des patients) et regroupe probablement ce que l'on peut désigner sous le terme de « travailleurs pauvres », mais également les personnes titulaires du minimum vieillesse ou de l'allocation

adulte handicapé qui sont exclues de la CMU complémentaire (CMUc) pour quelques euros de trop, ou alors les retraités ou les chômeurs dont le cumul des revenus dépasse également le seuil CMUc et qui n'ont pas les moyens de payer une complémentaire santé...

Nous ne parlons pas encore d'émergence de « travailleurs pauvres » dans la file active des centres, mais c'est un indicateur que nous continuons à surveiller.



© Christina Modolo

POURQUOI LES PERSONNES VIENNENT-ELLES À MDM ?

Assurant un accueil médico-social à bas seuil d'exigence, les Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde sont souvent l'un des premiers lieux fréquentés par les personnes en situation d'exclusion, qui ne connaissent pas le fonctionnement du système de soins et leurs droits à la couverture maladie ou qui n'arrivent pas à faire valoir ces derniers. ■

Assurant un accueil médico-social à bas seuil d'exigence, les Centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde sont souvent l'un des premiers lieux fréquentés par les personnes en situation d'exclusion, qui ne connaissent pas le fonctionnement du système de soins et leurs droits à la couverture maladie ou qui n'arrivent pas à faire valoir ceux-ci.

Ouverts à toutes personnes en difficultés d'accès aux soins, les centres mobilisent des équipes pluridisciplinaires. Ils offrent un accueil et une écoute personnalisés et anonymes si le patient le souhaite. Des médecins généralistes et spécialistes se relaient pour assurer les consultations médicales. Des infirmières prodiguent des soins et mènent une partie des actions de prévention. Un soutien est apporté par des psychologues. D'autres professionnels de santé comme par exemple des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des opticiens, interviennent dans certains centres. Des travailleurs sociaux s'assurent de l'accès aux droits de chaque personne, tentent de répondre à leur demande sociale et assurent les orientations nécessaires avec l'appui des accueillants.

LES MODES D'ORIENTATION À MÉDECINS DU MONDE ET LES MOTIFS DE VENUE

LES POINTS ESSENTIELS

- > Environ 64 % des patients ont recours à MdM sans orientation préalable (particulièrement les étrangers), 16 % sont orientés par une association (plus fréquemment les Français et les étrangers « primo-arrivants »), près de 6 % par une structure pourtant capable d'assurer les soins elle-même.
- > 8 recours sur 10 sont motivés par un problème de santé ; plus du quart environ concernent une problématique sociale, souvent liée à l'accès aux droits.

Les patients de MdM s'adressent la première fois aux Caso dans la plupart des cas (64 %) de leur propre initiative, sans être orientés par une autre institution. Seuls 16 % environ sont orientés par une association.

Même si les cas sont peu fréquents (près de 6 %), il reste encore des patients adressés à MdM par des structures capables d'assurer elles-mêmes les soins (*tableau 8*)⁸.

Les modes d'orientation varient essentiellement selon la

nationalité, avec des patients français plus fréquemment adressés par une association (24 % vs 15 % des étrangers), et des étrangers qui ont plus souvent recours à MdM sans orientation préalable (64 % vs 40 % des Français).

Les étrangers primo-arrivants en France (présents depuis moins de 3 mois) se distinguent cependant des autres patients étrangers par une orientation plus fréquente via une association (22 % vs 10 %).

Tableau 8 : Modes d'orientation des patients vers les Caso

	%	n
Non adressé(e)s (médias, bouche à oreille...)	64,1	12 780
Association (foyer, autres...)	16,4	3 275
Structure de soins (hôpital, Pass, PMI, médecin libéral, centre de santé...)	5,6	1 122
Institution administrative et/ou sociale (CPAM, CCAS, AS de secteur...)	5,0	998
MdM (autres programmes MdM)*	3,6	726
Autre	5,2	1 044

* Concerne tout particulièrement 2 Caso : Lyon et Saint-Denis.

(8) Taux de réponses Mode d'orientation : 91,9 %

Les personnes qui s'adressent pour la première fois à MdM le font en tout premier lieu pour répondre à une problématique de santé : près de 72 % souhaitent rencontrer un médecin généraliste, 4 % un spécialiste, 5 % environ un dentiste. Le nombre de patients désirant voir un dentiste ne reflète pas la réalité des demandes, les patients ne sachant pas lors de leur première venue au centre qu'il est possible de bénéficier d'une consultation dentaire ou ne considérant pas comme prioritaire la nécessité d'aller consulter un dentiste tant les difficultés à gérer le quotidien sont importantes, sauf si la douleur devient trop importante. À noter que l'ensemble des centres de MdM ne disposent pas tous de cabinets dentaires et nombre de patients sont donc orientés vers les Pass dentaires, quand elles existent, ou vers des dentistes partenaires.

En outre, environ le quart des patients souhaitent rencontrer un travailleur social ou bénéficier d'un accompagnement pour l'ouverture ou le renouvellement d'un dossier CMU ou AME (tableau 9)⁹.

Il est à noter que la part des recours pour des problèmes sociaux a augmenté par rapport à 2009 et qu'en contrepartie la part des recours médicaux a diminué (recours social en 2009 : 22 % ; médical : 86,5 %).

L'analyse des motifs de recours selon les caractéristiques des patients révèle globalement que les patients étrangers s'adressent moins fréquemment que les Français à MdM pour un motif lié à la santé (81 % vs 89 %) et à peu près

aussi souvent pour un accompagnement social (26 % vs 25 % des Français). On observe par ailleurs que les personnes les plus jeunes (moins de 20 ans) et les patients sans domicile s'adressent plus fréquemment à MdM pour un problème de santé.

L'accompagnement social en revanche concerne plus fréquemment les femmes et les classes d'âge intermédiaires (20-59 ans).

Nous rappelons qu'il s'agit ici des motifs évoqués par les patients la première fois qu'ils viennent consulter à MdM. Ils ne connaissent pas toujours leurs droits en terme de couverture maladie, ni le fonctionnement en général du système de santé. D'autres ne disposent que d'une couverture maladie de base et n'ont pas les moyens de faire l'avance de frais ou de payer les médicaments. Nombre d'entre eux reviennent ensuite au centre revoir le travailleur social pour le suivi de l'ouverture de leurs droits (aide et instruction de leur dossier CMU ou AME), mais aussi pour des questions d'ordre social plus larges liées à l'hébergement, au logement, à l'aide alimentaire, ou encore à la situation juridique. Ils reviennent pour honorer une ordonnance ou consulter de nouveau un médecin généraliste ou spécialiste si l'ouverture des droits à la couverture maladie n'est toujours pas effective ou pour recevoir des résultats d'examen. Certains reviennent parce qu'ils n'ont pas trouvé de médecins ou parce qu'ils ont été confrontés à un mauvais accueil dans les structures de prise en charge ou même à des refus de soins explicites.

Tableau 9 : Motifs de recours exprimés par les patients la première fois qu'ils viennent consulter à MdM (plusieurs réponses possibles)

	%	n
Voir un médecin généraliste	71,6	15 035
Voir un travailleur social	18,8	3 952
Instruction ou renouvellement dossier AME ou CMU	7,6	1 603
Voir un dentiste	4,5	947
Voir un médecin spécialiste	3,8	808
Honorer une ordonnance	1,8	382
Avoir des soins infirmiers	1,7	347
Autres motifs	4,5	937
Synthèse motifs de recours		
Motifs de recours « accompagnement social »*	25,8	5 424
Motifs de recours « santé »**	81,2	17 061

* Voir un travailleur social ou instruction ou renouvellement dossier AME ou CMU. Le total est différent, un même patient pouvant exprimer lors de son passage sa volonté à la fois de voir le travailleur social et de demander directement une aide pour la constitution de son dossier de couverture maladie.
 ** Voir un généraliste ou un spécialiste ou un dentiste, ou honorer une ordonnance, ou soins infirmiers.

(9) Taux de réponses Motifs de recours : 96,8 %

NOMBRE ET TYPES DE CONSULTATIONS EFFECTUÉS EN 2010

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2010, les Caso ont dispensé 38 606 consultations médicales pour 21 236 patients différents et 3 919 consultations dentaires pour 1 742 personnes différentes, auxquelles s'ajoutent près de 27 000 actes délivrés par les autres professionnels de santé ou les travailleurs sociaux.**
- **L'activité médicale des Caso a augmenté de 5,4 % par rapport à 2009, avec plus de 1 700 patients de plus reçus en consultation médicale que l'année précédente.**
- **Le nombre moyen de consultations médicales s'élève à 1,8 consultation par personne. 62 % des patients n'ont été vus qu'une seule fois par le médecin.**

L'offre de soins est différente selon les centres. Outre les consultations en médecine générale qui sont proposées dans l'ensemble des centres, plus de la moitié proposent également des consultations avec des spécialistes (psychiatrie, cardiologie, dermatologie, gynécologie, pédiatrie, ophtalmologie, pneumologie) ainsi que pour certains centres des consultations paramédicales (kinésithérapie, ophtalmologie, sophrologie et entretiens avec des psychologues) (*annexe 5 : données d'activité par Caso*).

7 Caso proposent quant à eux des consultations dentaires : Nice, Strasbourg, Bordeaux, Montpellier, Marseille, Nancy et Rouen (cf. paragraphe sur la santé bucco-dentaire).

Les deux tableaux suivants (*tableaux 10 et 11*) reprennent l'ensemble des consultations et entretiens réalisés par les professionnels de santé et les travailleurs sociaux¹⁰.

Au cours de l'année 2010, **38 606 consultations médicales (dont 93 % de médecine générale)** ont été dispensées à 22 062 patients différents, auxquelles il faut ajouter **3 919 consultations dentaires** pour 1 742 patients, **soit une augmentation de l'activité médicale de 5,4 % par rapport à 2009.**

Les patients sont vus en moyenne 1,8 fois en consultation médicale, à l'exception des consultations de psychiatrie et auprès des psychologues, où les personnes sont suivies sur une plus longue durée (respectivement 2,4 et 4,3 consultations par personne).

En 2010, 62 % des patients reçus ne sont venus qu'une seule fois consulter le médecin, 19,8 % deux fois, 8,3 % trois fois, 4,1 % quatre fois. Cette proportion est toutefois

variable d'un centre à l'autre (de 47 % à Aix-en-Provence à près de 95 % au Havre), ce qui démontre le travail systématique d'orientation, lorsque cela est possible. Les patients reviennent davantage voir les travailleurs sociaux ou consulter les psychologues.

L'activité des autres professionnels est soutenue et en particulier celle des travailleurs sociaux¹¹ avec 13 294 entretiens et 5 177 aides à la constitution ou à l'instruction de dossiers pour la couverture maladie.

11 centres disposent de travailleurs sociaux salariés. Les missions des travailleurs sociaux sont essentiellement d'accueillir, d'informer et d'orienter les patients vers les structures de droit commun, tout en formant les accueillants. Les travailleurs sociaux ne reçoivent généralement pas tous les patients, qui sont d'abord reçus par des accueillants. Ils sont néanmoins de plus en plus sollicités et reçoivent les patients dont la situation est complexe et souvent inextricable, ce qui les amène parfois à les recevoir plusieurs fois. Ils font le point avec les personnes sur leur situation sociale, leur hébergement, leur situation administrative, leur couverture maladie, procèdent aux orientations nécessaires et tentent de les accompagner dans leurs démarches.

Les accueillants et travailleurs sociaux aident les patients à la constitution des dossiers de couverture maladie. Deux centres, Nice et Saint-Denis, sont par ailleurs agréés pour instruire les dossiers de demande d'AME, qui seront ainsi directement déposés à la Cpm.

(10) Il s'agit des informations saisies en informatique. Soulignons que les consultations paramédicales (psychologie, kinésithérapie, sophrologie, soins infirmiers, etc.) sont loin d'être représentatives de la réalité car largement sous-estimées du fait que tous les Caso n'utilisent pas forcément de recueil permettant leur enregistrement en informatique. Ils détiennent cependant un comptage manuel leur permettant de valoriser l'ensemble de ces activités.

(11) Un projet de fiche sociale commune à l'ensemble des travailleurs sociaux est en cours de test, afin d'être plus précis et de rendre compte de façon plus juste de leur activité.

Les infirmier(ère)s ont effectué 3 025 interventions en dehors des consultations médicales.

Les infirmiers sont également amenés à assurer des consultations pour effectuer différents actes tels que des pansements ou autres soins de suivi postopératoire, des analyses d'urine, des contrôles de glycémie au doigt, etc. Ils

en profitent pour délivrer des messages de prévention et des conseils d'hygiène.

Une infirmière du Caso de Paris décrit ainsi la demande d'un patient revenant plusieurs fois consulter au centre pour le suivi de ses pansements aux mains et sa difficulté de poursuivre son suivi à la Pass de l'hôpital.

« À FORCE D'EXPLICATIONS ET DE PERSUASION, IL A FINALEMENT ACCEPTÉ DE RETOURNER À L'HÔPITAL »



Un patient entre au Caso, les mains entourées de bandes très sales. Il demande que l'on s'occupe de refaire les pansements.

Ses mains sont très abîmées par un psoriasis, elles suppurent. Tenant compte du fait qu'il vit dehors, et que l'usage de ses mains est essentiel, nous lui faisons ses pansements aux deux mains en forme de gants protecteurs, individualisant chaque doigt pour plus de confort.

Nous lui prenons ensuite rendez-vous avec l'une des Pass en lui expliquant qu'il ne peut rester dans cet état et qu'il doit consulter rapidement pour éviter des complications sérieuses. Le rendez-vous est pris. Le patient repart.

Mais nous ne pensions pas qu'il reviendrait deux fois par semaine pendant trois semaines...

Il a été très difficile de lui faire comprendre et accepter qu'il doit aller à ses rendez-vous hospitaliers. À force d'explications et de persuasion, il a finalement accepté de retourner à l'hôpital. »

Les psychologues ont quant à eux assuré 1 909 consultations.

Les autres interventions non précisées concernent plus particulièrement (outre les erreurs de codage informatique) les entretiens de prévention, les demandes d'attestations de résidence en France, les demandes de duvets pour les personnes vivant à la rue, ainsi que des précisions sur des orientations et informations diverses, etc.

comptabilisés en informatique tout le travail d'accueil et la masse de patients qui viennent dans les centres, qui y sont accueillis, renseignés sur les lieux où ils pourront avoir accès à un médecin sans passer par les consultations (puisque'ils ont déjà une couverture maladie).

Des centres comme celui de Saint-Denis ou de Paris ont mis en place un accueil médicalisé. Cet accueil est assuré par des infirmiers ou des médecins et permet aux personnes qui n'ont pu être reçues en consultation médicale, faute de place, d'avoir un entretien médicalisé afin d'identifier des éventuelles urgences ou de réorienter les personnes.

Il faut considérer que le volume d'activité est loin d'être représenté par ces seuls chiffres. En effet, ne sont pas

Tableau 10 : Les consultations médicales et dentaires délivrées en 2010

Consultations	Nombre de consultations	Nombre de patients différents	Nombre moyen de consultations par patient
Consultations médicales	38 606	21 236	1,8
dont...			
– Consultations de psychiatrie	1 247	523	2,4
– Consultation d'ophtalmologie	873	781	1,1
Consultations dentaires	3 919	1 742	2,2
Total des consultations	42 525	22 062*	

* Il s'agit du nombre de patients différents vus en consultation médicale et/ou dentaire, un même patient ayant pu à la fois consulter un médecin et un dentiste.

Tableau 11 : Répartition des actes et consultations délivrés par les autres professionnels de santé ou du social

Intervention	Nombre de consultations/entretiens	Nombre de patients différents*	Nombre moyen de consultations/entretiens par patient
Travailleur social	18 471	12 015	
<i>dont consultations sociales</i>	13 294	8 787	1,5
<i>dont instruction CMU ou AME</i>	5 177	4 810	1,1
Infirmier(ère)	3 025	2 044	1,5
Psychologue	1 909	442	4,3
Opticien	822	530	1,6
Kinésithérapeute	304	92	3,3
Sage-femme	76	58	1,3
Podologue	48	19	2,5
Autre	1 924	1 512	1,3
Total	26 579	14 426	

* Un même patient a pu consulter plusieurs professionnels différents, c'est pourquoi la somme du nombre de patients par type de consultation/entretien dépasse 14 426, qui est le nombre de patients différents.



© Cendrine Labaume

EN 2010, QUI SONT LES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES CASO ?

Lorsque les personnes viennent la première fois à Médecins du Monde, les accueillants ou les travailleurs sociaux des Caso examinent leur situation sociale, les informe et les oriente quant à leurs droits à la couverture maladie, et plus généralement sur leurs démarches administratives. ■

Lorsque les personnes viennent pour la première fois à Médecins du Monde, les accueillants ou les travailleurs sociaux des Caso examinent leur situation sociale, les informe et les oriente quant à leurs droits à la couverture maladie, et plus généralement sur leurs démarches administratives. Outre la mise en lien avec les structures d'accès aux droits et aux soins, les accueillants et travailleurs sociaux traitent des demandes très diverses dans un contexte où les recours aux dispositifs de droit commun sont insuffisants et leur accès difficile pour de nombreuses personnes.

Les résultats présentant le profil et les caractéristiques sociales des patients rencontrés dans les Caso ont été établis sur la base de l'ensemble des dossiers sociaux renseignés au cours de l'année 2010, soit 21 710 patients¹².

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

LES POINTS ESSENTIELS

- > Les personnes reçues dans les Caso en 2010 sont majoritairement des hommes (58 % vs 42 % de femmes).
- > La moyenne d'âge des patients est de 33,5 ans ; le groupe de patients le plus important (43 %) est composé de jeunes adultes de 20 à 34 ans ; près de 12 % sont mineurs.
- > Près de 92 % des consultants sont étrangers, en augmentation par rapport à 2009 (90 %).
- > L'Afrique subsaharienne représente 26 % des patients, l'Union européenne (hors France) et le Maghreb respectivement 21 et 20 %, l'Europe (hors UE) environ 13 %. Cependant, et si l'on englobe les Français, l'Union européenne est le groupe le plus représenté parmi les patients (29 %).
- > Les pays les plus représentés restent, comme les années précédentes, la Roumanie (15 %), l'Algérie (10 %), la France (8 %) et le Maroc (5 %), nationalités et fréquences variables selon les Caso.
- > Les deux tiers des étrangers reçus en 2010 résident en France de façon ininterrompue depuis moins de 1 an, 37 % depuis moins de 3 mois. Cependant, 20 % environ des étrangers avaient déjà vécu en France avant leur dernier séjour.

Sexe et âge

Les personnes reçues en 2010 sont, comme les années précédentes, majoritairement de sexe masculin (58,3 % vs 41,7 % de femmes)¹³.

Si l'on considère la répartition par sexe selon la nationalité, on observe un sex-ratio beaucoup plus déséquilibré parmi les Français, qui comptent 33,8 % de femmes, que parmi les étrangers, avec 42,3 % de femmes.

Sans variation notable par rapport aux années précédentes,

l'âge moyen des patients est de 33,5 ans (33,4 ans pour les hommes et 33,7 ans pour les femmes)¹⁴.

Des disparités existent selon la nationalité, avec des hommes qui sont en moyenne plus âgés que les femmes parmi les Français (35,7 ans vs 29,8 ans), et en revanche une moyenne d'âge similaire pour les étrangers (hommes : 33,3 ans ; femmes : 34,0 ans).

Plus de la moitié des patients (55 %) sont de jeunes adultes

(12) Un dossier social est renseigné pour tout nouveau patient ou pour tout ancien patient qui n'est pas revenu à Médecins du Monde depuis plus de 2 ans.

(13) Taux de réponses Sexe : 99,8 %.

(14) Taux de réponses Âge : 97,9 %.

âgés de 20 à 39 ans, 6,5 % sont âgés de 60 ans et plus (tableau 12).

La présence des mineurs est toujours aussi importante.

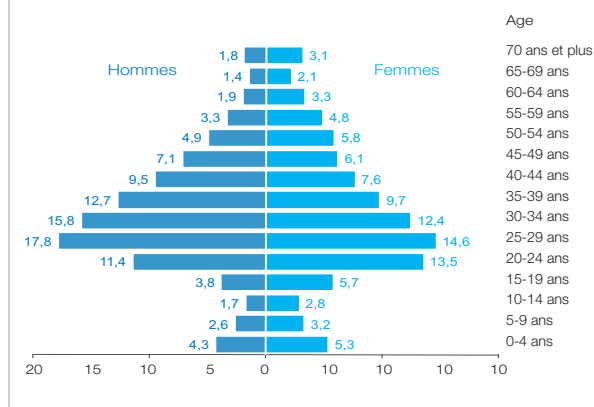
L'augmentation de la part des mineurs constatée en 2009 est confirmée cette année avec 11,6 % des patients reçus âgés de moins de 18 ans, soit près de 2 500 jeunes. L'effectif des mineurs était d'environ 1 900 en 2008, soit une augmentation relative de plus de 30 % entre 2008 et 2010¹⁵. Enfin, l'analyse de la répartition des patients selon l'âge et le sexe (figure 4) retrouve, comme les années précédentes, une part plus importante des moins de 25 ans et des plus de 50 ans parmi les femmes, et *a contrario* chez les hommes une proportion plus élevée de patients âgés de 25 à 44 ans.

Certains Caso se distinguent par des caractéristiques sensiblement différentes. C'est le cas de Cayenne et de Besançon, qui comptent respectivement 50 et 58 % de femmes, et à l'opposé de Ajaccio et Le Havre, où l'on relève 71 % de patients masculins.

À Ajaccio et à Strasbourg, les patients sont en moyenne plus âgés (respectivement 44,5 et 39,5 ans) ; à l'opposé, on retrouve Angers et Grenoble, où les moyennes d'âge sont nettement plus faibles (26 et 28,5 ans).

La proportion de mineurs, enfin, est particulièrement élevée dans certains Caso : Grenoble (27 %), Lyon (22 %) et Angers (18 %).

Figure 4 : Répartition des patients des Caso selon l'âge et le sexe (%)



Des origines diverses : 151 nationalités rencontrées

En 2010, près de 92 % des patients à MdM sont étrangers (tableau 13)¹⁶. La part des Français, autour de 8 %, est la plus faible enregistrée depuis 10 ans (ils représentaient près de 21 % des patients en 2000). Ainsi, entre 2009 et 2010, la part des patients français a diminué de plus de 16 %.

Les ressortissants d'Afrique subsaharienne sont les plus représentés avec plus de 26 % des patients, devant l'Union européenne (hors France) et le Maghreb (respectivement 21 % et 20 %), et enfin l'Europe hors UE (12,5 %). Cependant, et si l'on englobe les Français, l'Union européenne est le groupe continental le plus représenté parmi les patients (29 %)¹⁷.

On peut noter des variations relativement marquées selon le sexe : les femmes étrangères sont plus fréquemment originaires de l'Union européenne (Roumanie, Bulgarie) et d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Comores), les hommes plus souvent du Maghreb (essentiellement Algérie). Sur le plan des nationalités et malgré la prééminence des ressortissants d'Afrique subsaharienne (figure 5), les Roumains, comme les années précédentes, restent les étrangers les plus représentés (14,6 %), devant les Algériens (10,3 %), les Français (8,2 %) et les Marocains (5,4 %).

Si l'ordre de fréquence des nationalités rencontrées reste stable par rapport à 2009, les ressortissants de certains pays sont orientés à la hausse, en particulier les ressortissants du Pakistan, de la Bulgarie, des Comores et du Cameroun.

Tableau 12 : Répartition par âge des patients des Caso

Classes d'âge	%	n
0-4 ans	4,7	1 004
5-9 ans	2,8	598
10-14 ans	2,1	455
15-19 ans	4,6	977
20-24 ans	12,3	2 612
25-29 ans	16,5	3 503
30-34 ans	14,4	3 054
35-39 ans	11,5	2 438
40-44 ans	8,7	1 849
45-49 ans	6,7	1 423
50-54 ans	5,3	1 120
55-59 ans	3,9	836
60-64 ans	2,5	518
65-69 ans	1,7	367
70 ans et plus	2,3	495
Total	100,0	21 249

(15) Une partie spécifique est consacrée aux mineurs dans la suite du rapport.

(16) Taux de réponses Nationalité : 96,2 %.

(17) Conformément à la loi, les données recueillies se basent sur la nationalité des personnes et non sur leur origine ethnique. Cependant, les données concernant les Roumains et Bulgares l'ont été auprès de personnes qui très majoritairement déclarent appartenir à la communauté rom.

À noter, également, dans certains Caso, l'émergence de nouvelles nationalités parmi les plus représentées, comme la Somalie (Angers), Haïti (Cayenne), l'ex-Yougoslavie (Grenoble), le Congo-Brazzaville (Le Havre) et la Tchétchénie (Nantes).

Au total en 2010, ce sont pas moins de 151 nationalités différentes qui sont représentées¹⁸, nécessitant plus d'une fois sur deux (54 %) la présence d'un traducteur lors de l'entretien, que ce soit lors du bilan social ou lors des consultations médicales.

Dans les trois quarts des cas, une personne, le plus souvent présente physiquement, a pu assister d'un point de vue linguistique les personnes étrangères. Les équipes ont également recours lorsque c'est nécessaire à ISM-Interprétariat, service d'interprétariat par téléphone¹⁹.

Certains Caso affichent une proportion de patients français plus importante que la moyenne : Aix-en Provence, Le Havre, Montpellier, Nancy et Besançon se situent entre 22 et 27 %, Pau et Ajaccio entre 36 et 40 %, Valenciennes à 58 %.

Ailleurs, au contraire, la file active est constituée presque exclusivement d'étrangers – c'est le cas d'Angers et de Nice (96 %), de Cayenne (97 %) et de Saint-Denis (99 %).

Tableau 13 : Répartition des patients des Caso selon le groupe continental

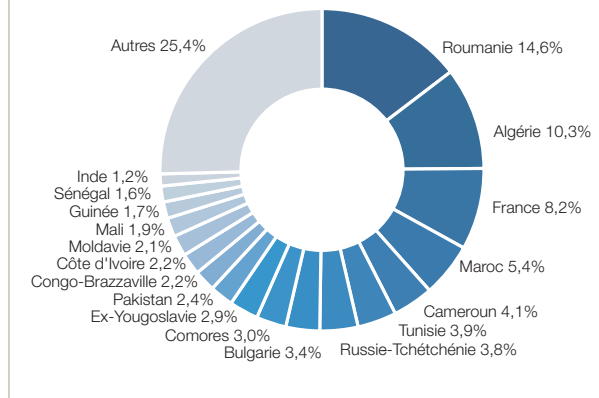
	%	n
Français	8,2	1 708
Étrangers	91,8	19 180
Groupes continentaux		
Union européenne (avec France)	29,1	6 072
Union européenne (hors France)	20,9	4 364
Afrique subsaharienne	26,1	5 458
Maghreb	20	4 181
Europe (hors UE)	12,5	2 620
Océanie et Amériques	4,3	902
Proche et Moyen-Orient	4,2	868
Asie	3,8	786

(18) Voir annexe 4.

(19) Inter Service Migrants (ISM) interprétariat est une association créée à Paris en 1970. Son objectif est de faciliter la communication entre Français et étrangers de langues et de cultures différentes. L'association développe des actions d'interprétariat, de traduction, d'écritain public, d'information juridique et de sensibilisation. Elle regroupe près de 300 interprètes et écrivains publics et propose ses services dans 92 langues et dialectes. Les équipes de Médecins du Monde ont recours au service d'interprétariat professionnel d'ISM, avec le soutien financier de la Direction générale de la santé.

(20) Taux de réponses Durée de résidence des patients étrangers : 88,6 %.

Figure 5 : Répartition des patients des Caso par nationalité



Les durées de résidence des patients étrangers

L'information sur la durée de résidence en France des patients étrangers est très importante car elle permet de déterminer les droits de ces personnes à une couverture maladie. En effet, la condition de base pour obtenir la CMU ou l'AME est de pouvoir justifier d'une résidence stable en France depuis au moins 3 mois (à l'exception des mineurs et des demandeurs d'asile, auxquels aucun critère de durée de résidence n'est opposable).

La durée de séjour prise en compte est établie à partir de la dernière date d'entrée sur le territoire, même si les personnes ont vécu antérieurement en France.

Environ 37 % des étrangers reçus dans les Caso en 2010 résidaient en France depuis moins de 3 mois, 66 % depuis moins de 1 an. Les séjours de longue durée (10 ans et plus) concernent un peu moins de 5 % des patients étrangers (tableau 14)²⁰.

L'analyse de la durée de séjour selon le sexe indique que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à compter une durée de séjour inférieure à 3 mois (42 % vs 34 %), mais les variations les plus importantes sont liées au groupe continental d'origine (figure 6), avec une proportion de primo-arrivants particulièrement élevée parmi les ressortissants européens (hors UE) ou encore d'Afrique subsaharienne.

Si seule la date de la dernière arrivée est prise en compte pour l'accès aux droits, près de 1 étranger sur 5 a cependant vécu auparavant en France (tableau 15)²¹. Cette proportion atteint 21 % parmi les étrangers dont le dernier séjour en France n'excède pas 3 mois. Ainsi, la plupart des étrangers considérés comme primo-arrivants comptent en fait une durée de séjour cumulée en France plus importante : plus de la moitié d'entre eux cumulent au moins un an de résidence sur le territoire.

Tableau 14 : Durée de résidence en France* des patients étrangers reçus dans les Caso

Durée de résidence	%	n
Moins de 3 mois	37,2	6 590
3 mois à moins d'un an	29,0	5 148
1 an à moins de 3 ans	13,9	2 462
3 ans à moins de 10 ans	15,4	2 723
10 ans et plus	4,5	798

* depuis la date de la dernière entrée en France

Figure 6 : Durée de résidence en France des patients étrangers des Caso selon le groupe continental

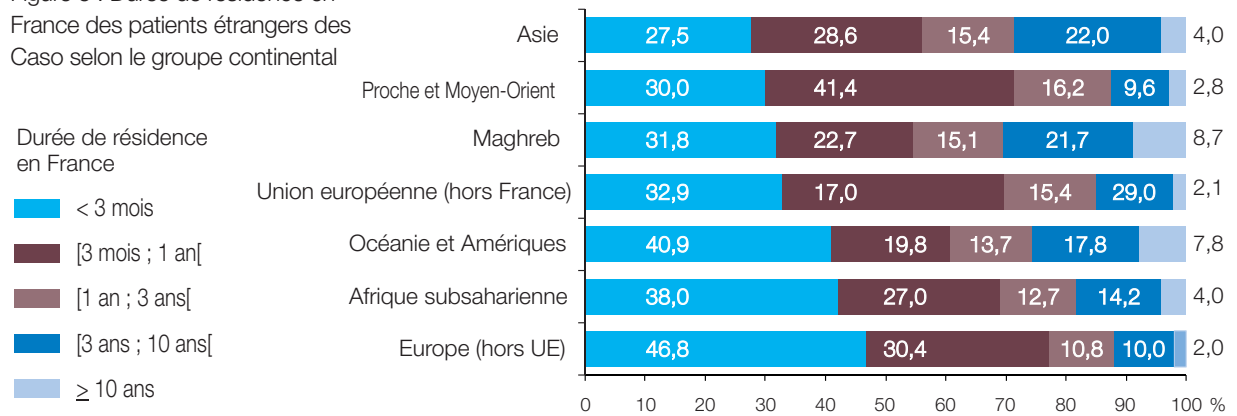


Tableau 15 : Séjours antérieurs en France des patients étrangers des Caso

	%	n
Étrangers ayant déjà vécu en France	18,3	2 938
Étrangers primo-arrivants* ayant déjà vécu en France	21,0	1 223
Durée totale vécue en France (hors dernier séjour) des « primo-arrivants »		
Moins de 3 mois	25,5	189
3 mois à 1 an	23,8	177
1 an à 3 ans	24,1	179
3 ans et plus	26,6	197

* dont le dernier séjour en France est inférieur à 3 mois

Lecture du tableau : 21 % des étrangers primo-arrivants, dont la date de dernière entrée en France est inférieure à 3 mois, ont déjà vécu en France avant leur dernier séjour. Parmi eux, 26,6 % ont déjà séjourné au moins 3 ans sur le territoire.

(21) Taux de réponses Vécu antérieurement en France : 80,5 % ; Temps vécu en France : 35,7 %.

CONDITIONS DE VIE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

LES POINTS ESSENTIELS

- > Les trois quarts des patients vivent seuls, 41 % ont un ou plusieurs enfants mineurs (particulièrement les femmes et les étrangers), dont la majorité cependant ne vivent pas avec eux.
- > Moins de 1 patient sur 4 vit dans un logement stable (dont seulement 7 % dans un logement personnel), la majorité vivent dans un logement précaire (48 %) ou sont hébergés par un organisme (16 %), et environ 13 % sont sans domicile fixe. Les conditions de logement des patients se dégradent par rapport aux années précédentes, avec une diminution du nombre des personnes vivant dans des logements stables et une augmentation des personnes hébergées par un organisme ou une association, ou vivant en logement précaire.
- > Les conditions de vie des personnes qui disposent d'un logement sont difficiles : 32 % considèrent que leur logement est néfaste pour leur santé, 55 % occupent un logement surpeuplé.
- > 29 % des patients exercent une activité pour gagner leur vie, mais près de 83 % ne disposent d'aucune ressource officielle. En conséquence, la quasi-totalité des patients (98 %) vivent en dessous du seuil de pauvreté (949 euros mensuels pour une personne seule) et 33 % n'ont aucune ressource.
- > 67 % des étrangers reçus en 2010 (âgés de 18 ans et plus) sont dépourvus d'un titre de séjour ; 20 % d'entre eux sont originaires de l'Union européenne. La part des étrangers en situation irrégulière est en baisse par rapport à 2009 (71 %). Ils représentent 48 % de l'ensemble des patients reçus dans l'année.
- > 38 % des étrangers (hors UE) sont concernés par une demande d'asile, cette proportion confirmant l'augmentation amorcée en 2007 (26 %), soit une augmentation relative d'environ 45 % en 3 ans. Plus du tiers d'entre eux n'ont pas déposé leur demande lorsqu'ils sont reçus dans les Caso, soit en raison de leur arrivée trop récente en France, soit parce qu'ils sont en attente du déroulement de la procédure Dublin II ou Eurodac.
- > Les demandeurs d'asile en cours de procédure (demande en cours ou recours) représentent plus de 6 % de l'ensemble des patients reçus dans les Caso.

La situation familiale

Près de trois patients sur quatre indiquent vivre seuls, avec ou sans enfant, par ailleurs 41 % déclarent avoir un ou plusieurs enfants mineurs. Seule une minorité des personnes ayant des enfants mineurs vivent avec eux. Dans la plupart des cas, les enfants et les parents sont séparés (tableau 16)²².

La situation familiale des patients varie à la fois selon le sexe et la nationalité. Les personnes seules (avec ou sans enfants) sont plus fréquemment de nationalité française et de sexe masculin ; le fait d'avoir un ou plusieurs enfants mineurs est plus fréquent chez les femmes et les étrangers. Les personnes enfin qui ne vivent pas avec leurs enfants sont plus fréquemment des hommes et des patients de nationalité française.

Tableau 16 : Environnement social des patients des Caso*

	%	n
Situation familiale : vivent...		
Seul(e)s (avec ou sans enfants)	73,0	13 148
En couple (avec ou sans enfants)	27,0	4 855
Ont un ou plusieurs enfants mineurs		
Oui	41,2	6 469
Non	58,8	9 230
Parmi les patients ayant des enfants mineurs		
Vivent avec tous leurs enfants	39,3	2 184
Vivent avec une partie de leurs enfants	7,5	417
Ne vivent pas avec leurs enfants	53,1	2 950

* analyse limitée aux patients de 18 ans et plus

(22) Taux de réponses Situation familiale : 93,5 % ; Ont des enfants mineurs : 81,6 % ; Parents vivant avec leurs enfants (mineurs) : 85,8 %.

Près de 2 500 mineurs ont été reçus dans les Caso en 2010. La plupart étaient accompagnés de leurs parents ou d'autres membres de la famille, 2,6 % en revanche étaient isolés (tableau 17). La totalité de ces mineurs isolés sont de nationalité étrangère (45 % d'Afrique subsaharienne, 18 % d'UE, principalement de Roumanie, et 12 % du Maghreb), 92 % sont âgés de 15 ans et plus²³.

Plus de la moitié des mineurs reçus (52 %) sont âgés de moins de 7 ans. Parmi eux, seul le tiers sont suivis par les services de protection maternelle et infantile (PMI), et plus fréquemment les jeunes Français que les jeunes étrangers (50 % vs 32 %)²⁴. La principale difficulté vient de la sectorisation des PMI, qui exclut de fait des familles à cause de l'instabilité de leurs lieux de vie. Certaines PMI instaurent par ailleurs des rendez-vous à plus de huit semaines ou refusent de recevoir les familles en l'absence de traducteur. Cependant, des perspectives ou des mises en place de collaboration plus rapprochées avec des PMI dans plusieurs villes comme Marseille, Strasbourg... par des interventions conjointes nous laissent optimistes quant à une amélioration possible du suivi des enfants.

Pour exemple, à Strasbourg, depuis 2007, un partenariat s'est instauré entre l'équipe MdM et le service de PMI de la communauté urbaine de Strasbourg : actions conjointes de vaccinations sur les terrains où vivent les populations roms, actions conjointes d'éducation à la santé pour les jeunes femmes, prévention et soins dentaires avec des dentistes scolaires...

Tableau 17 : Situation des enfants mineurs reçus dans les Caso*

	%	n
Vivent...		
Avec leurs parents (père et/ou mère)	91,9	1 837
Avec un autre membre de la famille	3,4	68
Avec d'autres personnes	2,1	42
Sont isolés	2,6	52
Enfants de moins de 7 ans suivis en PMI	33,7	206

Une dégradation des conditions de logement

Absence du logement

L'absence de logement se manifeste de diverses manières : de celle représentée par les sans-abri contraints de vivre dans la rue à toutes les formes de prise en charge proposées par les structures d'accueil et d'hébergement temporaire, en passant par un large panel d'habitats précaires (squats, campings, chambres d'hôtels, hébergement chez des amis ou de la famille) ou d'abris de tôle ou encore de bois dans les bidonvilles.

Le tableau 18 présente la situation des patients au regard du logement le jour où ils sont reçus à MdM²⁵. Le logement est considéré comme stable lorsque les personnes disposent d'un logement personnel ou sont hébergées durablement par de la famille ou des amis. Le logement précaire concerne les personnes hébergées provisoirement ou occupant un logement sans bail ou un terrain sans droit... Les personnes sans domicile fixe sont celles déclarant vivre

à la rue ou en hébergement d'urgence pour quelques nuits. Les personnes hébergées par un organisme ou une association sont celles qui disposent d'un hébergement pour une durée supérieure à 15 jours.

En 2010, un peu moins du quart des patients reçus disposent d'un logement stable, le plus souvent sous la forme d'un hébergement durable par de la famille ou des amis. Seuls 7 % de la totalité des patients disposent d'un logement personnel.

Les autres patients rencontrent des difficultés plus ou moins aiguës : 16 % environ sont hébergés par un organisme ou une association pour une durée supérieure à 15 jours, 48 % vivent dans un logement précaire, le plus souvent hébergés provisoirement par de la famille ou des amis, et enfin 12,5 % sont sans domicile fixe (en hébergement d'urgence pour quelques nuits ou à la rue).

(23) Les 52 mineurs isolés ont été reçus dans les Caso suivants : Lyon (19), Grenoble (11), Saint-Denis (7), Paris (6), Marseille (4), Strasbourg (2), Nantes (1), Bordeaux (1) et Angers (1).

(24) Taux de réponses Mode de vie des mineurs : 81,1 % ; Suivi PMI : 47,9 %.

(25) Taux de réponses Logement : 91,6 % ; Précisions logement précaire : 97,8 % ; Précisions logement stable : 90,3 %.

Tableau 18 : Situation des patients au regard du logement

	%	n
Logement stable	23,7	4 706
dont...		
– hébergé(e)s durablement	14,1	2 798
– logement personnel	7,3	1 451
Hébergé(e)s par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	15,8	3 138
Logement précaire	48,0	9 543
dont...		
– provisoirement hébergé(e)s par famille ou amis	31,4	6 236
– occupent un logement sans bail (sans contrat légal)	5,2	1 032
– occupent un terrain sans droit (campement illégal)	7,8	1 553
– autre	2,6	515
Sans domicile fixe	12,5	2 494

Lecture du tableau : 48 % des patients vivent dans un logement précaire. Ils se répartissent de la façon suivante : 31,4 % sont provisoirement hébergés, 5,2 % occupent un logement sans bail, 7,8 % un terrain sans droit et 2,6 % sont dans une autre situation. Le total diffère légèrement de 48 % en raison des réponses manquantes concernant les précisions demandées aux patients vivant en logement précaire. Idem pour le détail des patients vivant en logement stable.

■ Une évolution du public des sans-abri

L'Insee a récemment estimé à 133 000 le nombre de personnes sans domicile en France métropolitaine²⁶.

Les sans-domicile ne constituent pas un groupe « homogène » appelant des réponses identiques. Comme le décrivent toutes les équipes de rue de Médecins du Monde, il y a les « anciens de la rue », les plus vieux, qui errent depuis 10 ou 20 ans, avec un état de santé dégradé, refusant les orientations vers les centres d'hébergement, et puis les migrants et demandeurs d'asile – des hommes jeunes isolés mais aussi des familles entières, avec des enfants, des femmes enceintes. Il y a aussi les groupes de jeunes errants, garçons et filles, souvent accompagnés de chiens, installés pour quelques temps en centre-ville ou dans des squats. On retrouve des personnes dans des situations

nouvelles de pauvreté et de précarité, sans domicile pour une nuit ou plus, hébergées, dépannées par de la famille ou des amis, dormant dans leur voiture ; mais aussi des jeunes sortant de prison, sans solution d'hébergement à la sortie de détention...

De façon générale, le public des sans-abri a évolué avec l'augmentation du nombre de jeunes²⁷ et de familles avec des enfants en bas âge²⁸.

En 2010, la situation des familles ayant des enfants mineurs est au moins aussi préoccupante que pour les autres patients rencontrés dans les Caso, avec seulement 21 % d'entre elles disposant d'un logement stable. Les autres sont dans un logement précaire (37 %) ou hébergées par un organisme ou une association (33 %), 9 % sont sans logement.

(26) Briand P., Donzeau N., « Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficile », Insee première n°1330, janvier 2011.

(27) L'enquête SAMENTA réalisée en Île-de-France en 2009 par l'Observatoire du Samu social de Paris et l'Inserm décrit un public sans logement personnel qui se rajeunit, notamment dans les dispositifs d'insertion et les hôtels.

Laporte A., Chauvin P. « Premiers résultats de l'enquête SAMENTA », Observatoire du Samu social et Inserm, Paris, janvier 2010.

(28) En 2010, selon l'Observatoire du Samu social de Paris, la capitale comptait 3 700 familles SDF, soit 11 200 personnes, contre 3 000 familles en 2009. Pour la première fois depuis la création du Samu social en 1993, le nombre de personnes en famille ayant recours au 115 à Paris (11 200) a dépassé celui des personnes isolées (10 300). Au sein de ces familles, plus de la moitié des mineurs ont moins de 5 ans, et près d'un quart d'entre eux ont moins d'un an : <http://observatoire.samusocial-75.fr>

→ LA CRISE DE L'HÉBERGEMENT D'URGENCE

■ Des lieux d'hébergement d'urgence inadaptés et perçus de manière négative

Durant trois mois (de décembre 2010 à février 2011), Médecins du Monde a fait un état des lieux dans six villes (Lyon, Grenoble, Marseille, Toulouse, Montpellier et Strasbourg) afin de suivre et d'analyser les réponses apportées aux demandes d'hébergement d'urgence faites par les équipes de MdM.

Combien de personnes ou familles avaient été signalées au 115 ? Parmi elles, combien avaient finalement obtenu un hébergement ? À quelles conditions ? Pour quelles raisons n'avaient-elles pu trouver un lieu d'hébergement ? Manque de place ? Refus de s'y rendre ? Médecins du Monde développe des projets médico-sociaux à destination des sans-abri depuis près de 20 ans (maraudes de rue, actions en squat, psychiatrie à la rue...). C'est donc auprès des personnes sans abris rencontrées par les équipes de MdM que l'enquête a été menée. Certes partielle, celle-ci apporte néanmoins un éclairage sur les réponses – ou les non réponses – proposées aux personnes qui vivent dans la rue ou en habitat précaire.

Ainsi, 117 signalements concernant 182 personnes, dont 17 familles avec 46 enfants²⁹, ont été faits au cours de la période étudiée. La moitié des personnes signalées au 115 sont restées à la rue. Au final, sur les 17 familles rencontrées, 10 n'ont pas pu être hébergées.

L'enquête apporte des éléments d'analyse sur les raisons pour lesquelles les personnes ne trouvent pas d'hébergement après des demandes répétées. L'absence de places disponibles demeure la cause majeure du non-hébergement : dans 32 % des cas, c'est bien le refus par manque de places qui a maintenu les personnes à la rue. Le manque de places a concerné 8 familles (avec 14 enfants). Certaines équipes ont relevé quelques cas où la situation adminis-

trative des personnes a semblé être déterminante dans le refus d'hébergement. « *Pas de place s'ils sont en situation irrégulière.* »

Certaines préfectures n'avaient pas hésité en 2010 à annoncer ou à prendre des mesures pour limiter l'accueil de l'hébergement d'urgence en fonction de la situation administrative. Une circulaire a été publiée en fin d'année afin de recadrer ces pratiques discriminatoires et illégales et rappeler le principe de « l'accueil inconditionnel »³⁰. Nombre de demandeurs d'asile, en cours de procédure, se sont également retrouvés sans solution, alors qu'ils devraient être pris en charge (20 % des personnes signalées).

L'autre cause est le refus des personnes de se rendre dans les centres d'hébergement. En effet, devant les solutions « proposées », beaucoup préfèrent rester dans leur abri précaire plutôt que de se rendre dans des lieux inadaptés et perçus de manière négative.

Parmi les principales raisons évoquées pour expliquer ce refus :

- lieux non adaptés pour les familles ou les couples ne voulant pas être séparés ;
- manque d'intimité, promiscuité ;
- obligation de quitter les lieux tôt le matin, pas de possibilité de rester en journée ;
- n'acceptent généralement pas les animaux ;
- violences, vols ;
- manque d'hygiène (« *C'est comme dormir dans une décharge* ») ;
- ne souhaitent pas être aux côtés de personnes alcoolisées ;
- lieux proposés de plus en plus éloignés du centre-ville, loin des écoles où sont scolarisés les enfants ;
- temps d'hébergement proposé trop court, aucune garantie de prise en charge par la suite.

Les exemples suivants sont des situations rencontrées par les équipes lors de l'enquête, mais qui reflètent la réalité sur l'ensemble du territoire.

« EN FRANCE, ON LAISSE DES ENFANTS À LA RUE »



À Grenoble,

Une famille, un couple et deux enfants, en cours de demande d'asile, originaire de Macédoine, est restée à la rue (vivant dans un camion), par manque de places.

Une famille, un couple et cinq enfants (les deux plus petits ont 2 ans et 4 mois), en cours de demande d'asile, originaire de Tchétchénie, a fini par être prise en charge à l'hôtel pour le week-end (3 nuits) par la protection de l'enfance, après avoir été confrontée à plusieurs refus par manque de places dans le cadre du plan hivernal...

Une famille de quatre personnes, en cours de demande d'asile, originaire du Kosovo, dort dans le sous-sol de la gare. L'enfant de 5 ans présente une forte fièvre. Le dispositif d'urgence étant fermé à cause des températures trop hautes, la famille n'a pas été hébergée.

(29) L'équipe de Toulouse n'a pas quantifié les résultats des signalements effectués mais a fourni les éléments qualitatifs décrivant le dispositif mis en place dans la ville et les données issues de la veille sociale.

(30) Texte n°5503/SG, Premier Ministre, « *Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées* », 6 décembre 2010.

Une famille avec trois enfants et une femme enceinte, en cours de demande d'asile et originaire de Macédoine, n'a pas été hébergée car il n'y avait pas de place pour les demandeurs d'asile.

À Lyon,

Une famille, un couple avec quatre enfants (8 ans, 6 ans, 5 ans et 1 an), en cours de demande d'asile, originaire de Russie, s'est d'abord vu refuser une place. Après plusieurs appels, on leur a finalement proposé une place dans un gymnase, avec des personnes isolées et pour certaines alcoolisées, qu'ils ont été contraints d'accepter.

Une autre famille, un couple avec un enfant de 9 ans, en situation régulière, originaire de Roumanie, n'a pas accepté de se rendre dans le gymnase pour ne pas se trouver aux côtés de personnes alcoolisées. Ils ont « préféré » dormir dans une voiture, sans chauffage (car plus de batterie).

Une famille de neuf personnes, dont trois adolescents et deux bébés de 1 an, originaire de Roumanie, a appelé le 115 toute la journée sans réponse favorable. Une place leur a été proposée à 20 heures dans un gymnase qui fermait le lendemain à 7 heures. Un adolescent de cette famille a été hospitalisé dès le lendemain en urgence pour une infection pulmonaire.

À Marseille,

Une famille, un couple et un enfant, originaire d'Algérie (le père est en situation irrégulière), n'a pas obtenu de place, l'hébergement en famille n'étant pas possible. La famille n'a pas voulu être séparée.

Deux familles monoparentales (deux mères seules avec leur enfant) n'ont pas été hébergées par le 115 par « manque de place mère/enfant ».

Une famille de cinq personnes, dont trois enfants, en situation irrégulière et originaire de l'Albanie et du Kosovo, n'a pas été hébergée. Ils avaient déjà bénéficié de dix nuits d'hôtel et leur seule solution était d'être séparés, ce qu'ils n'ont pas accepté. En effet, les nuits d'hôtel ne sont pas toujours renouvelables pour les familles qui en ont « déjà » bénéficié.

Une famille avec un bébé de 1 mois et demi, en situation irrégulière et originaire de Roumanie, n'a pas été hébergée en urgence, au moment du signalement. La condition était qu'ils se rendent d'abord à la Maison de la solidarité, ce qu'ils n'ont a priori pas fait.

À Strasbourg,

Un jeune couple, de nationalité française, n'a pas été hébergé. Il leur a été proposé un hébergement séparé, ce qu'ils ont refusé. Pas d'autres solutions proposées."

Beaucoup ne font même plus la démarche d'appeler le 115, pour les motifs évoqués plus haut, mais aussi par peur de refus répétés ou à cause de temps d'attente trop longs.

À titre d'exemple, à Toulouse, par manque d'effectifs au 115, seules 40 % des personnes qui appellent arrivent à avoir quelqu'un au bout du fil.

À Strasbourg, pour obtenir une place, il faut téléphoner trois fois par jour, le matin, en début d'après-midi et en fin de journée. La ligne est souvent occupée ou sonne dans le vide.

L'assistante sociale de Saint-Denis décrit ainsi le parcours difficile pouvant conduire à renoncer à recourir à l'hébergement d'urgence.

« L'APPEL AU 115 EST SOUVENT CONSIDÉRÉ PAR LES FAMILLES COMME UNE DÉMARCHE INENVISAGEABLE SANS L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE TIERCE PERSONNE »



Solliciter l'intervention du 115 pour une demande d'hébergement d'urgence implique pour les personnes de passer avec succès de nombreuses étapes dans leur échange avec ce service. Beaucoup des patients rencontrés ne connaissent pas ce service, ou ne sont pas parvenus à aller au bout de ce parcours de demande d'aide, ou enfin ont essayé un refus faute de places disponibles le jour de leur appel. Ils abandonnent alors la démarche...

La première des étapes à franchir est l'attente téléphonique. En fonction des départements, le temps d'attente varie de quelques minutes à plus d'une heure. En période de pointe il peut arriver qu'aucune ligne ne soit disponible, ce qui contraint l'appelant de renouveler son appel jusqu'à ce qu'une ligne se libère pour accéder à l'attente téléphonique. L'appel est gratuit depuis un téléphone public mais il est compliqué de « monopoliser » un téléphone public durant une heure.

Une fois cette première étape franchie, la personne doit, lors de son premier appel, répondre à des questions visant à ouvrir son dossier et à évaluer l'urgence de sa demande. Pour l'écouter social du 115, il s'agit de connaître le statut administratif de la personne, ce qui l'a conduite à être « en danger de rue », les démarches éventuellement engagées par un travailleur social accompagnant la famille, le dernier lieu de vie de la personne (qu'il s'agisse d'un logement ou d'un lieu d'hébergement précaire).

Face à ces questions, la barrière linguistique se pose là comme une deuxième limite difficilement franchissable. Souhaitant faire bonne impression auprès d'un service qui peut leur éviter de passer une nuit de plus dans un couloir de métro ou sous un buisson dans un parc, les familles répondent quasi systématiquement « oui, oui, merci... » à la question « vous avez compris ? », mais ne sont pas toujours en mesure de répéter les indications qui leur ont été données et de conduire leur famille dans la chambre d'hôtel qui leur a pourtant été réservée quelque part en Île-de-France.

Si la famille a compris et retenu le nom de l'hôtel et l'adresse qui lui a été donnée, il lui reste à franchir une étape supplémentaire, celle de s'y rendre. Pour les primo-arrivants non francophones, le réseau des transports en commun d'Île-de-France est difficilement compréhensible. Les hôtels ou foyers sont souvent situés à l'opposé de l'endroit où ils se trouvent lors de l'appel. Appelé à 21 heures depuis Créteil, le lieu d'hébergement est indiqué sur la commune de Noisy-le-Sec. Il s'agira pour la famille de prendre un métro, un RER (et le bon !) et deux bus. Pour un père de famille ne parlant et ne comprenant pas la langue, il s'agit là d'un parcours équivalant à un « tour du monde » sans boussole avec deux enfants et une femme enceinte. Et cela peut se renouveler chaque soir, le temps pour le 115 de trouver une disponibilité hôtelière plus longue.

Face à ces nombreux obstacles, l'appel au 115 est souvent considéré par les familles comme une démarche inenvisageable sans l'accompagnement d'une tierce personne. Récemment, une femme originaire d'Afrique subsaharienne a préféré passer la nuit avec son fils dans un couloir d'immeuble plutôt que de se rendre à la gare la plus proche pour téléphoner au 115. Quelques nuits plus tôt, elle s'était rendue au téléphone public de la gare et n'était pas parvenue à joindre le 115, elle avait alors dû passer la nuit sur place avec son enfant, se retrouvant ainsi dans une situation de grande vulnérabilité et de danger."

L'enquête de MdM montre également que la discontinuité du dispositif, activé en cas de très basses températures, est inadéquat, puisque les besoins continuent même quand le plan Grand Froid n'est plus activé. Dans plusieurs villes, le nombre de refus le plus élevé correspond ainsi aux jours suivants la désactivation du plan Grand Froid.

En règle générale, il n'y a pas de refus par manque de places pendant le déclenchement du plan Grand froid, des « gymnases » sont ouverts (mais parfois les gens sont à même le sol, avec des douches ou des toilettes en nombre très insuffisant, voire inexistant). C'est donc souvent par extrême contrainte et par dépit que les personnes acceptent de s'y rendre...

■ La tension s'est largement accrue à la fin de l'hiver 2011...

... avec une crise d'une ampleur inédite, qui laisse à la rue de nombreuses familles et des personnes malades, sur l'ensemble

du territoire³¹: places d'hébergement supprimées, Samu social et numéro 115 saturés les conduisant à « trier » les personnes sans abri, à refuser des familles et à réduire leurs services, des familles réfugiées aux urgences des hôpitaux... Cette situation a conduit à une importante mobilisation des professionnels de l'urgence sociale³².

L'offre d'hébergement d'urgence est totalement saturée, prise en tenaille entre des demandes croissantes et un budget de l'État en baisse, sous couvert de favoriser la politique du « logement d'abord », qui vise à substituer aux places d'hébergement des places de logement. Cela se traduit par une diminution drastique des budgets alloués à l'hébergement, sans que les logements promis soient mis à disposition.

Ce contexte conduit à des situations inextricables, comme en témoigne notre équipe de Saint-Denis.

(31) Une étude de la Fnars, réalisée dans 34 départements hors Paris, indique que 65 % des demandes effectuées par téléphone au 115 le 20 juillet 2011 n'ont pu être satisfaites. La majorité des familles avec enfants ont été laissées sans hébergement. Ce jour-là, 780 personnes ont sollicité le 115 en indiquant la présence d'enfants, et 576 d'entre elles sont restées sans prise en charge.

Observatoire de la Fnars, « *Quelles sont les réponses apportées aux personnes sans abri pendant l'été ?* », juillet 2011 : www.fnars.org

(32) Lettre ouverte de la Coordination nationale des professionnels de l'urgence sociale, 1^{er} août 2011.

« SITUATION DE TROIS FAMILLES AYANT DÛ PASSER UNE À PLUSIEURS NUITS À LA RUE BIEN QUE LE 115 AIT ÉTÉ SOLlicitÉ PAR ELLES OU PAR UN TRAVAILLEUR SOCIAL DE MdM »

“ La famille A – un couple, un enfant de 14 ans atteint de tuberculose, un autre de 9 ans – est suivie par la mission Roms dans le cadre du suivi des cas de tuberculose. L'équipe, ayant connaissance de l'expulsion du terrain de la famille, a contacté le 115 le samedi 21 mai afin que cette dernière soit hébergée et que le traitement médicamenteux engagé auprès du jeune garçon puisse se poursuivre. Le 115 n'avait pas accès à la centrale de réservation hôtelière durant le week-end et n'a pu proposer aucune solution d'hébergement à la famille, ni de solution « transitoire ».

La famille B – un couple et un enfant de 2 mois et demi – est suivie par le Caso dans le cadre de leur accès aux droits et aux soins. Ils étaient hébergés par le 115 depuis la sortie de la maternité, ne pouvant rester dans le squat qu'ils occupaient faute de moyen de chauffage, mais on leur a demandé de quitter l'hôtel qu'ils occupaient. Un appel a été passé avec l'assistante sociale du Caso afin qu'ils puissent bénéficier d'un nouvel hébergement dans le cadre de la mise à l'abri à titre humanitaire pour une période de 3 jours, le 16 mai. Ils ont rappelé eux-mêmes, suivant les conseils de l'assistante sociale, le 19 mai au matin pour renouveler cette prise en charge pour trois jours. Le 23 mai, malgré leur appel pour renouveler une troisième fois cette prise en charge, faute de disponibilité, la famille ne s'est vu proposer aucune solution et a donc passé la nuit dehors.

La famille C – mère isolée et deux enfants de 7 ans et 2 ans – est suivie par le Caso dans le cadre de son accès aux droits et aux soins. Elle est hébergée par le 115 depuis le mois d'avril 2011 à la suite de l'expulsion du terrain où elle vivait et de l'impossibilité pour les membres de sa famille, eux-mêmes intégrés à un projet social Mous³³, de l'héberger. Lors d'un appel pour renouveler la prise en charge de 3 jours pour elle et ses enfants, faute de place, la maman n'a eu aucune proposition de chambre. Les responsables de la sécurité du terrain d'insertion l'ont expulsée des caravanes des membres de sa famille. Faute de mieux, elle a passé la nuit dans une voiture avec ses deux enfants.”

Les personnes sans abri doivent être en contact avec un référent social pour solliciter le 115, l'un des objectifs étant de les accompagner dans la constitution de leurs demandes de logement (si elles peuvent y prétendre) ou de leur dossier Dalo³⁴. De ce référent social et de ses actions dépend la possibilité pour les personnes d'être maintenues dans un hôtel plus de 3 jours de suite.

L'assistante sociale du Caso de Strasbourg témoigne de la situation d'une jeune femme qui n'a pu solliciter le 115, faute de référent disponible.

« JE N'AI PAS PU RENOUELEL L'HÉBERGEMENT MOI-MÊME »

“ Je me souviens de Mme X, arrivant tôt le matin au Caso, très inquiète, en pleurs :
 — Je ne sais pas où dormir ce soir !
 — Asseyez-vous Madame, nous allons voir avec le 115.
 — Mais j'ai déjà appelé le 115 ce matin. Ils ont dit que c'est à ma référente de renouveler l'hébergement mais elle est en vacances ! Ils n'ont pas voulu m'entendre. Je n'ai pas pu renouveler l'hébergement moi-même.
 Un hébergement d'urgence qui ne peut plus être urgent sans référent pour attester de l'urgence et prioriser la demande ? ”

(33) Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale.

(34) Toute personne qui a effectué une demande de logement ou d'hébergement et qui n'a pas reçu de réponse adaptée à sa demande (c'est-à-dire en tenant compte de ses besoins et capacités) peut saisir une commission de médiation dans son département au titre du droit au logement opposable (Dalo).

(35) Observatoire de la Fnars, « Quelles sont les réponses apportées aux personnes sans abri pendant l'été ? », juillet 2011.

Aucune région n'est épargnée par la crise de l'hébergement d'urgence. Dans l'ensemble des départements étudiés par la Fnars le 20 juillet 2011³⁵, les demandes de personnes en famille n'ayant pas trouvé de solution d'hébergement représentent 53 % des réponses négatives.

À Toulouse par exemple, 100 à 120 personnes par jour n'obtiennent pas de places disponibles.

Manque de places, mais aussi réduction des aides alimentaires et des vestiaires, réduction des accompagnements : nos équipes doivent quotidiennement faire front et palier aux urgences.

Elles se retrouvent à gérer des situations de plus en plus insoutenables, sans toujours trouver une solution, comme en témoigne l'équipe de Marseille.

« LES SOLUTIONS
S'AMENUISENT,
ET JE LES LAISSE
REPARTIR »



Nous recevons ce matin une famille de Roms kosovars qui a dû se séparer pour émigrer. Chacun a suivi sa route à travers l'Europe mais tous ont les corps marqués par les épreuves de l'exil et la souffrance de la discrimination.

L'harmonisation de la politique migratoire européenne les a conduits à obtenir chacun un statut différent quant à leurs demandes d'asile. Un cas d'école. Plusieurs sont placés en procédure prioritaire, certains ont vocation à retourner dans un autre pays européen (procédure Dublin II). Eux ne conçoivent pas d'être séparés. Seule une femme esseulée dont les symptômes post-traumatiques sont évidents est placée en procédure normale et peut donc bénéficier d'un hébergement d'urgence.

La famille nucléaire est la seule entité juridiquement reconnue et ces gens ont donc vocation à être éparpillés. Aujourd'hui R, mère de deux jeunes enfants, est là. Elle aurait dû retourner en Allemagne. Mais elle est en France, à la rue, sans ressources et sans hébergement. Et l'asphalte a commencé son travail de sape. En 2 mois, l'état physique et psychologique de cette maman et de ses deux enfants se dégrade : toux, poux, maladies de peau, nervosité, extrême fatigue des enfants, infinie lassitude de leur mère. Les orientations ont toutes été faites, les solutions s'amenuisent, et je les laisse repartir. »

■ Une détérioration globale des conditions de logement des patients de MdM au cours des deux dernières années

Une analyse spécifique aux personnes dépourvues de logement est proposée dans la suite de ce rapport. **Cependant, nous pouvons d'ores et déjà constater une détérioration globale des conditions de logement des patients de MdM au cours des deux dernières années.** On constate ainsi depuis 2008 une diminution du nombre de personnes disposant d'un logement stable, compensée par une proportion plus élevée de personnes hébergées par une association ou un organisme ou en logement précaire. De plus, le nombre de logements considérés comme dangereux pour la santé croît dans des proportions importantes entre les deux périodes : 27,4 % en 2008 contre 31,6 % en 2010.

Les figures 7 à 10 présentent les conditions de logement des patients selon le sexe, la nationalité, le groupe continental d'origine et la durée de résidence en France.

Les variations selon le sexe sont relativement marquées

avec une proportion de sans-domicile fixe deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais la nationalité apparaît plus encore discriminante que le sexe. Ainsi plus de 1 patient français sur 4 est dépourvu de domicile et 1 sur 3 dispose d'un domicile stable. Les étrangers en revanche vivent majoritairement (50,6 %) dans un logement précaire. Seuls les Français en situation extrêmement précaire semblent recourir à MdM.

L'analyse par groupe continental d'origine apporte quelques précisions supplémentaires et permet de mettre en exergue la situation particulièrement difficile des ressortissants de l'Union européenne (hors France) ainsi que des Proche et Moyen-Orient, qui sont 75 à 80 % à vivre dans un logement précaire ou sans domicile fixe.

Si l'on considère enfin la situation du logement des étrangers selon leur durée de résidence en France, on peut certes observer une amélioration de ces conditions avec la durée de séjour et notamment l'augmentation de la part des personnes disposant d'un logement stable, mais la précarité reste cependant de mise pour la majorité des étrangers, même lorsque les durées de résidence sont importantes (au-delà de 3 ans).

Figure 7 : Situation des patients des Caso au regard du logement selon le sexe

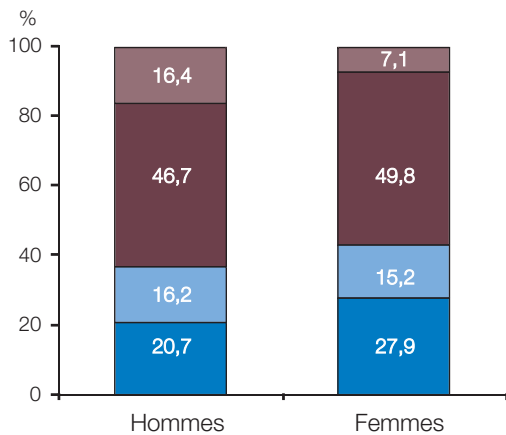


Figure 8 : Situation des patients des Caso au regard du logement selon la nationalité

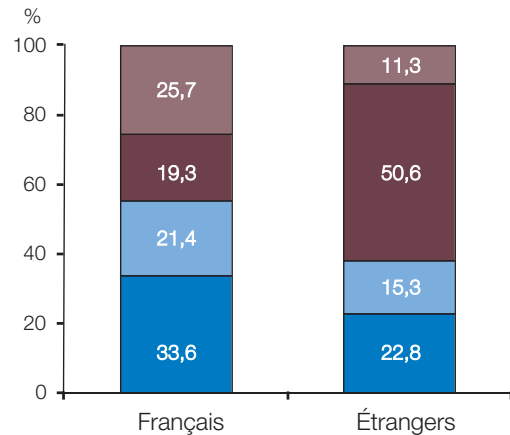


Figure 9 : Situation des patients des Caso au regard du logement selon le groupe continental

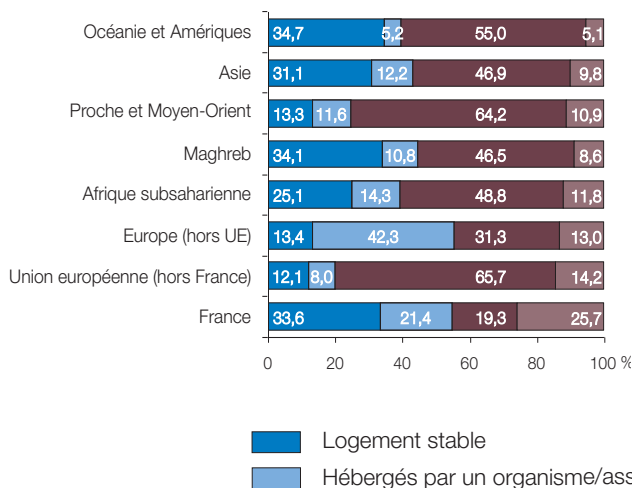
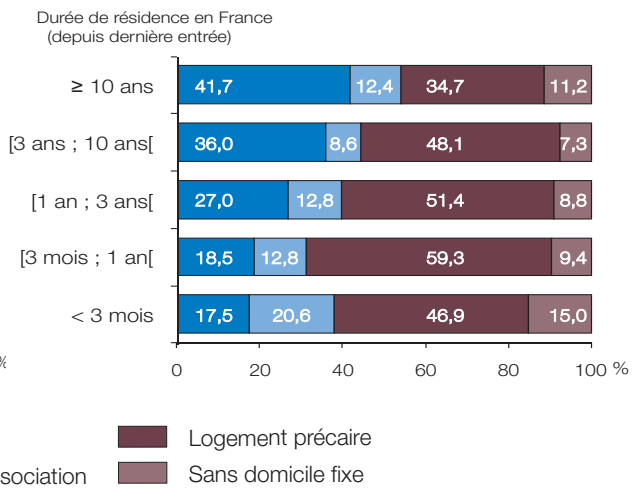


Figure 10 : Situation des patients des Caso au regard du logement selon la durée de résidence en France



Des logements, quand ils existent, que les patients jugent néfastes pour leur santé ou celle de leurs enfants et/ou des logements surpeuplés

Quand ils en ont, les patients sont également interrogés sur la qualité de leur logement. Ainsi, près du tiers d'entre eux

considèrent que le lieu où ils vivent est néfaste pour leur santé ou pour celle de leurs enfants (tableau 19)³⁶.

C'est parmi les personnes vivant dans un logement précaire que ce sentiment est le plus prégnant, tout particulièrement celles occupant un squat ou un terrain³⁷.

(36) Taux de réponses Logement insalubre : 58,7 %

(37) Selon la Fondation Abbé-Pierre, les risques sanitaires liés à l'habitat indigne concernent environ 600 000 logements, dans lesquels vivent un peu plus de un million de personnes, dont plusieurs dizaines de milliers d'enfants.

Fondation Abbé-Pierre, « L'État du mal-logement en France », 16^e rapport annuel, 2011.

Tableau 19 : Patients considérant que leur logement est néfaste pour leur santé ou pour celle de leurs enfants*

	%	n
Ensemble des patients disposant d'un logement	31,6	3 218
Logement stable	10,6	289
Hébergé(e)s par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	16,7	207
Logement précaire	43,7	2 722
dont...		
– provisoirement hébergé(e)s par famille ou amis	23,6	940
– occupent un logement sans bail (sans contrat légal)	74,1	501
– occupent un terrain sans droit (campement illégal)	89,3	1 071
– autre	63,3	174

* humidité, moisissures, non accès à l'eau courante, fils électriques apparents, peintures écaillées, risques d'accidents domestiques...

Lecture du tableau : 10,6 % des patients vivant dans un logement stable le considèrent comme néfaste pour leur santé ou celle de leurs enfants ; ils sont 43,7 % à le considérer néfaste parmi les personnes vivant dans un logement précaire.

L'analyse enfin du nombre de pièces que comprennent les logements et du nombre de personnes qui occupent ces logements permet de conclure que **plus de la moitié des patients (55,4 %) disposant d'un logement vivent dans des conditions de surpeuplement** avec en moyenne 2 personnes ou plus par pièce (tableau 20)³⁸.

Cette proportion, comme on peut le noter, est particulièrement élevée pour les personnes hébergées par un organisme ou une association (74,2 % vivent dans un loge-

ment surpeuplé), ainsi que les personnes disposant d'un logement précaire (61,4 %).

Notons enfin qu'estimer vivre dans un logement néfaste et estimer vivre dans un logement surpeuplé vont de pair. Ainsi, 46 % des personnes vivant dans un logement surpeuplé considèrent que ce logement est néfaste pour leur santé contre 14 % des personnes vivant dans un logement non surpeuplé.

Tableau 20 : Logements surpeuplés (% en ligne)

	Nombre moyen de personnes par pièce*			
	<1	1 à <2	2 à <4	4 et plus
	%	%	%	%
Ensemble des patients disposant d'un logement	5,7	38,9	40,0	15,4
Logement stable	9,8	53,4	31,6	5,2
Hébergé(e)s par un organisme ou une association	1,8	24,0	44,4	29,8
Logement précaire	4,4	34,2	43,5	17,9
dont...				
– provisoirement hébergé(e)s par famille ou amis	5,8	43,2	40,9	10,1
– occupent un logement sans bail (sans contrat légal)	2,5	21,1	45,8	30,6
– occupent un terrain sans droit (campement illégal)	0,5	6,1	53,6	39,8
– autre	2,2	26,0	40,7	31,1

* nombre de pièces composant le logement sans compter l'entrée, la cuisine, la salle d'eau et les toilettes. Lorsque la personne vit en foyer, seuls sont comptabilisés la chambre et le nombre de personnes vivant dans cette chambre.

Lecture du tableau : 15,4 % des personnes disposant d'un logement vivent en moyenne à 4 personnes ou plus par pièce ; cette proportion atteint 17,9 % pour les personnes vivant dans un logement précaire.

(38) La Fondation Abbé-Pierre estime que près de 800 000 personnes, soit environ 12 % de la population française, vivent dans des logements en surpeuplement accentué, dont 400 000 enfants.

Outre le saturnisme, de nombreuses autres pathologies – asthme, infections dermatologiques et respiratoires, allergies... – trouvent leur origine dans des conditions d’habitat dégradé et insalubre souvent liées à la présence d’humidité dans le logement. Pour un enfant, la présence d’humidité et/ou de moisissures à la maison augmente de 1,5 à 3,5 fois le risque de présenter des symptômes d’affection respiratoires³⁹.

→ LA MISSION SANTÉ-LOGEMENT MENÉE EN ÎLE-DE-FRANCE⁴⁰

En 2001, la mission Banlieue de Médecins du Monde intervient sur des terrains situés entre Courbevoie et Nanterre, squattés par des Roumains. En 2002, la mission Banlieue est interpellée par la Ddass des Hauts-de-Seine sur les conditions sanitaires de 300 personnes y vivant.

Le risque de saturnisme étant systématiquement pris en compte à chaque nouveau squat visité, la création de la mission Saturnisme est décidée en 2002.

L’expérience de la première mission Saturnisme de Médecins du Monde, à Paris dans les années 1990, permet alors de définir une stratégie et de structurer l’action autour de deux axes : le repérage des situations à risque pour inciter au dépistage (sensibiliser les familles, orienter vers les structures de soins...) et le suivi des familles pour obtenir la protection des enfants (suivi régulier des enfants à risque et/ou intoxiqués, suivi de la mise en œuvre des procédures pour le traitement d’urgence des logements...).

L’équipe affine sa stratégie autour du travail en réseau et renforce son programme d’action pour la mobilisation des acteurs locaux : campagne de mobilisation, inscription de la lutte contre le saturnisme dans un plan d’action départemental, organisation d’un colloque (*L’habitat indigne nuit à la santé*) au ministère de la Santé en novembre 2006 réunissant plus de 200 acteurs de la santé, de l’habitat, du droit et du secteur social.

Compte tenu d’une meilleure prise en compte de la problématique dans le département et du développement de grandes opérations de réhabilitation des logements, la fin de l’année 2007 marque l’arrêt de l’action du programme dans le département des Hauts-de-Seine et son commencement dans un autre département.

À partir de janvier 2008, l’activité se déploie dans le Val-de-Marne selon les mêmes modalités d’action que dans les Hauts-de-Seine. Dès cette époque, l’équipe constate l’évolution à la baisse du risque de saturnisme, tout en observant néanmoins les effets délétères de l’habitat indigne sur la santé somatique et psychique des habitants. En 2010, tout en poursuivant l’action de prévention du saturnisme infantile, l’équipe a entamé le suivi de familles vivant dans un loge-

ment indigne et présentant d’autres pathologies. Cette action est devenue dans le courant de l’année la mission Santé-Logement.

Ces suivis se placent dans le cadre plus global d’une recherche-action sur le thème de l’impact de l’habitat indigne sur la santé. Cette recherche vise à qualifier l’ensemble des problèmes de santé qui peuvent être accentués ou causés par les conditions de logement.

Ces suivis se placent dans le cadre plus global d’une recherche-action sur le thème de l’impact de l’habitat indigne sur la santé. Cette recherche vise à qualifier l’ensemble des problèmes de santé qui peuvent être accentués ou causés par les conditions de logement.

La mission Santé-Logement poursuit ainsi un double objectif :

- améliorer la prise en charge effective des problèmes de santé des populations vivant dans un logement indigne dans 13 communes du Val-de-Marne ;
- favoriser la prise en compte des problèmes de santé dans les procédures de relogement.

Il s’agit d’identifier les familles à risque, de les informer, de les orienter, et de les accompagner jusqu’à la résolution du problème identifié. Il s’agit également de mobiliser des réseaux, de capitaliser des connaissances et méthodes d’action possibles et de modéliser des cadres d’intervention.

En 2010, l’équipe est intervenue dans 4 communes du Val-de-Marne au cours de 179 sorties, et 108 familles ont été rencontrées.

Ainsi, 33 familles, dont le logement représentait un risque pour la santé, ont fait l’objet d’un suivi. 75 mineurs et 56 adultes sont concernés. 33 enfants et femmes enceintes ont été orientés pour une plombémie.

Pour ces 33 familles, l’équipe a constaté :

- une suroccupation pour 24 d’entre elles (selon les critères de l’Insee⁴¹) avec un nombre moyen de 2,6 personnes par pièce ;
- des moisissures dans 24 logements ;
- de l’humidité apparente dans 21 logements ;
- des peintures écaillées (donc risque de saturnisme potentiel) dans 21 logements ;
- une présence de nuisibles dans 15 logements.

(39) Fondation Abbé-Pierre, « *L’état du mal-logement en France* », 16^e rapport annuel, page 127, 2011.

(40) Le rapport complet de la mission est disponible sur demande à la Direction mission France dmf@medecinsdumonde.net

(41) Afin de déterminer la part des personnes vivant dans des logements considérés comme trop petits, l’Insee a défini une norme. On estime ainsi qu’il faut une pièce de séjour pour le ménage, une pièce par couple ou adulte seul, et une pièce par enfant (ou une pièce pour deux enfants s’ils sont de même sexe ou ont moins de 7 ans). Un logement est en situation de suroccupation s’il manque une pièce ou plus par rapport à cette norme.

Les 33 dossiers ont été ouverts soit autour de la situation d'une personne, soit autour d'un ensemble de facteurs liés à l'état de santé de plusieurs personnes de la famille.

- 11 dossiers pour des problèmes respiratoires, dont 2 femmes enceintes et 1 cas associé à des troubles du comportement ;
- 6 dossiers pour des problèmes santé respiratoire et risques de saturnisme ;
- 13 dossiers pour risques de saturnisme uniquement ;
- 1 dossier pour un cas d'immunodépression – une enfant souffrant d'une leucémie traitée par chimiothérapie ;
- 1 dossier d'immunodépression associée à un risque de saturnisme pour une enfant greffée du rein ;
- 1 dossier pour une femme en souffrance psychique manifestement en lien avec son logement ; elle vit dans un logement impropre à l'habitation sous comble, très humide et moisi, et entasse des affaires glanées dans la rue.

S'agissant du risque de saturnisme, aucun cas d'intoxication au plomb n'a été repéré en 2010. Une enfant était toutefois imprégnée (entre 50 et 100 µg/l).

S'agissant du suivi des prélèvements de moisissure qui ont été réalisés pour 11 familles (9 directement par l'équipe, 2 par le laboratoire d'hygiène de la ville de Paris), 5 familles ont eu une proposition de relogement ou d'hébergement en moins de 6 mois.

Pour les familles des deux enfants en situation d'immuno-dépression, la demande de relogement a été fortement appuyée par Médecins du Monde sur la base du rapport du LHVP et de la stricte incompatibilité entre présence de moisissures et immuno-dépression.

« JE NE POUVAIS PAS RENTRER CHEZ MOI PARCE QU'IL Y AVAIT DES CHAMPIGNONS ET QU'ILS SONT DANGEREUX POUR MOI... »



... nous explique doctement M, 8 ans, soignée pour une leucémie depuis un an. Après une première hospitalisation à Trousseau pendant un mois en novembre 2009, elle a été orientée à l'hôpital Bullion afin de mettre en place le traitement de suite. Au moment de prévoir le retour à la maison, l'équipe sociale de Bullion et celle de l'hospitalisation à domicile visitent le logement de la famille et découvrent l'état de dégradation de celui-ci. Des fissures en façade de l'immeuble l'ont rendu perméable. Le logement de M et de sa maman est très humide et deux des murs sont entièrement moisissés, malgré l'entretien régulier. « Je demandais un logement depuis avant même la mort de mon mari en 2003, j'ai vu des assistantes sociales et des assistantes sociales mais jamais cela n'avancé », explique la mère de M.

Quand l'équipe Santé-Logement a rencontré la maman, en mars 2010, elle faisait plusieurs fois par semaine le trajet de Villeneuve-le-Roi à Rambouillet pour aller voir sa fille. L'assistante sociale de Bullion, dans les Yvelines, cherchait une solution de relogement mais ne connaissait pas les structures du Val-de-Marne et la communication avec l'assistante sociale référente de la famille était difficile.

Les prélèvements de moisissures réalisés n'ont fait qu'objectiver ce qui avait déjà été constaté de visu par les différents intervenants venus à domicile. L'interpellation de la mairie et de la préfecture restent sans résultat jusqu'en août, moment où Bullion, ne pouvant garder l'enfant plus longtemps alors que son état de santé ne nécessitait pas une hospitalisation, signe la sortie d'hôpital de l'enfant.

Dans l'urgence, Médecins du Monde se substitue aux acteurs institutionnels pour trouver une solution d'hébergement à la famille. Ainsi, nous sommes allés discuter longuement avec la maman le pour et le contre de l'hébergement. Elle redoutait de devoir aller à l'hôtel et de ne pouvoir cuisiner pour respecter le régime de l'enfant. De notre point de vue, l'hôtel n'était pas une solution acceptable, étant donné la pathologie de l'enfant et la situation de grande vulnérabilité de la famille. À l'issue de cet entretien, elle était d'accord pour qu'une solution d'hébergement en appartement relais soit cherchée.

En parallèle nous saisissions le maire, le Préfet et la Défenseure des enfants.

En septembre, après une réhospitalisation d'une semaine, consécutive à une baisse de ses défenses immunitaires, M et sa mère intègrent un deux-pièces de l'Aide d'urgence du Val-de-Marne (AUVM) avec un suivi social important.

Un manque d'anticipation, une mauvaise coordination des acteurs, une méconnaissance des dispositifs existants, doublés d'une mauvaise volonté politique, ont conduit à une situation d'urgence alors que la question aurait pu être traitée en amont pendant l'hospitalisation, qui aura duré finalement 9 mois, à Bullion.

« Quand je serai grande, je serai docteur, comme ça si je suis malade je pourrai me donner des médicaments », conclut M tout en coiffant sa poupée.

Activités et ressources

La question des ressources des personnes accueillies est abordée notamment pour leur prise en compte dans l'attribution de la CMU complémentaire et de l'AME.

De façon plus globale, ces questions permettent aussi de témoigner des situations de dénuement que connaissent ces personnes.

Un peu moins de 30 % des patients reçus (âgés d'au moins 16 ans) indiquent exercer une activité pour gagner leur vie. Cette activité est bien souvent du travail non déclaré, auquel les étrangers n'ayant pas d'autorisation de travail sont obligés de recourir (*tableau 21*).

Les types d'activité le plus fréquemment cités sont le bâtiment, les marchés, la ferraille, le ménage ou la mendicité. Beaucoup travaillent à temps très partiel (quelques jours par

mois) et très irrégulièrement avec pour corollaire des revenus très aléatoires. Les patients évoquent fréquemment le fait que l'employeur ne les a pas payés à l'issue des jours de travail, abusant de leur situation administrative.

Selon une enquête menée par Médecins du Monde dans 11 pays européens⁴², la moitié des personnes interrogées ont une activité régulière ou épisodique pour gagner leur vie. Elles exercent en particulier des emplois dans le nettoyage, les services aux particuliers et le bâtiment, et travaillent dans des conditions particulièrement difficiles : 37 % travaillent plus de 10 heures par jour, 22 % travaillent de nuit presque tous les jours, 8 % ont été victimes d'un accident du travail.

L'équipe du Lotus Bus à Paris a recueilli le témoignage de deux jeunes sur leurs conditions de travail.

« ON TRAVAILLE
JUSQU'À 12
HEURES PAR JOUR,
ET JE GAGNE
MOINS QUE
D'AUTRES »



J'ai demandé au propriétaire du dortoir où je vis s'il pouvait m'aider à trouver un travail. Il m'a demandé ce que je savais faire. Je lui ai dit que je savais coudre et il m'a trouvé un travail dans un atelier. À part faire nounou, c'est tout ce que je peux faire. Le travail est très long. On travaille jusqu'à 12 heures par jour, parfois plus quand il y a une grande commande à finir. Je gagne moins que d'autres parce que j'ai moins d'expérience donc je suis moins rapide, mais je fais quand même du bon travail... »

« J'AI ÉTÉ FORCÉE
DE DESCENDRE À
LA MER »



Pendant 3 mois, j'ai travaillé comme nounou. Je gardais deux enfants en bas âge toute la journée, je faisais la cuisine, la lessive et le ménage. C'était très fatigant, à tel point que je suis tombée malade. En plus, je ne supportais pas l'attitude de la famille. Par exemple, quand je faisais la cuisine, eux, ils mangeaient d'abord, et je devais me contenter des restes. Je ne mangeais pas à ma faim. J'ai donc été forcée de « descendre à la mer » [se prostituer]. Il fallait bien gagner de l'argent d'une manière ou d'une autre. Comment j'allais survivre, sinon ? Bien sûr, si j'avais des papiers, je ne ferais pas ça, mais pour l'instant je n'ai pas d'autre choix. »

Les patients disposant de ressources officielles sont rares, ils perçoivent quelquefois un salaire ou des indemnités journalières, ou encore le RSA, ou encore l'AAH ou des pensions de retraite.

Le niveau de ressources est pour la plupart des patients extrêmement bas : **le tiers ne disposent d'aucunes ressources, la quasi-totalité se situent au-dessous du seuil de pauvreté⁴³.**

Certaines personnes par ailleurs indiquent être nourries/ logées. C'est le cas de 12 % de l'ensemble des patients, proportion qui est nettement plus importante parmi les personnes ne disposant d'aucunes ressources (27 %).

Le fait d'exercer une activité pour gagner sa vie concerne plus

fréquemment les hommes et les patients étrangers. Ces derniers en revanche sont plus de deux fois plus nombreux que les Français (88 % vs 37 %) à ne percevoir aucune ressources officielles, en raison bien évidemment de l'impossibilité pour eux de travailler de façon légale mais aussi du fait qu'ils ne peuvent accéder pour la plupart aux minima sociaux. L'absence totale de ressources (officielles ou non), enfin, est plus fréquente parmi les femmes et les étrangers. De plus, si toutes les classes d'âge sont concernées, on constate néanmoins que ce sont les plus jeunes et les plus âgés qui sont les plus exposés : 45 % des moins de 20 ans⁴⁴ et des plus de 60 ans ne disposent d'aucunes ressources, contre 32 % des autres patients.

(42) Chauvin P., Parizot I., Simonnot N., « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, septembre 2009.

(43) Taux de réponses Exerce une activité : 81,1 % ; Ressources du foyer : 43,0 % ; Origine des ressources : 47,9 %.

(44) Les moins de 20 ans concernent ici les jeunes qui ont entre 16 et 20 ans.

Tableau 21 : Activité et ressources des patients des Caso*

	%	n
Exercent une activité pour gagner leur vie	29,0	4 591
Existence ou non de ressources officielles		
Pas de ressources officielles	82,9	8 631
Ressources officielles	17,1	1 777
dont...		
– Salaire/Indemnités journalières	4,4	453
– Revenu de solidarité active	4,1	425
– Allocation d'insertion/Assedic	2,7	279
– Pension de retraite	1,7	181
– Allocation adulte handicapé	1,5	155
– Minimum vieillesse	0,5	48
– Autre revenu ou allocation	3,5	365
Niveau de ressources		
Ressources inférieures au seuil de pauvreté**	98,3	8 260
dont...		
– Aucunes ressources	32,9	2 763
Ressources supérieures au seuil de pauvreté	1,7	141

*Analyses limitées aux personnes de 16 ans et plus.

**Le seuil utilisé est celui publié par l'Insee et correspond à 60 % du revenu médian de la population. Ce seuil s'établit en 2008 à 949 euros mensuels pour une personne seule.

Lecture du tableau : 82,9 % des patients ne disposent d'aucunes ressources officielles, 4,1 % perçoivent le RSA.

Une situation administrative précaire

■ La situation au regard du séjour le jour de la consultation

À l'exception des mineurs, qui ne sont pas concernés, tous les étrangers ressortissants d'un pays n'appartenant pas à l'Union européenne doivent posséder un visa ou une autorisation de séjour pour résider en France.

Les conditions permettant aux étrangers ressortissants de l'UE (membres de l'un des 27 États de l'UE) de séjourner en France ont évolué ces dernières années, en particulier depuis 2007.

Avant 2007, la France considérait que les ressortissants d'un pays de l'UE devaient être pleinement assimilés aux Français et ne devaient pas avoir à justifier de la régularité de leur séjour, notamment pour accéder aux droits à la couverture maladie. Ainsi, les communautaires en situation de précarité avaient accès à l'assurance maladie et à la CMU complémentaire.

Depuis 2007 et la transposition en droit français d'une directive européenne de 2004⁴⁵, les conditions de séjour des ressortissants de l'UE ont été considérablement durcies. Ainsi, les ressortissants communautaires, au titre de la liberté de circulation, peuvent passer 3 mois en France sans conditions particulières. Au-delà de 3 mois de résidence, ils doivent remplir certaines conditions pour que leur séjour soit régulier : avoir un travail déclaré ou, pour les inactifs, des ressources suffisantes et une couverture maladie.

Par conséquent, les ressortissants de l'UE présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs, pauvres et sans couverture maladie dans leur pays d'origine sont considérés comme en situation irrégulière et ne peuvent à ce titre prétendre à la CMU. Ils ne peuvent prétendre qu'à l'AME.

En 2010, près de 67 % des patients étrangers ressortissants de l'UE, rencontrés dans les Caso, ne remplissent pas les conditions pour rester en France, proportion qui est du

(45) Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration transposant la directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil, relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres.

même ordre que celle relevée pour les étrangers hors UE⁴⁶ (tableau 22).

Au total, ce sont donc 67 % des étrangers qui peuvent

être considérés comme étant en situation irrégulière. Ces étrangers représentent environ 48 % de l'ensemble des patients reçus en 2010.

Tableau 22 : Situation administrative des patients étrangers*

	%	n
Ressortissants de l'Union européenne		
N'ont pas besoin de titre de séjour (en France depuis moins de 3 mois)	27,7	853
Autorisés à rester en France (ont une activité déclarée ou des ressources officielles en France)	5,5	170
Ne sont pas autorisés à rester en France (résident en France depuis plus de 3 mois, inactifs, sans ressources et sans couverture maladie)	66,8	2 059
Étrangers extracommunautaires		
Visa touriste avec ou sans intention de résider en France	8,9	1 096
Rendez-vous ou convocation préfecture	5,3	649
Titre de séjour valide de 1 à 3 mois	9,7	1 198
Titre de séjour valide 3 mois à 1 an	2,1	264
Titre de séjour valide pour 1 an	2,7	339
Titre de séjour valide pour 10 ans	2,9	356
Titre de séjour valide autre durée	1,1	139
Sans titre de séjour	67,3	8 320
Ensemble des étrangers (communautaires et extracommunautaires)		
Situation « régulière »	32,8	5 064
Situation « irrégulière »	67,2	10 379

* Les étrangers mineurs ne sont pas concernés

■ Les personnes concernées par l'asile

En 2010, 38 % des étrangers originaires d'un pays hors UE sont concernés par une demande d'asile, qu'ils aient ou non⁴⁷ déposé leur demande, que celle-ci ait aboutie ou non (tableau 23).

Amorcée en 2007 avec 26,2 % de personnes concernées par l'asile, l'augmentation s'est poursuivie les années suivantes pour s'amplifier encore en 2010, avec 38 % de personnes concernées, soit une augmentation relative d'environ 45 % en 3 ans.

Les étrangers concernés par une demande d'asile sont originaires en 2010 de Russie (11,8 %), de Tchétchénie (4,8 %), ainsi que des pays de l'ex-Yougoslavie (8,5 %), devant l'Algérie (4,7 %), le Congo-Brazzaville (4,4 %), le Soudan (4,1 %) et la Guinée (4 %).

Près des deux tiers des étrangers concernés par une demande d'asile ont déjà déposé leur demande lorsqu'ils

sont reçus à MdM. Dans la plupart des cas (60,8 %), les étrangers ayant déposé leur demande sont dans l'attente d'une réponse de l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides), près de 20 % ont été définitivement déboutés de leur demande d'asile et environ 16 % ont déposé un recours. Seule une petite minorité (3,5 %) se sont vus reconnaître le statut de réfugié.

Ainsi, au total, les demandeurs d'asile en cours de procédure (demande en cours ou recours) représentent 6,4 % de l'ensemble des patients reçus dans les Caso en 2010.

Dans un certain nombre de cas, la demande d'asile est placée en procédure dite prioritaire⁴⁸. Cette procédure s'applique aux personnes dont l'administration estime que la demande d'asile n'est pas légitime (soit ces personnes viennent d'un pays d'origine dit « sûr »⁴⁹, soit elles représentent une menace pour l'ordre public, soit la demande repose sur une fraude délibérée ou un recours abusif).

(46) Taux de réponses Situation au regard du séjour : 89,6 %.

(47) Taux de réponses Demande d'asile : 67 % ; Situation si demande d'asile déposée : 77,4 % ; Motif de non-dépôt de la demande : 79,5 %.

(48) Cette procédure, issue de la loi 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration, est aujourd'hui codifiée à l'article L. 741-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

(49) Un pays est considéré comme sûr « s'il veille au respect des principes de liberté, de la démocratie et de l'État de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». En 2010, la liste des pays sûrs incluait les pays suivants : Albanie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Croatie, Ghana, Inde, Kosovo, Macédoine, Mali (pour les hommes uniquement), Maurice, Mongolie, Sénégal, Serbie, Tanzanie, Ukraine. L'Arménie, la Turquie, Madagascar et le Mali (pour les femmes) figuraient en 2009 dans la liste et ont été retirés à la suite d'une décision du Conseil d'État en date du 23 juillet 2010.

Cette procédure a pour caractéristique d'être très accélérée (15 jours maximum) et de priver les personnes des quelques droits octroyés normalement aux demandeurs d'asile (logement en Cada...).

Plus du tiers des étrangers concernés par une demande d'asile n'ont pas encore déposé leur demande le jour de la consultation à MdM, le plus souvent en raison de leur arrivée trop récente sur le territoire. 14 % cependant indiquent rencontrer des difficultés pour mener les démarches ; 30 % enfin sont en attente du déroulement des procédures Dublin II et Eurodac.

Ces procédures, issues des Conventions de Schengen et Dublin, interdisent au demandeur de choisir le pays dans lequel il souhaite demander l'asile. Ces conventions pré-

voient en effet qu'un seul État est responsable de la demande d'asile : celui qui a délivré un visa ou par lequel le demandeur est entré dans « l'espace Dublin » (27 pays de l'UE plus Islande et Norvège). À cette fin, un fichier de recherche d'empreintes digitales de tous les demandeurs d'asile dans tous les pays européens a été créé afin de savoir si une personne a été enregistrée ou contrôlée dans un État membre. Ainsi, si la France considère que la demande d'asile incombe à un autre pays de « l'espace Dublin », l'Ofpra n'est pas saisi.

L'équipe du programme auprès des migrants en transit dans le Nord-littoral explique la situation d'un jeune Iranien de 23 ans, renvoyé par l'Angleterre vers la Belgique, pays par lequel il est entré sur le territoire européen.

« LA BELGIQUE
VOULAIT QUE JE
REVIENNE, ILS NE
VEULENT PAS ME
DONNER DES PAPIERS
MAIS ILS VOULAIENT
QUE JE REVIENNE... »



Nous rencontrons ce jeune iranien le 30 novembre à Grande-Synthe. Il n'a pas forcément envie de voir le médecin même s'il a mal au dos. Il tourne autour du camion, récupère une paire de gants et quelques mouchoirs. La conversation s'engage petit à petit sur le froid, les difficultés à vivre les pieds dans la neige, le robinet d'eau qui gèle, le bois humide pour le feu, avant qu'il ne nous livre quelques éléments de son parcours.

Il explique qu'il est d'abord arrivé en Belgique, à Gand, quelques années auparavant, pour faire des études. Il est très fier de nous montrer sa carte d'étudiant datant de 2006. Au bout de quelques temps ses papiers n'ont pas été renouvelés. Il dit avoir déposé huit demandes d'asile, toutes refusées. Il est tout de même resté 5 ans et 7 mois en Belgique. Qualifié dans le bâtiment (faïence, enduit), il a éprouvé les plus grandes difficultés à travailler en Belgique sans papiers et a décidé de partir en Angleterre en passant par la France : « Ce n'est pas plus facile pour obtenir des papiers, mais, là-bas, on peut travailler et s'acheter des choses pour nous, des habits, des chaussures. Ici, je ressemble à un mendiant, regarde, et je n'ai que 23 ans. Comment je vais être à 33, 43, 53 ans ? »

Il a réussi à passer en Angleterre à deux reprises mais il a été par deux fois renvoyé en Belgique à la suite d'une procédure Dublin II : « La Belgique voulait que je revienne, ils ne veulent pas me donner des papiers mais ils voulaient que je revienne ! C'est l'Europe... »

Sa dernière tentative pour passer remonte à deux jours, sous un camion. Les roues l'ont aspergé d'eau et de neige fondue pendant près de deux heures. À l'arrêt du camion, il a voulu descendre, mais ses pieds étaient complètement gelés, glacés. Il n'arrivait pas à courir normalement.

Enfin, il s'est vite rendu compte que le camion n'allait pas dans la bonne direction, il a rebroussé chemin et a marché plusieurs heures vers le camp de Grande-Synthe.

Il explique alors qu'il va encore tenter de passer ce soir, qu'il n'y a pas d'avenir pour lui en France et qu'il ne peut plus vivre ici, mais, pour l'instant, sa priorité est de trouver un feu alentour pour se réchauffer.»

Tableau 23 : Demandes d'asile des patients étrangers*

	%	n
Étrangers concernés par une demande d'asile	38,0	3 775
dont...		
– demande non déposée	36,0	1 359
– demande déposée	64,0	2 416
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
Débouté(e)s	19,9	372
Demande Ofpra en cours (ou procédure prioritaire)	60,8	1 136
Recours en cours	15,8	295
Reconnu(e)s réfugié(e)s	3,5	66
Motif(s) de non-dépôt de la demande d'asile		
Arrivée trop récente	56,8	614
Difficultés pour les démarches	14,0	151
Placement en procédure Dublin II ou Eurodac	30,1	325

* Ne concerne que les étrangers originaires d'un pays hors UE

→ LE PROGRAMME AUPRÈS DES MIGRANTS EN TRANSIT DANS LE NORD-LITTORAL

Depuis la fermeture du centre de Sangatte en novembre 2002 (centre d'hébergement et d'accueil d'urgence humanitaire administré par la Croix-Rouge), les migrants se sont regroupés à Calais ainsi que sur une dizaine d'autres sites de la région Nord-Pas-de-Calais. Toutes ces personnes vivent dans des campements et des squats dans des conditions sanitaires alarmantes. Ils viennent de différents pays en conflit, principalement d'Afghanistan, du Pakistan, d'Iran, d'Irak et de pays de la Corne de l'Afrique.

Il n'existe pas de politique française de prise en charge des personnes en situation de transit sur le territoire national. Sans statut, cette population n'a aucun droit à une couverture maladie. En effet, pour obtenir la CMU, il faut déposer une demande d'asile en France. Pour l'aide médicale d'État, accessible aux personnes sans titre de séjour, il faut résider sur le territoire français depuis au moins 3 mois. Or, la grande majorité des personnes migrantes en transit dans le Nord-Pas-de-Calais ne souhaitent pas déposer de demande d'asile en France (quelquefois par méconnaissance du dispositif), mais rejoindre l'Angleterre. En effet, beaucoup sont anglophones et/ou ont des appuis familiaux ou communautaires au Royaume-Uni.

Depuis la signature de la convention Dublin 2 en septembre 2003, le Royaume-Uni n'est plus tenu de traiter la demande d'asile d'une personne s'il a la preuve que celle-ci est entrée sur son territoire en passant au préalable par un autre pays de l'Union européenne. Cette convention permet aux autorités britanniques de renvoyer le demandeur d'asile dans le premier pays européen par lequel il est passé, afin qu'il y effectue cette demande.

Depuis la mise en place du système européen de prise d'empreintes digitales Eurodac, les autorités britanniques ont la possibilité de savoir si une personne a déjà été arrêtée ou a effectué des démarches administratives dans un autre pays européen. Ainsi, une prise d'empreintes sur le territoire français peut signifier pour les personnes migrantes l'impossibilité de voir leur demande d'asile acceptée au Royaume-Uni.

Après la fermeture de ce centre, Médecins du Monde a organisé des consultations médicales auprès des migrants présents dans la ville de Calais, jusqu'à l'ouverture de la Pass en 2006, puis a créé des cliniques mobiles qui se sont déplacées dans différents lieux de vie des migrants dans le Dunkerquois. À ces activités médicales s'ajoutent les distributions ponctuelles de matériel de survie réalisées en inter-associatif après la destruction de campements ou pendant la période hivernale.

Par ailleurs, l'équipe a développé des activités de construction d'abris et de sanitation : accès à un point d'eau, construction de latrines, douches... La première citerne d'eau a été installée sur un terrain appartenant au port autonome de Dunkerque en juillet 2010. La citerne a été démantelée quelques jours après son installation, le 31 juillet, et, ironie du sort, 3 jours après la déclaration de l'ONU reconnaissant l'accès à l'eau potable comme « *un droit fondamental, essentiel au plein exercice du droit à la vie et de tous les droits de l'homme*⁵⁰ ». Un droit fondamental qui n'est pas respecté en France...

(50) Assemblée générale des Nations unies du 28 juillet 2010 – A/64/L.63/Rev.1.

En 2010, l'équipe a assuré 1 772 consultations médicales sur 3 sites (Téteghem, Loon-Plage, Grande-Synthe) lors de 152 interventions. Étant donné les caractéristiques de la population bénéficiaire (multiples nationalités, situations administratives précaires, turn-over des migrants, présence de passeurs) et le caractère mobile des interventions, il est très difficile d'établir une file active des patients.

Les consultations ont été principalement effectuées auprès d'hommes. Toutefois, 6 % des consultations ont concerné des femmes. Il s'agit d'une population extrêmement jeune, la moyenne d'âge lors des consultations étant de 22,3 ans. La classe d'âge la plus représentée est celle des 15-25 ans, qui représente 62 % des patients reçus en consultation en 2010. 28 % des personnes reçues en consultation étaient mineures. 18 consultations ont été assurées pour des enfants de moins de 5 ans.

Les Afghans (50 %) et les Irakiens (18 %) sont les plus nombreux. Sont ensuite rencontrées des populations iraniennes (16 %) et vietnamiennes (7 %). Durant l'été 2010, des populations érythréennes, soudanaises ou encore palestiniennes étaient présentes sur le campement de Téteghem.

Les principales pathologies diagnostiquées relèvent essentiellement de la dermatologie (27 %), des troubles ORL (25 %), ostéoarticulaires (13 %), gastro-entérologiques (11 %), de traumatismes (9 %), et de problèmes dentaires et stomatologiques (8 %). 156 cas de gale ont été rencontrés.

L'équipe relate l'accompagnement à l'hôpital d'un jeune couple kurde et de leur bébé de 11 mois en plein mois de décembre.

« S'ILS DEVIENNENT
VRAIMENT MALADES,
ILS REVIENDRONT »



La famille est connue des associations. Ils sont dans la « jungle » depuis quelques mois. Un hébergement leur a été proposé à plusieurs reprises mais ils ont toujours refusé.

Nous les retrouvons sur le terrain de Téteghem le jeudi 2 décembre. Ils arrivent à la fin de la distribution et des consultations médicales. Ils ont tenté de passer en Angleterre dans la nuit mais se sont fait arrêter par la police. On nous avait dit que le bébé et la maman étaient malades mais ils ne souhaitent pas voir le médecin. Une fois de plus, la solution d'hébergement à Emmaüs est proposée. Compte tenu du froid et de la neige, la famille accepte finalement.

Emmaüs est d'accord pour les accueillir immédiatement. Ils y sont donc conduits directement après l'intervention. Ils sont installés provisoirement dans une caravane, désertée le jour même par une autre famille. Le chauffage et la lumière ont quelque peine à se mettre en route et les débris de la famille précédente jonchent le sol. Néanmoins, la famille a l'air heureuse d'être arrivée là, surtout après avoir vu les sanitaires et appris qu'ils auraient également à manger.

Nous les revoyons le lendemain. Ils sont malades tous les trois, nous les accompagnons vers les urgences de l'hôpital.

À l'hôpital, la personne de l'accueil hésite à inscrire toute la famille, quand elle comprend que les parents veulent également consulter. Elle fait des allers et retours auprès de l'infirmière d'accueil pour avoir confirmation. La famille ne comprend pas ce qui se passe et pense qu'ils ne seront pas reçus.

Insistance dans les questions et commentaires sur la situation des parents : « On ne sait pas si c'est son vrai père, ils n'ont pas le même nom », « en plus ils ne sont même pas mariés ». L'infirmière d'accueil n'hésite pas à partager ses commentaires avec ses collègues devant les personnes.

Le bébé est néanmoins rapidement et très bien pris en charge par le service des urgences pédiatriques. Le médecin et les infirmières ont le souci d'expliquer le problème de santé et de rassurer la famille. Elles prévoient également un repas pour les trois personnes. Le pédiatre appelle un interprète kurde pour bien expliquer la situation à la famille et comprendre les demandes des parents.

Le bébé a une angine et ne nécessite pas d'hospitalisation, seulement une mise sous antibiotiques.

Pour la remise de traitement, nous avons quand même dû rappeler à l'infirmière que les médicaments devaient être fournis par l'hôpital avec le dispositif Pass, ce qui a été fait.

La prise en charge des parents a été beaucoup plus compliquée. La maman part faire une radio pulmonaire. Entre-temps, le médecin des urgences nous appelle pour se plaindre de cette orientation. Il ne comprend pas pourquoi ces personnes sont là et déplorent qu'elles

ne parlent ni français, ni anglais. Il vient ensuite dans la chambre pour annoncer que la mère n'a aucune pathologie (mais il ne lui adresse pas un mot) et qu'il ne verra pas le père en consultation. Apparemment, ce dernier aurait dit à l'interprète par téléphone que seuls sa femme et son enfant étaient malades. Pourtant nul besoin de parler kurde pour comprendre qu'il veut lui aussi voir un médecin. Entre-temps son dossier d'admission a été annulé.

Il ne parle pas au couple pendant l'entretien mais n'hésite pas à donner son avis personnel : « De toute façon, ce monsieur dit n'importe quoi, regardez-les, ils n'ont rien, je suis sûr qu'ils veulent juste un hébergement. » Malgré notre insistance, le médecin refuse de voir le patient. Celui-ci en a assez et nous fait signe que ce n'est pas grave, qu'on peut partir. Le père n'aura pas été reçu en consultation. La réponse du médecin : « S'ils deviennent vraiment malades, ils reviendront. » »



© Diane Grimonet

QUEL ACCÈS

À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS ?

QUELS SONT LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES RENCONTRÉES ?

Le passage à Médecins du Monde pour les personnes en situation de grande vulnérabilité est l'occasion, sinon de réaliser un bilan de leur état de santé, du moins de faire le point sur les mesures de prévention ou les orientations à mettre en œuvre, notamment dans les domaines de la couverture vaccinale, des statuts sérologiques et des éventuelles dépendances ou consommations de substances psychoactives. ■

Le passage à Médecins du Monde pour les personnes en situation de grande vulnérabilité est l'occasion, sinon de réaliser un bilan de leur état de santé, du moins de faire le point sur les mesures de prévention ou les orientations à mettre en œuvre, notamment dans les domaines de la couverture vaccinale, des statuts sérologiques et des éventuelles dépendances ou consommations de substances psychoactives. Les consultations sont également l'occasion d'aborder le sujet sensible des violences vécues. Rappelons cependant que la majorité des patients ne sont vus qu'une seule fois en consultation médicale dans les Casos et qu'il est difficile à la fois de faire le tour des problématiques de santé et d'aborder la prévention, tout en répondant à l'urgence médicale et/ou sociale. En 2010, 62 % des patients ne sont venus qu'une seule fois consulter le médecin.

L'ÉTAT DES VACCINATIONS DANS UN CONTEXTE DE RÉSURGENCE DE LA ROUGEOLE EN POPULATION GÉNÉRALE ET DE RISQUES ÉLEVÉS DE TUBERCULOSE LIÉS AUX CONDITIONS DE VIE

LES POINTS ESSENTIELS

- > **Le taux de couverture vaccinale des patients est globalement faible avec, selon les vaccins, 28 à 44 % des personnes qui peuvent être considérées comme à jour des principaux vaccins obligatoires ou recommandés.**
- > **Ce taux de couverture est plus faible parmi les patients étrangers et diminue fortement avec l'âge, quelle que soit la nationalité. Les patients rencontrant des difficultés de logement ont un niveau de couverture vaccinale plus faible.**
- > **Chez les enfants (de moins de 15 ans), le niveau de vaccination est meilleur que chez les adultes. Cependant, une sous-vaccination est également observée parmi les enfants étrangers et en cas de difficultés de logement.**
- > **Une enquête spécifique sur la vaccination des populations roms montre que leur couverture vaccinale est encore plus faible : seuls 8 % des Roms interrogés ont un carnet de santé confirmant que leurs vaccins sont réellement à jour.**
- > **92 % des Roms interrogés déclarent avoir été vaccinés un jour mais sans savoir contre quoi ni si les rappels ont été correctement effectués.**
- > **Les personnes interrogées ont très majoritairement déclaré leur intention de rattraper le calendrier vaccinal (91 %), mais elles restent mal informées sur les lieux où se faire vacciner.**

Depuis 2008, une épidémie de rougeole en population générale sévit en France. Au total, plus de 20 000 cas ont été déclarés dans la métropole du 1^{er} janvier 2008 à juin 2011.

Les données disponibles montrent que les taux d'incidence en 2010 ont plus que triplé chez les moins de 1 an, et ont augmenté de près de 5 fois chez les adultes de 20 ans et plus par rapport à 2009, avec des taux d'hospitalisation à

38 % pour les bébés et 46 % pour les jeunes adultes. Cela est très préoccupant car les complications (neurologiques ou pulmonaires notamment) sont plus fréquentes et sévères dans ces groupes d'âges.

À la mi-juin de 2011 et depuis le début de l'épidémie, 14 complications neurologiques, 444 pneumopathies graves et 6 décès ont été notifiés⁽⁵¹⁾.

(51) InVS, « *Épidémie de rougeole en France* », actualisation des données au 24 juin 2011.

L'épidémie de rougeole ne s'est pas uniquement répandue en France, la majorité des pays européens ont également été touchée, certains de manière plus importante que les autres.

Au total, ce sont 30 367 cas de rougeole reportés pendant l'année 2010, dont la plupart déclarés en Bulgarie, avec plus de 24 000 cas et 24 décès⁵².

La rougeole est une des maladies infectieuses les plus contagieuses. Il existe un vaccin efficace... mais est-il accessible pour les populations les plus défavorisées ?

La diffusion du virus est la conséquence d'un niveau insuffisant et hétérogène de la couverture vaccinale.

L'épidémie touche toute la population, quel que soit le milieu social, mais les populations en situation de précarité sont plus particulièrement exposées car moins vaccinées et n'ayant qu'un accès limité aux soins. Leurs conditions de vie entraînent en outre un risque important de complications médicales.

Selon l'OMS, dans tous les pays, y compris la France, la grande majorité des cas se sont produits « *chez des personnes qui ne s'étaient pas fait vacciner pour des raisons philosophiques, ou chez des personnes d'origine rom et des groupes de populations immigrées, qui n'avaient pas nécessairement accès aux services de vaccination. Les autres populations susceptibles de ne pas avoir accès à ces services sont les populations géographiquement éloignées, déplacées ou socialement ou économiquement marginalisées.* »^{53 54}

Parmi les personnes en situation de précarité, les Roms sont encore plus touchés par cette épidémie car, à l'exclusion du système de soins, s'ajoutent la difficulté de se rendre dans des centres de vaccination et les ruptures de campagnes vaccinales, de traitements ou de suivis liées aux expulsions.

Les autorités sanitaires du Nord-Pas-de-Calais ont enquêté sur la proportion de la population rom touchée par l'épidémie : 122 cas ont été rapportés entre le 26 janvier et le 18 juin 2010, dont près de 50 % de Roms. Cela est clairement favorisé par une couverture vaccinale insuffisante. En effet,

aucun des cas rapportés n'avait reçu une vaccination complète de deux doses contre la rougeole : 63 (48 %) n'étaient pas vaccinés, 15 (11 %) avaient reçu une seule dose de vaccin. Le statut vaccinal était inconnu pour 53 cas (41 %), dont les deux tiers appartenaient à la communauté rom⁵⁵.

S'agissant de la tuberculose, en 2009, le nombre de cas déclarés en France était de 5 276, soit 8,2 cas/100 000 habitants. Si l'incidence nationale de la tuberculose est peu élevée, il subsiste des zones géographiques présentant des risques plus élevés. L'Île-de-France et la Guyane sont les régions avec les plus forts taux de déclaration, respectivement 15,8/100 000 habitants et 23,9/100 000 habitants. Les départements avec les taux de déclaration les plus élevés restent la Seine-Saint-Denis (30,3/100 000) et Paris (23,4/100 000)⁵⁶.

La tuberculose touche essentiellement les personnes en situation de précarité et/ou migrants originaires de pays où la maladie existe à l'état endémique. Les facteurs de risque les plus importants sont liés aux conditions de vie et d'accès aux soins.

Rappelons que l'obligation vaccinale contre la tuberculose est suspendue depuis 2007 mais demeure fortement recommandée pour les enfants et adolescents considérés à risque⁵⁷. Les personnes à risque sont celles répondant à au moins l'un de ces critères :

- nées dans un pays à forte endémie tuberculeuse⁵⁸ ;
- au moins un des parents originaire d'un pays à forte endémie ou en contact régulier avec un adulte originaire de l'un de ces pays ;
- enfants résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- conditions de logement ou socioéconomiques défavorables ;
- antécédents familiaux de tuberculose.

Les populations roms sont particulièrement exposées. Les expulsions répétées et l'absence de propositions de relogement condamnent les Roms à des conditions de vie extrêmement précaires : ils vivent dans des bidonvilles ou des squats, dans des caravanes délabrées ou des cabanes pour la plupart sans eau et sans électricité. L'absence d'eau potable, de toilettes et de ramassage des déchets sur la majeure partie des terrains engendre des problèmes d'hy-

(52) *Measles surveillance annual report 2010*, EUVAC.net

(53) OMS, Semaine européenne de la vaccination, « *Les sept raisons essentielles pour que la vaccination reste une priorité dans la région européenne de l'OMS* », mars 2010.

(54) D'autres études menées en Bulgarie ou en Roumanie montrent que l'épidémie a touché quelques poches de populations vulnérables, notamment la population rom, du fait de leur migration, d'un retard ou d'un manque d'utilisation des services de vaccination.

* Marinova L., Muscat M., Mihneva Z., Kojouharova M. « *An update on an ongoing measles outbreak in Bulgaria* », April–November 2009. Euro Surveill. 2009;14(50):pii=19442. Disponible sur : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19442>

* Stanescu. A., Muscat M., Romanluc A., Pipirigeanu R., Lupulescu E., Necula G., Lazar M., Molnar G., Pistol A. « *Spotlight on measles 2010: An ongoing measles outbreak in the district of Neamt, Romania* », August–September 2010 Eurosurveillance 2010;15(40)

(55) Cire Nord InVS – Point épidémiologique en Nord-Pas-de-Calais ; Surveillance épidémie rougeole, point de situation au 18/06/2010.

(56) InVS, « *Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009* », BEH n°22, 7 juin 2011.

(57) InVS, « *Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique* », BEH n°10-11, 22 mars 2011.

(58) Les zones à risques sont l'ensemble des continents africain et asiatique, l'Amérique centrale et du Sud, l'Europe de l'Est et l'Europe centrale et certains pays de l'Union européenne (Roumanie, Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal).

giène avec des pathologies dermatologiques et digestives potentiellement graves (dermatoses infectieuses, surinfections de plaies, parasitoses intestinales, diarrhées...). Les squats ou bidonvilles présentent également de nombreux dangers : incendies, risque d'effondrement, intoxication, saturnisme, etc.

Ces conditions de vie extrêmement précaires exposent par ailleurs la population rom à un fort risque épidémique : tuberculose, coqueluche, rougeole.

En 2010, un programme mené conjointement par le service

de lutte contre les maladies infectieuses du département de Seine-Saint-Denis et Médecins du Monde a permis de repérer un nombre de cas de tuberculose diagnostiquée extrêmement élevé parmi les personnes roms qui ont eu une radiographie pulmonaire : 6 cas pour 240 personnes en Seine-Saint-Denis soit 2,5 % (contre 0,03 % en population générale dans le département)⁵⁹.

Et, comme nous le verrons, la couverture vaccinale est très faible dans cette population.

Quelle est la couverture vaccinale des patients reçus dans les Caso ?

Cette partie de l'analyse aborde l'état des vaccinations des patients reçus dans les Caso.

Sont concernées les vaccinations obligatoires (tétanos, diphtérie, polio) et recommandées (tuberculose).

Un éclairage particulier sera également apporté sur la vaccination contre la rougeole dans le contexte d'épidémie qui sévit en France depuis 2008.

La loi de santé publique de 2004 a préconisé d'atteindre ou de maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés à un horizon quinquennal. L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour contrôler et éliminer les maladies infectieuses.

En population générale, l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour les enfants concernant certaines maladies (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche). Elle doit en revanche être améliorée, en particulier contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B pour les nourrissons, la vaccination contre cette dernière étant toujours nettement insuffisante. Ainsi, pour le ROR, une couverture inférieure à 90 % à 2 ans et autour de 91-93 % à 6 ans est incompatible avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale. Pour les adolescents et les adultes, la couverture vaccinale est toutefois considérée encore comme insuffisante pour

l'ensemble des vaccins. L'objectif est d'améliorer les couvertures vaccinales qui sont insuffisantes, avec un effort tout particulier à l'égard des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B et des adultes en ce qui concerne le tétanos⁶⁰.

Les déterminants socio économiques en lien avec la précarité sont significativement associés à des retards dans le calendrier vaccinal.

Une étude menée chez des enfants de 9 mois à 7 ans consultant dans des services d'urgence pédiatrique à Marseille en 2009-2010 a montré les résultats suivants⁶¹. Alors que seuls 8,9 % des enfants bénéficiant d'une assurance maladie complémentaire avaient un retard de vaccination pour le vaccin DTP, les enfants non scolarisés, ceux dont les parents parlaient mal ou pas le français, ceux qui vivaient en caravane ou en squats, ou ceux bénéficiant de l'AME ou qui n'avaient aucune assurance maladie française, présentaient un retard significatif pour ce vaccin. Les enfants de familles sans domicile fixe avaient plus de retard pour le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR).

La couverture vaccinale des patients reçus dans les Caso apparaît globalement faible avec des taux variant de 41 à 45 % pour la diphtérie, le tétanos, la polio, la tuberculose et le ROR

(59) Source : CLAT 93

(60) Rapport de l'état de santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – rapport 2009-2010 :

L'évolution des chiffres de la couverture vaccinale à 24 mois entre 1995 et 2007 montre une excellente couverture vaccinale DTCP (supérieure à 95 % pour 3 doses) et Hib (supérieure à 85 % pour 4 doses), ainsi qu'une couverture par le BCG qui était de 84 % jusqu'en 2004 et qui est en baisse depuis 2005 (78,2 % en 2007). La couverture rougeole est en légère progression, passant de 87 % en 2004 à 90,1 % en 2007. La couverture contre l'hépatite virale B est en franche augmentation (41,9 % en 2007 vs 29 % en 2004).

Pour les enfants de 6 ans, en 2005, la couverture vaccinale par le BCG était excellente, proche de 100 %. On note par ailleurs une amélioration progressive de la couverture ROR depuis 1991, mais sans jamais dépasser le stade de 95 %.

Les dernières données disponibles pour les adolescents (2003-2004) révèlent les taux de couverture suivants : 99,8 % pour le BCG, 80,5 % pour le DTP (au moins 6 doses), 57,4 % pour la coqueluche (au moins 5 doses), 65,7 % pour la rougeole (2 doses), 65,5 % pour la rubéole (2 doses), 61,1 % pour les oreillons (2 doses), et 42,4 % pour l'hépatite B (3 ou 4 doses).

Les adultes considérés comme couverts pour le tétanos, c'est-à-dire vaccinés depuis moins de 15 ans, sont 71,2 %. Pour la poliomyélite, les adultes sont 42 % à être vaccinés depuis moins de 15 ans.

(61) Bouhamam N., Laporte R., Boutin A., Uters M., Bremont V., Noel G., Rodier P., Minodier P. « Couverture vaccinale et couverture sociale des enfants de 9 mois à 7 ans aux urgences pédiatriques à Marseille en 2009-2010 ».

C'est pour l'hépatite B que la couverture est la moins bonne avec un peu moins de 28 % des patients vaccinés.

Pour le dépistage de l'hépatite B, la stratégie adoptée par les équipes a consisté dans la recherche de l'anticorps anti-

HBs, de l'antigène HBs et de l'anticorps anti-Hbc systématique dès la première consultation afin de pouvoir orienter les patients vers les centres de vaccination gratuits pour les patients le justifiant ou vers un bilan complémentaire.

→ UN EXEMPLE DE PARTENARIAT ENTRE UN CASO ET UN CENTRE DE VACCINATION

Au Caso de Paris, un des objectifs de 2009 dans le cadre du programme de prévention avait été la mise en place d'une proposition systématique de vaccination contre l'hépatite B pour tous les patients le justifiant.

En 2010 a été mis en place un partenariat entre le Caso et le centre de vaccination Charles-Bertheau, centre médical et social de la ville de Paris.

Sur les 1 244 dépistages de l'hépatite B effectués au Caso en 2010, 510 patients, soit 41 % d'entre eux, justifiaient d'une orientation vers une vaccination.

Au retour des résultats des sérologies au Caso, un sticker est apposé dans le cas où il faut proposer au patient une orientation vers la vaccination.

Ainsi, 365 patients ont été orientés vers le centre de vaccination Charles-Bertheau, soit 71,6 % de ceux qui le nécessitaient. Un certain nombre de patients n'étant pas revenus au Caso chercher leurs résultats, le pourcentage d'orientations pourrait être plus important. Un courrier est remis au patient pour le centre de vaccination et le centre renvoie au médecin du Caso un compte-rendu après la première vaccination. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010, le Caso a reçu 90 comptes-rendus pour 365 rendez-vous pris, soit 24,6 %. Ce taux sous-estime probablement le pourcentage de patients réellement vaccinés, car certains patients oublient le courrier servant de feuille de liaison lors de leur rendez-vous.

Nous allons travailler à l'amélioration de ce partenariat en 2011.

La couverture vaccinale est toutefois « meilleure » chez les enfants et atteint 65 % pour la coqueluche (tableau 24).

L'interprétation de ces résultats est délicate compte tenu des

taux de réponses à ces items, malheureusement toujours aussi faibles⁶², ainsi que de la part non négligeable des statuts vaccinaux inconnus.

Tableau 24 : État des vaccinations des patients de MdM (% en ligne)

	A jour*		Pas à jour		Ne sait pas	
	%	n	%	n	%	n
Tétanos	43,7	3 691	26,7	2 257	29,6	2 502
Diphtérie/Polio	41,5	3 434	27,6	2 289	30,9	2 556
BCG	45,2	3 534	22,8	1 782	32,0	2 496
Hépatite B	27,6	2 051	34,2	2 541	38,2	2 841
Rougeole/Oreillons/Rubéole**	41,8	1 331	24,3	772	33,9	1 080
Coqueluche/Haemophilus***	65,0	416	14,8	95	20,2	129

* Sont considérés comme à jour de leurs vaccinations les patients pouvant présenter un carnet de vaccinations ou les personnes pour lesquelles les infirmiers ou les médecins ont de bonnes raisons de penser que leurs vaccins sont à jour

** Analyse limitée aux patients de moins de 30 ans

*** Analyse limitée aux enfants de moins de 15 ans

(62) Taux de réponses ROR : 28,3 % ; Coqueluche : 26,0 % ; Tétanos : 30,0 % ; Diphtérie/polio : 29,4 % ; BCG : 27,7 % ; Hépatite B : 26,4 %.

Une analyse de la couverture vaccinale contre la tuberculose et la rougeole selon les caractéristiques des patients est proposée dans les tableaux 25 et 26. Les mêmes associations peuvent cependant être observées pour les autres types de vaccination.

Le premier constat que l'on peut faire est que la vaccination par le BCG est beaucoup plus fréquente parmi les Français. Chez les étrangers, le taux de couverture vaccinale est plus important chez les femmes et décroît fortement avec l'âge pour ne concerner que 1 patient sur 4 au-delà de 60 ans. On peut également noter que les difficultés de logement sont associées à une plus faible couverture vaccinale. On constate enfin que la part des patients vaccinés augmente avec la durée de résidence en France pour décroître ensuite au-delà de 3 ans de présence sur le territoire. Ces

évolutions témoignent probablement d'un phénomène de rattrapage de la vaccination au fur et à mesure que la durée de séjour en France se prolonge, phénomène qui ensuite est gommé par l'effet de l'âge (les personnes qui comptent les durées de résidence les plus longues sont également celles qui sont les plus âgées), qui comme nous l'avons vu est fortement associé à une faible couverture vaccinale.

L'analyse chez les patients français retrouve globalement les mêmes associations selon le sexe, l'âge et le logement, mais atténuées en raison des effectifs plus faibles.

Il est à noter également que les enfants de moins de 7 ans sont globalement mieux vaccinés lorsqu'ils sont suivis par les services de PMI (84 % sont vaccinés contre la tuberculose contre 64 % pour les enfants non suivis).

Tableau 25 : Variations de la couverture vaccinale contre la tuberculose selon les caractéristiques des patients

	Patients étrangers			Patients français		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients vaccinés BCG	43,5			64,2		
Sexe						
Hommes	40,4	réf		62,2	réf	
Femmes	47,9	1,3	***	67,7	1,2	
Âge						
Moins de 20 ans	63,9	réf		82,8	réf	
20-39 ans	42,3	0,4	***	64,4	0,4	**
40-59 ans	39,3	0,4	***	58,0	0,3	***
60 ans et plus	24,7	0,2	***	42,4	0,2	***
Logement						
Stable	46,9	réf		62,1	réf	
Hébergés (organisme ou association)	42,7	0,7	***	61,5	1,2	ns
Précaire	43,4	0,9	*	66,7	1,1	ns
Sans domicile fixe	36,4	0,7	***	64,5	1,2	ns
Durée de résidence en France						
Moins de 3 mois	41,3	réf		----	----	----
3 mois à 1 an	45,8	1,2	**	----	----	----
1 an à 3 ans	46,1	1,3	**	----	----	----
3 ans à 10 ans	42,8	1,2	ns	----	----	----
10 ans et plus	36,2	1,0	ns	----	----	----

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité d'être vaccinées contre la tuberculose parmi les femmes étrangères est multipliée par 1,3 (OR significatif p < 0,001) par rapport aux hommes étrangers, toutes choses égales par ailleurs.

En ce qui concerne la rougeole, 42 % environ des patients de moins de 30 ans reçus dans les Caso sont à jour de la vaccination ROR, avec, comme pour les autres vaccins, des variations sensibles de la couverture vaccinale selon les caractéristiques des patients (tableau 26).

On retrouve ainsi un taux de couverture vaccinale nettement

plus élevé parmi les Français et toujours des difficultés vis-à-vis du logement étroitement associées à une sous-vaccination, tout particulièrement parmi les sans-domicile fixe et les personnes en logement précaire. Au-delà de 15 ans, le taux de couverture vaccinale est quasiment divisé par 2.

Tableau 26 : Variations de la couverture vaccinale contre la rougeole selon les caractéristiques des patients (analyse limitée aux patients de moins de 30 ans)

	Patients vaccinés contre la rougeole		
	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients de moins de 30 ans	41,8		
Sexe			
Garçons	38,7	réf	
Filles	45,8	1,3	**
Âge			
Moins de 7 ans	64,0	réf	
8 à 15 ans	67,5	1,1	ns
16 à 23 ans	36,8	0,3	***
24 à 29 ans	33,0	0,3	***
Nationalité			
Français	69,8	réf	
Étranger	39,0	0,3	***
Logement			
Stable	50,6	réf	
Hébergés (organisme ou association)	48,2	0,8	*
Précaire	35,3	0,6	***
Sans domicile fixe	37,8	0,7	**

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité d'être vaccinés contre la rougeole parmi les patients de moins de 30 ans sans domicile fixe est multipliée par 0,7 (OR significatif p<0,01) par rapport aux patients disposant d'un logement stable, toutes choses égales par ailleurs.

➔ MÉDECINS DU MONDE INTERVIENT AUPRÈS DES ROMS DEPUIS 1992

Depuis les années 1990, une partie des Roms quittent leur pays d'origine pour fuir la discrimination raciale et la misère. En France, ils ne parviennent pas à se soustraire à des conditions indignes d'existence, vivant en bidonvilles ou dans des squats, sans eau, sans électricité. Ils font désormais l'objet de mesures expressément ciblées de la part de l'État, de démantèlements de leurs lieux de vie et d'expulsions du territoire, ayant suscité en 2010 indignations et condamnations, au-delà de nos frontières : comité contre le racisme de l'ONU, Conseil de l'Europe, Commission européenne, Parlement européen, autorités religieuses, nombre d'ONG...

Le Haut Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme a déclaré que « la politique de la France ne peut qu'exacerber la stig-

matisation des Roms et l'extrême pauvreté dans laquelle ils vivent »⁶³. La Commission européenne avait annoncé en septembre 2010 son intention de lancer une double procédure d'infraction contre la France pour sa politique, qualifiée de « honte », allant à l'encontre de la directive européenne sur la libre circulation et de la Charte des droits fondamentaux en matière de non-discrimination⁶⁴.

■ Contexte de la migration et conditions de vie

En France, les premiers Roms roumains se sont installés à Nanterre au début des années 1990, où 900 personnes se sont retrouvées sur un terrain en friche, sans eau, sans électricité et dans des conditions de vie déplorables. Ces arrivées correspondent pour l'essentiel à une

(63) Discours de la Haut Commissaire des Nations Unies aux Droits de l'homme, Navy Pillay, le 13 septembre 2010.

(64) Discours de la vice-présidente de la Commission européenne responsable de la justice, des droits fondamentaux et de la citoyenneté, Viviane Reding, le 14 septembre 2010.

migration économique liée aux très grandes disparités de niveau de vie avec les pays d'Europe de l'Est, accentuées, dans le cas des populations roms, par un phénomène de ségrégation. Quant à l'exil des Roms d'ex-Yougoslavie, il fait suite aux persécutions subies depuis la guerre dans cette région.

La migration de ces familles ne traduit en rien un mode de vie itinérant. Si elles se déplacent en France, c'est généralement sous la pression des expulsions. Si elles retournent périodiquement dans leur pays, c'est comme d'autres migrants pour faire vivre des liens d'appartenance (visites à la famille, fêtes...), pour se replier temporairement face au harcèlement policier en France, après une expulsion de leur lieu de vie, ou encore en exécution d'une mesure d'éloignement du territoire.

Les observations des associations et comités de soutien estiment que le nombre de Roms est stable depuis plusieurs années, de l'ordre de 10 000 à 15 000 personnes sur l'ensemble du territoire.

Avec l'adhésion à l'Union européenne au 1^{er} janvier 2007 de la Roumanie et de la Bulgarie, dont sont originaires la très grande majorité des Roms présents en France, ceux-ci auraient dû voir leurs droits élargis, en tant que nouveaux ressortissants de l'UE. Tel n'a pas été le cas. En effet, juste avant l'effectivité de l'entrée de ces pays dans l'Union européenne, la France a changé les règles relatives à la régularité du séjour des ressortissants communautaires.

Depuis le début de la construction européenne, la France considérait que les ressortissants d'un pays de l'Union européenne devaient être traités de la même façon que les Français et ne devaient donc pas justifier de la régularité de leur séjour.

Mais la loi du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration a changé la donne en introduisant des conditions strictes de droit au séjour pour les communautaires. Ce changement a été justifié par le gouvernement par la nécessité de transposer la directive européenne du 29 avril 2004⁶⁵.

Depuis cette loi, si les ressortissants communautaires continuent de bénéficier de la liberté de circulation, qui reste encore un principe fondamental, leur droit au séjour au-delà de 3 mois de présence en France est subordonné à la condition de disposer d'un emploi, d'être étudiant ou de disposer d'une assurance maladie et de ressources suffisantes. Mais l'accès à l'emploi des Roumains et des Bulgares reste difficile et très encadré durant la période transitoire prévue par le traité d'adhésion de ces deux pays. Cette période, à laquelle la France peut mettre fin à tout moment, devra expirer au plus tard fin 2013. Les ressortissants roumains et bulgares doivent solliciter une autorisation de travail auprès du ministère du Travail et les employeurs doivent payer une taxe à l'Ofii qui peut s'élever à près de 900 euros, exigences qui bloquent concrètement l'accès au marché du travail.

Ainsi, s'ils sont présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs (car sans emploi autorisé) et sans ressources, les ressortissants de l'Union européenne se retrouvent en situation irrégulière au regard du droit au séjour. À ce titre, ils ne peuvent plus obtenir la CMU

comme c'était le cas avant 2007 (pour mémoire, l'accès à l'assurance maladie et à la CMU complémentaire requiert, pour les non-Français, d'être en séjour régulier), **mais relèvent de l'aide médicale de l'État, avec ses difficultés d'accès largement énoncées dans le rapport.**

L'accès des Roms aux autres droits sociaux est, de plus, très limité. Ainsi, certaines communes leur dénie toute appartenance au territoire communal du fait de leur « mobilité », liée aux expulsions fréquentes, et du fait de l'occupation illégale des terrains et squats où ils se réfugient. Du coup, il est fréquent que les CCAS n'assurent pas leur mission de domiciliation : plus des deux tiers des personnes rencontrées par les équipes de MdM sur les terrains roms n'ont pas de domiciliation pour l'obtention de l'AME, et ceux qui en ont une l'ont le plus souvent obtenue auprès d'une association.

De même, la scolarisation des enfants est loin d'être la règle. Le Collectif national droits de l'homme Romeurope⁶⁶ estime que le nombre d'enfants roms âgés de 6 à 16 ans en France se situe entre 5 000 et 7 000 et que moins de 10 % d'entre eux sont scolarisés. À Marseille, par exemple, sur 600 enfants roms de 6 à 16 ans, seuls 20 étaient effectivement scolarisés au cours de l'année scolaire 2008-2009⁶⁷. Concrètement, les Roms s'établissent sur des territoires en retrait : entrepôts, immeubles abandonnés, terrains vagues, friches, chemins de campagne, bordures de forêts. Ils vivent dans des caravanes délabrées ou des cabanes, sans eau ni électricité, avec des risques importants d'incendies du fait de moyens de chauffage de fortune, et subissent les rigueurs du climat et de l'environnement immédiat : bruits, odeurs, pollution des sols, etc.

■ Actions de Médecins du Monde en 2010

Médecins du Monde intervient depuis 1992 auprès des populations roms installées dans et en périphérie des grandes villes. Aujourd'hui, les équipes mènent des actions à Bordeaux, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg, en région Île-de-France, mais aussi de façon plus ponctuelle à Grenoble, Montpellier, Nancy et Toulouse.

En 2010, les équipes de MdM ont réalisé 7 000 interventions (entretiens de prévention, consultations sociales, soins infirmiers, etc.) auprès de 4 000 personnes et plus de 4 200 consultations médicales ont été assurées.

L'objectif de ces actions est de faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations roms. Cette veille sanitaire vise notamment à la promotion de la santé et l'accès à la vaccination et à la santé materno-infantile. Elle permet de sensibiliser et d'informer les personnes sur l'existence et le fonctionnement des structures de soins de droit commun.

MdM oriente les familles vers les structures sociales et sanitaires et aide à la scolarisation des enfants (sensibilisation, démarches administratives et vaccination). Enfin, l'association effectue également des démarches auprès des communes pour améliorer les conditions d'hygiène sur les terrains (ramassage des ordures, accès à l'eau...) et pour trouver des solutions de logements adaptés et pérennes.

(65) Loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration, qui transpose la directive n° 2004/38/CE du 29 avril 2004 relative aux droits des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres.

(66) Médecins du Monde est à l'origine et fait partie du Collectif national droits de l'Homme Romeurope, qui a pour objectif d'améliorer l'accès aux droits fondamentaux des Roms migrants sur le territoire français et de lutter contre les discriminations et violations des droits de l'homme dont ils sont victimes sur le territoire français : www.romeurope.org

(67) Romeurope, « La non-scolarisation en France des enfants roms migrants », étude sur les obstacles à la scolarisation des enfants roms migrants en France, février 2010.

Quelle est la couverture vaccinale des populations roms rencontrées par Médecins du Monde ?

Les données recueillies par les équipes de Médecins du Monde auprès des familles roms, au travers de leurs consultations de veille sanitaire, permettent d'avoir une connaissance de la couverture vaccinale des populations rencontrées par l'association, malgré de très nombreuses données manquantes. Si l'on se réfère aux données recueillies en Île-de-France, à Marseille, à Nantes et à Strasbourg en 2009⁶⁸, la couverture vaccinale pour l'ensemble de la population est d'environ 24 % pour le DTaP-Coq⁶⁹, 12 % pour le Hib⁷⁰, 14 % pour l'hépatite B et 20 % pour le BCG.

Parmi les enfants de moins de 7 ans, elle est d'environ 30 % pour le DTaP-Coq, 20 % pour le Hib, 20 % pour le VHB et 25 % pour le BCG.

Ces estimations présument d'une couverture vaccinale très faible, mais restent imprécises en raison du nombre important de données manquantes (qui varie entre 70 et 80 % selon les vaccins et les âges).

Même imprécis, le taux de couverture vaccinale des populations roms rencontrée par MdM reste nettement inférieur au taux de couverture vaccinale de la population générale, comme indiqué plus haut dans ce rapport.

Médecins du Monde a souhaité mettre en place une enquête spécifique auprès des familles roms rencontrées par les équipes afin d'évaluer aussi précisément que possible leur couverture vaccinale, pour tous les vaccins obligatoires ou recommandés, notamment le ROR et le BCG, dans le contexte actuel d'épidémie de rougeole en population générale et de forte prévalence de la tuberculose dans cette population. Il s'agit en outre d'identifier les causes et facteurs de risque de non-vaccination⁷¹.

L'enquête s'est déroulée à Nantes, de juillet 2010 à novembre 2010, puis à Strasbourg en avril 2011, et enfin à Bordeaux en mai et juin 2011. L'équipe de Marseille a, quant à elle, démarré l'enquête en mars 2011, mais n'a pas pu poursuivre⁷².

Elle a eu lieu sur 16 terrains différents auprès d'une centaine de familles, quasiment toutes originaires de Roumanie. Des familles originaires de Bulgarie ont été rencontrées sur deux terrains de Bordeaux.

Le nombre de familles et de personnes vivant sur les ter-

rains est variable d'un lieu à l'autre : d'une famille de quatre personnes à Strasbourg à des terrains avec plus d'une centaine de personnes à Marseille.

Tous les terrains étaient déjà connus par les équipes de Médecins du Monde, ce qui a permis de faciliter le travail d'enquête.

Les équipes avaient pour consigne de proposer l'enquête à toute personne de moins de 30 ans (population cible de la vaccination contre le ROR). Elles ont parfois rencontré des difficultés pour repérer toutes les personnes pouvant être incluses dans l'enquête. Elles ont par ailleurs été confrontées à une trentaine de refus de personnes de répondre au questionnaire : par incompréhension, sentiment d'inutilité de l'enquête, ne se sentant pas directement concernées ou par manque de temps.

Les questionnaires ont été passés par un binôme, médecin et interprète, voire pour certains par un trinôme, avec une personne aidant à la coordination de l'enquête sur le terrain (solicitation des familles, tenue du registre...). L'enquête a occasionné 28 déplacements spécifiques des équipes. En effet, il n'était pas prévu de consultation médicale ou autre activité durant les sorties consacrées à l'enquête.

Certaines questions liées à la situation administrative, comme les dates d'entrée en France, ont parfois suscité des inquiétudes. La présence de l'interprète pour expliquer l'intérêt de chacune des questions et adapter les questions au niveau de compréhension des personnes a été d'une aide extrêmement précieuse.

Au total, 281 personnes ont été interrogées, dont 99 à Nantes, 93 à Bordeaux, 70 à Strasbourg et 19 à Marseille.

Les résultats de l'enquête confirment que, si une majorité de personnes ont probablement été vaccinées un jour, les données objectives restent difficilement vérifiables, voire indisponibles.

Bien moins de la moitié des personnes interrogées (38,5 %) disposaient d'un carnet de santé au jour de l'enquête.

Parmi les personnes qui possédaient un document (attestation, carnet...), les intervenants de MdM ont estimé que le calendrier vaccinal était à jour pour seulement 25 % d'entre elles, s'agissant des vaccins obligatoires et fortement recommandés.

(68) Données 2009 recueillies lors du premier contact avec les personnes, *a priori* sans que l'équipe ait effectué la vaccination.

(69) Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche.

(70) *Haemophilus Influenzae* de type b.

(71) Le rapport complet est disponible sur le site de Médecins du Monde à la rubrique publications www.medecinsdumonde.org

(72) Les équipes d'Île-de-France et de Lyon n'ont pas pu participer à cette enquête spécifique sur la couverture vaccinale.

De façon générale, pour l'ensemble des personnes interrogées (avec ou sans carnet de santé), les intervenants de MdM ont pu s'assurer que le calendrier vaccinal était à jour pour seulement 8 % d'entre elles.

Pour les personnes pour lesquelles l'information a pu être vérifiée, le taux de couverture vaccinale reste globalement satisfaisant pour le seul vaccin obligatoire, le DTP (près de 90 %), à l'exception des petits de moins de 2 ans, qui ne sont pas plus de 71 % à être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Mais les taux de couverture vaccinale sont bien moindres contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR : 55 % à jour), l'*haemophilus* (52 %), la tuberculose (42 %), le pneumocoque (13 %), le méningocoque (4 %), ou les hépatites (Hép B : 47 % ; Hép A : 0 %). S'agissant du BCG contre la tuberculose, si les petits de moins de 2 ans sont « relativement » mieux vaccinés (65 %), les plus âgés le sont nettement moins souvent (autour de 35 %). Cette tendance, déjà inquiétante, s'inverse curieusement concernant le ROR, où ce sont les petits (entre 9 mois et 2 ans) qui sont nettement moins vaccinés.

Bon nombre de personnes déclarent avoir été vaccinées dans leur pays d'origine (notamment pour les vaccins obligatoires à la naissance). **Mais, une fois arrivées en France, les personnes ont peu ou pas accès à la vaccination, ce qui conduit à une rupture du suivi vaccinal pour les vaccins dont les rappels sont nécessaires.**

Les enfants suivis en PMI ou scolarisés sont logiquement mieux protégés et de fait vaccinés, mais encore faut-il être suivis en PMI ou scolarisés... Pour rappel, seuls 6 enfants sur 10 en âge d'être scolarisés (entre 6 et 16 ans) le sont effectivement (59 %), et seul un tiers des enfants de moins de 6 ans sont suivis en PMI.

La principale raison de non-vaccination demeure le manque d'information : manque d'information sur les lieux où faire vacciner ses enfants, sur les rappels nécessaires, sur le nombre d'injections, mais aussi sur l'utilité des vaccins. Pour rappel, il s'agissait de familles déjà connues par les équipes de Médecins du Monde, auprès desquelles des entretiens de prévention, des consultations médicales, des accompagnements ont déjà pu avoir lieu.

Cependant, les situations peuvent être différentes d'une ville à l'autre, voire d'un terrain à l'autre, et dépendent de la connaissance et de l'autonomie qu'ont les personnes pour accéder aux structures de prise en charge, notamment aux PMI. Par ailleurs, la présence des associations de soutien sur les lieux de vie joue un rôle important. Nous devons donc supposer que, sur des terrains sans contacts avec des associations de soutien, où les enfants sont nettement

moins scolarisés, la proportion d'enfants vaccinés est beaucoup plus faible.

À la suite de l'enquête, les familles ont été globalement sensibilisées et ont très majoritairement déclaré leur intention de rattraper le calendrier vaccinal (91 %), mais elles restent mal informées sur les lieux où se faire vacciner.

Le temps consacré au questionnaire a permis aux intervenants de MdM de rassurer les personnes concernées, de les resensibiliser à l'intérêt de la vaccination et de réaborder la nécessité de procéder à un rattrapage vaccinal.

Les faibles taux de couverture vaccinale et les freins identifiés imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit avec les principaux services publics concernés (PMI et centres de vaccination). Par des démarches de sensibilisation et de médiation qu'il faut encourager, il s'agit d'informer, d'expliquer, de convaincre, de s'assurer que les messages sont compris et de faciliter l'accès aux services et à la médecine de ville.

L'organisation de campagnes de vaccination sur les lieux de vie, de façon conjointe avec les services publics, permettrait ainsi d'assurer la protection « immédiate » des populations, surtout en période d'épidémie, et d'accéder par la suite plus facilement au système de droit commun. Mais encore faut-il pouvoir garantir la stabilité des populations sur leurs lieux de vie.

Les équipes de MdM témoignent toute l'année d'un nombre important et « régulier » d'expulsions de terrain, avec des conséquences sur la santé et l'accès aux soins.

Ainsi, dans la région lyonnaise, en 2010, l'équipe a recensé 43 expulsions de terrain concernant environ 900 personnes, dont de très nombreux enfants.

En Île-de-France, les équipes témoignent que certaines familles ont subi jusqu'à 9 expulsions de terrain par an. « *Les camps se composent, se décomposent et se recomposent tout le temps.* »

Après chaque expulsion s'accompagnant le plus souvent de la destruction de leurs campements, aucune proposition de relogement n'est faite. État et collectivités locales et territoriales se renvoient la responsabilité.

Ces expulsions à répétition sont lourdes de conséquences sur la santé, l'accès et la continuité des soins :

■ **Elles éloignent les personnes du système de soins.**

Les démarches administratives entamées pour entrer dans le système de soins et les liens tissés avec les professionnels

de santé sont rompus à chaque expulsion. Il devient dès lors difficile d'organiser des actions de soins et de santé publique continues et construites, concernant l'hygiène des terrains, la protection maternelle et infantile, la surveillance postnatale, la vaccination, le dépistage ou encore la délivrance de traitements pour les maladies chroniques.

■ **Elles entraînent des ruptures de soins et des retards de recours aux soins.**

Lors d'une expulsion, dans la précipitation, les personnes ne peuvent prendre leurs affaires : ni médicament ni carnet de santé, ordonnances ou coordonnées des lieux de soins... Les ruptures de traitements sont donc fréquentes et

peuvent engendrer des résistances lors de la reprise des traitements, ce qui est particulièrement préoccupant pour des patients atteints de maladies chroniques ou d'infections telles que la tuberculose.

■ **Elles rendent difficiles la prévention et la lutte contre les épidémies.**

La prévention des épidémies est devenue un sujet permanent de confrontation avec les autorités locales. Car, pour lutter contre une épidémie, il faut déployer des moyens humains et matériels et prévoir un temps de stabilisation indispensable. Or des expulsions ont lieu en cours de traitement ou de campagne de vaccination.

« LES EXPULSIONS SE POURSUIVENT EN TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE »



À Bordeaux, en 2010, alors que MdM menait depuis plusieurs mois une campagne de vaccination contre l'épidémie de rougeole, les occupants de plusieurs terrains couverts ont reçu des OQTF (obligations de quitter le territoire français). À Lyon, une campagne de vaccination avait été menée par MdM de janvier à mars 2011 sur plusieurs terrains. Mais les expulsions qui ont repris à la fin de la trêve hivernale ont dispersé les personnes vaccinées. Les rappels prévus seront donc extrêmement difficiles à réaliser.

En Seine-Saint-Denis, un cap supplémentaire a récemment été franchi avec l'expulsion de personnes malades la veille d'une campagne de vaccination de rougeole.

Une décision prise en toute connaissance de cause : le 19 mai au matin, à la demande du département et de la ville, plus de 450 Roms étaient expulsés d'un terrain situé à Pantin et propriété du conseil général, alors qu'une campagne de vaccination était prévue le lendemain par les équipes de MdM et ... le Département.

Pourtant, il y avait dans ce camp plusieurs cas de rougeole et quatre cas de tuberculose. L'équipe de MdM témoigne : « Lorsque nous avons contacté le service responsable de l'expulsion, ils nous ont dit ne pas être au courant de la situation sanitaire. Pourtant sur les photos prises par les Roms, on peut voir un élu de Pantin ainsi que les CRS avec des masques de protection. » Un « petit cafouillage » selon le conseil général, en réalité une catastrophe en termes de santé publique puisque ces maladies sont contagieuses. Les personnes sont aujourd'hui en errance, donc plus difficiles à localiser.

À Marseille, l'équipe de MdM a lancé au début de juin 2011 une campagne de vaccination sur les lieux de vie des populations roms. L'objectif est d'assurer la protection des populations et de leur permettre d'accéder au droit commun, notamment aux PMI qui ont été associées à la campagne.

En effet, l'épidémie de rougeole a fait réagir les acteurs de la santé publique à Marseille, qui ont répondu positivement à l'interpellation de MdM. L'ARS (agence régionale de santé), le conseil général, et notamment la direction départementale de la protection maternelle et infantile (DDPMI), ont finalement accepté de soutenir la démarche :

approvisionnement en vaccins, appel aux volontaires, opérations conjointes de vaccinations sur site et ouverture plus large et sans rendez-vous des centres de PMI. La campagne de vaccination de MdM se fait donc en lien avec les acteurs régionaux de santé publique. Sur les 25 lieux de vie (squats, friches industrielles, hangars, terrains vagues) dans lesquels les équipes de MdM interviennent, la campagne a permis à ce stade la primo-vaccination de 308 personnes sur une vingtaine de sites, majoritairement des enfants, et 26 rappels.

Mais, depuis le démarrage de cette campagne, la quasi-totalité des sites ont déjà faits l'objet d'expulsions. Les demandes de MdM auprès de la Préfecture pour suspendre les expulsions le temps de mener à bien cette campagne restent sans réponse.

Tout le travail de mise en lien avec le droit commun est de fait largement compromis et l'organisation des rappels des vaccins est rendue extrêmement difficile, du fait de l'éclatement des groupes."

LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PATIENTS

LES POINTS ESSENTIELS

- **Les motifs de consultation exprimés par les patients se concentrent autour des troubles respiratoires, digestifs et ostéoarticulaires et de symptômes plus généraux (douleurs, fièvre, asthénie...).**
- **Les diagnostics posés par les médecins, conformément aux motifs de recours, révèlent une nette prédominance des affections respiratoires, essentiellement infectieuses, devant les pathologies digestives et ostéoarticulaires. En bonne place des résultats des consultations figurent des pathologies chroniques telles que l'hypertension artérielle ou le diabète, ainsi que les troubles anxieux, plus souvent repérés par les médecins qu'exprimés par les patients.**
- **Dans près de 45 % des consultations (lorsqu'un diagnostic a été posé), les pathologies identifiées nécessitaient une prise en charge des patients à moyen ou long terme (d'au moins 6 mois), le plus souvent pour des problèmes d'hypertension artérielle, de diabète, des troubles psychiques ou encore des situations de grossesse.**
- **Environ 41 % des consultations nécessitaient au contraire un suivi à court terme (inférieur à 6 mois), essentiellement pour des pathologies infectieuses, en particulier respiratoires.**

Les motifs de recours et les résultats de consultation

Les médecins réalisent le recueil des données médicales au moyen d'un outil utilisé depuis plusieurs années : la Classification internationale des soins de santé primaires (CISP).

Cette grille de recueil vise à décrire la totalité de l'épisode de soins et permet de recueillir, au cours d'une même consultation, le ou les motifs de recours des patients ainsi que les affections identifiées par les médecins⁷³.

Les motifs et résultats de consultation seront présentés successivement par appareil, selon les 84 items issus du regroupement, et enfin pour les résultats, selon la durée prévisible de prise en charge des patients.

Les analyses sont réalisées à partir de l'ensemble des consultations médicales délivrées en 2010, soit 38 606 consultations, et s'appuient sur différents dénominateurs selon le type d'analyse (*annexe 1*).

■ Les motifs de recours par appareil exprimés par les patients

Au moins un motif de recours a été codé dans près de 9 consultations sur 10 ; dans 22 % des consultations les patients exprimaient 2 motifs de recours et 3 motifs dans environ 5 % des cas⁷⁴.

L'analyse des différents motifs par appareil (*figure 11*) indique que les personnes consultent en premier lieu pour des troubles respiratoires (18,9 % des recours) et des affections digestives (16,7 %) et ostéoarticulaires (16,3 %).

La catégorie « Générale et non spécifiée » (16,4 % des recours) regroupe des troubles non spécifiques ne pouvant être classés dans les différents appareils. Il peut s'agir notamment de douleurs générales, d'asthénie, mais aussi de certaines maladies infectieuses telles que la rougeole, la rubéole, la tuberculose...

Notons enfin les recours pour troubles psychologiques, qui motivent près de 1 consultation sur 10.

(73) Se référer à l'annexe 1 pour plus de détails. La CISP comporte initialement 680 items (hors procédures de soins) répartis en 17 chapitres (ou appareils) basés sur les systèmes corporels (système digestif, cardiovasculaire, neurologique...).

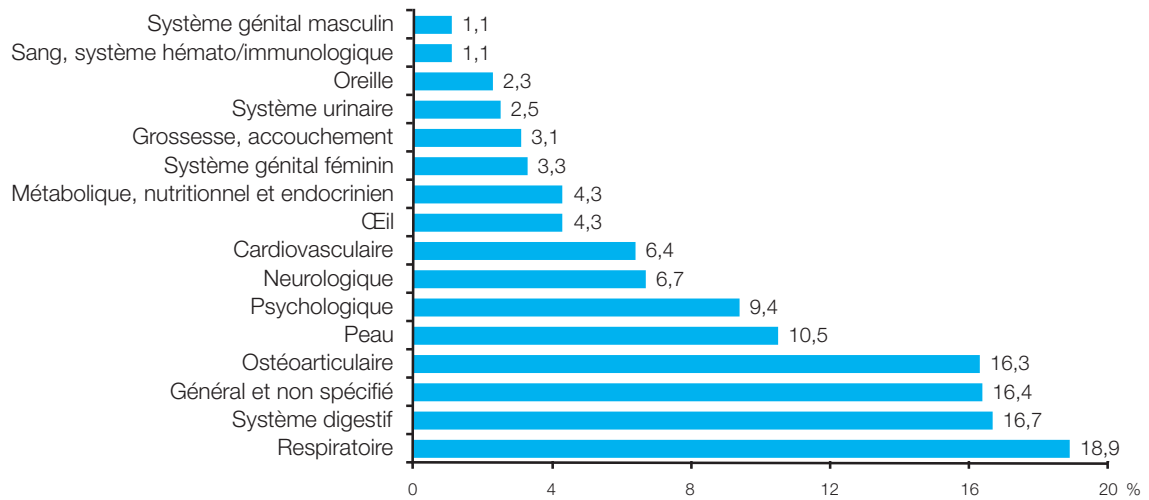
Un groupe de médecins cliniciens et de médecins de santé publique a réalisé en 2006 un travail de regroupement de ces items, permettant de présenter les résultats de façon plus synthétique et d'en faciliter la lecture, réduisant ainsi à 84 le nombre d'items.

Ce même groupe de médecins a enfin classé l'ensemble des pathologies en 3 catégories selon leur durée prévisible de prise en charge :

- moyen ou long terme : durée de prise en charge supérieure à 6 mois ;
- court terme : durée de prise en charge inférieure à 6 mois ;
- indéterminée : durée de prise en charge indéterminée.

(74) Taux de réponses Motifs de recours : 88,5 %.

Figure 11 : Répartition des motifs de recours par appareil



■ Les résultats de consultation par appareil, observés par les médecins

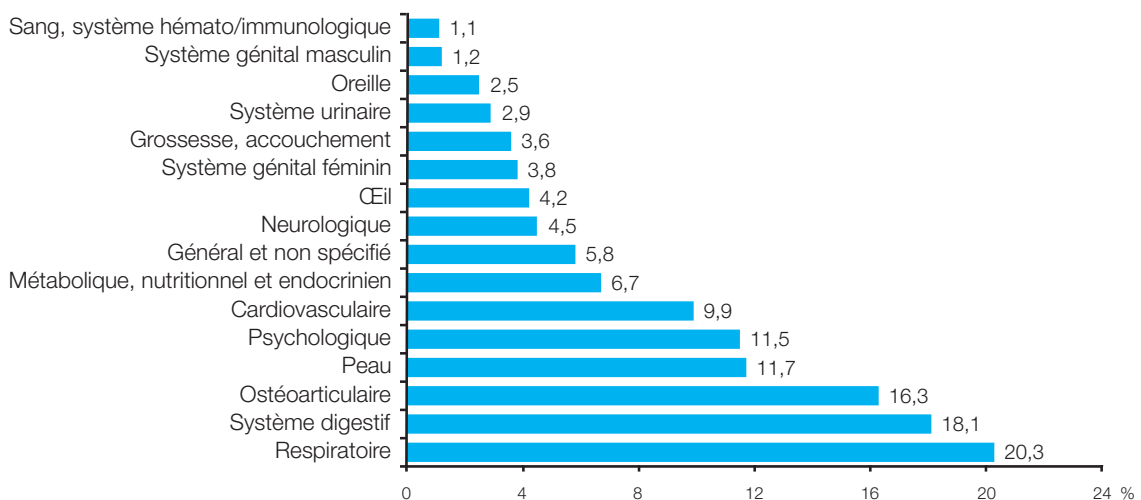
Les résultats de consultation regroupent l'ensemble des pathologies identifiées par les médecins lors des consultations ainsi que les affections en cours ne faisant pas forcément l'objet de la demande de consultation. Il peut s'agir également de symptômes et plaintes si le diagnostic est en attente ou s'il n'y a tout simplement pas de diagnostic. Au moins un résultat a été codé dans plus des trois quarts

des consultations, les praticiens ont renseigné 2 résultats dans 21 % des cas et 3 résultats dans 5 % des consultations⁷⁵.

En cohérence avec les motifs de recours, les pathologies respiratoires représentent plus de 20 % des diagnostics, suivies des affections digestives (18,1 %) et ostéoarticulaires (16,3 %) (figure 12).

Les problèmes psychologiques qui motivaient 9,4 % des recours sont rapportés dans 11,5 % des diagnostics.

Figure 12 : Répartition des résultats de consultation par appareil



(75) Taux de réponses Résultats de consultation : 76,5 %.

■ Les motifs de recours et les résultats de consultations détaillé

Le tableau 27 présente, à partir des 84 items regroupés de la CISP, une analyse plus détaillée des motifs de recours et des résultats de consultation.

On retrouve logiquement, aux premiers rangs des motifs de recours, de nombreux symptômes et plaintes de divers types (digestifs : 11,4 % des recours ; ostéoarticulaires : 8 % ; plaintes du rachis : 6,3 %). La toux est également un motif de consultation fréquent (3^e rang des recours), de même que les troubles anxieux (8^e rang).

Signalons également les recours relativement fréquents de patients souffrant de pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle (2,9 % des recours ; 14^e rang) ou le diabète (2,6 % des recours ; 16^e rang). Ces personnes sont, comme les autres patients de MdM, très majoritairement sans aucune couverture maladie (89 à 92 %).

En regard des motifs de recours figurent les résultats de consultation codés par les médecins, avec en tout premier lieu les infections respiratoires supérieures (9,6 % des diagnostics) et inférieures (3 %). L'hypertension artérielle et le diabète figurent en bonne place des résultats de consultation

(respectivement 2^e et 8^e rang), situation préoccupante eu égard à la situation sociale des patients et à l'absence fréquente de couverture maladie⁷⁶.

Les troubles anxieux sont également très fréquemment rapportés : 8^e motif de recours mais 4^e résultat de consultation, ce qui laisse à penser que ces troubles sont plus fréquemment repérés par les médecins qu'exprimés par les patients – argument encore renforcé par la fréquence des syndromes dépressifs au 15^e rang des diagnostics.

Certaines affections font l'objet d'un dépistage dans les Caso, comme l'hypertension ou le diabète, qui regroupent respectivement 2,9 % et 2,6 % des recours mais sont mentionnés dans 6,1 % (HTA) et 4,2 % (diabète) des résultats de consultation. L'hypertension artérielle est mentionnée dans 4,8 % des premières consultations et 7,1 % des consultations suivantes (diabète : 3,3 % et 4,9 %). **D'où l'importance du dépistage de ces pathologies chroniques, qui peuvent rester longtemps silencieuses.** Sans dépistage, les personnes concernées attendront les manifestations cliniques de la maladie pour consulter à nouveau, parfois plusieurs années plus tard, sans avoir pu bénéficier des soins médicaux destinés à ralentir l'évolution et prévenir les complications graves.

Tableau 27 : Motifs de recours et résultats de consultation détaillés

	MOTIFS DE RECOURS		RÉSULTATS DE CONSULTATION	
	%	Nombre de consultations	%	Nombre de consultations
Système digestif	16,7	5 698	18,1	5 318
Symptômes et plaintes du système digestif	11,4	3 872	6,0	1 766
Affections dents-gencives	3,7	1 243	3,9	1 143
Autres diagnostics du système digestif	1,0	320	5,7	1 660
Hépatite virale	0,5	163	1,5	427
Infections gastro-intestinales	0,2	51	0,8	236
Pathologies ulcéreuses	0,1	19	0,6	176
Ostéoarticulaire	16,3	5 550	16,3	4 790
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	8,0	2 718	4,3	1 269
Symptômes et plaintes du rachis	6,3	2 142	3,2	924
Autres diagnostics locomoteurs	1,1	376	4,6	1 361
Syndrome dorsolombaire	0,9	316	3,4	1 006
Respiratoire	18,9	6 432	20,3	5 960
Toux	8,0	2 703	1,9	542
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	4,4	1 500	1,1	335
Symptômes et plaintes nez-sinus	3,0	1 003	0,9	274
Infections respiratoires supérieures	2,6	886	9,6	2 820
Asthme	0,7	252	1,7	506
Infections respiratoires inférieures	0,8	265	3,0	887
Autres diagnostics du système respiratoire	0,6	217	2,6	752

(76) Un chapitre spécifique dans la suite de ce rapport sera consacré aux pathologies potentiellement graves et à la situation de ces patients.

	MOTIFS DE RECOURS		RÉSULTATS DE CONSULTATION	
	%	Nombre de consultations	%	Nombre de consultations
Général et non spécifié	16,4	5 571	5,8	1 694
Symptômes et plaintes généraux	5,8	1 948	2,0	577
Diagnostics non classés ailleurs	0,4	145	2,7	786
Tuberculose	<0,1	7	0,2	45
Neurologique	6,7	2 291	4,5	1 331
Symptômes et plaintes neurologiques	5,6	1 879	2,0	571
Autres diagnostics neurologiques	0,7	234	1,9	553
Épilepsie	0,3	108	0,6	166
Psychologique	9,1	3 184	11,5	3 373
Angoisse / Stress / Troubles psychosomatiques	4,8	1 608	5,8	1 695
Syndrome dépressif	1,2	395	2,7	791
Autres problèmes psychologiques	0,8	256	1,8	515
Utilisation de substances psychoactives (alcool)	0,5	164	0,7	207
Psychoses	0,2	77	0,8	234
Utilisation de substances psychoactives (drogues)	0,2	50	0,2	70
Utilisation de substances psychoactives (tabac-médicaments)	0,1	38	0,2	58
Peau	10,5	3 589	11,7	3 451
Symptômes et plaintes cutanés	4,2	1 407	1,8	537
Éruption cutanée / Tuméfactions	2,4	818	0,9	267
Autres pathologies cutanées	1,3	426	2,9	855
Infections cutanées	1,1	364	1,7	500
Parasitoses / Candidoses	0,8	258	2,5	729
Dermatites atopiques et contact	0,5	167	1,6	481
Cardiovasculaire	6,4	2 180	9,9	2 909
Hypertension artérielle	2,9	978	6,1	1 796
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	1,3	425	0,5	157
Pathologies vasculaires	0,6	216	1,5	452
Cardiopathies, troubles du rythme	0,3	110	1,2	340
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,3	97	0,9	277
Grossesse, accouchement	3,1	1 060	3,6	1 069
Grossesse et couches non pathologiques	2,0	677	2,6	754
Symptômes et plaintes liée à la grossesse, accouchement	0,3	103	0,3	79
Contraception	0,4	118	0,4	123
Grossesse et couches pathologiques	0,1	30	0,3	76
Métabolisme, nutrition, endocrinien	4,3	1 456	6,7	1 976
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	2,6	881	4,2	1 243
Autres diagnostics métaboliques	0,5	163	1,4	405
Symptômes et plaintes métaboliques	0,6	202	0,5	134
Excès pondéral-Obésité	0,1	45	1,0	278
Œil	4,3	1 477	4,2	1 246
Symptômes et plaintes du système oculaire	2,3	772	0,8	240
Lunettes-lentilles	1,0	327	0,6	181
Autres diagnostics du système oculaire	0,6	186	1,2	365
Infections de l'œil	0,4	137	1,5	424

	MOTIFS DE RECOURS		RÉSULTATS DE CONSULTATION	
	%	Nombre de consultations	%	Nombre de consultations
Système urinaire	2,5	845	2,9	847
Symptômes et plaintes urinaires	1,9	654	0,9	269
Infections urinaires / rénales	0,2	77	1,4	399
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,2	51	0,6	175
Système génital féminin	3,3	1 127	3,8	1 103
Symptômes et plaintes du système génital féminin	1,7	583	1,3	390
Troubles des règles	1,2	419	1,0	280
Autres diagnostics du système génital féminin	0,2	55	0,8	223
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	0,1	31	0,7	190
Oreille	2,3	774	2,5	739
Symptômes et plaintes du système auditif	1,7	585	0,5	144
Infections du système auditif	0,3	98	1,3	384
Autres diagnostics du système auditif	0,2	65	0,6	166
Système génital masculin	1,1	357	1,2	366
Symptômes et plaintes du système génital masculin	0,8	271	0,6	174
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	<0,1	15	0,1	28
Autres diagnostics du système génital masculin	0,1	36	0,5	141
Sang, système héмато/immunologique	1,1	372	1,1	313
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	0,1	34	0,1	27
VIH	0,1	33	0,3	94
Anémies	0,1	35	0,4	120
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	0,1	16	0,2	46
Catégories transversales				
Peurs de / Préoccupations	1,0	326	0,5	151
Traumatismes	1,3	433	2,8	830
Cancers	0,2	70	0,6	180
Maladies infectieuses non classées ailleurs	0,2	77	0,7	212
Procédures				
Suivi	5,0	1 689	----	----
Résultats	4,2	1 427	----	----
Traitements médicamenteux	2,8	944	----	----
Examen médical	1,0	326	----	----
Administratif	1,7	577	----	----
Autres procédures	0,6	197	----	----
Examens complémentaires	0,4	146	----	----
Avis / Counselling, écoute	0,4	122	----	----
Vaccination / Autres procédures préventives	0,4	127	----	----
Soins dispensés	0,4	130	----	----

Les 15 motifs de recours et résultats de consultation détaillés les plus fréquents sont signalés en gras.

Remarque : la somme des motifs ou des résultats détaillés ne correspond pas toujours strictement au total par appareil. Ces différences ont deux explications. D'une part, certains motifs ou résultats ne sont codés que par la lettre désignant l'appareil sans plus de précisions. Ils sont donc comptabilisés uniquement dans la ligne correspondant à l'appareil et non dans la partie détaillée. D'autre part, certains patients peuvent être affectés de plusieurs pathologies pour un même appareil. Ces pathologies sont susceptibles d'apparaître de façon distincte dans la partie détaillée mais elles ne sont comptabilisées qu'une seule fois dans les fréquences par appareil. L'écart peut également provenir du fait que certaines pathologies ont été regroupées dans des catégories dites transversales : traumatismes, cancers, préoccupations...

Rappelons que les procédures, qui sont des motifs de consultation (recherche d'examen, ordonnances à honorer...), ou les stratégies de soins mises en œuvre au décours des consultations ne sont pas codées dans les résultats de consultation, ce qui explique l'absence de données dans la dernière partie du tableau.

« DES MOTIFS DE CONSULTATION PARFOIS ANODINS QUI PEUVENT CACHER DES PROBLÈMES DE SANTÉ PLUS GRAVES »

“ M. X, sans domicile, d’origine polonaise, arrive au Caso avec un « copain de rue », non francophone. Le « malaise » est exprimé comme motif de consultation. Sous son écharpe, le médecin va découvrir une infection maxillaire sévère (hypodermite extensive) dont le point de départ est une infection dentaire. Le patient présente des antécédents possibles d’épilepsie. Il sera accompagné aux urgences par les pompiers.

M. P, d’origine roumaine, âgé d’une quarantaine d’années, résidant en France depuis plusieurs années, vient à MdM pour un problème de prurit. Lors de l’entretien préalable à la consultation médicale, le patient décrit un état dépressif sévère et explique qu’il a essayé de se suicider, deux semaines auparavant, en ingérant divers produits. Puis il dévoile qu’il reçoit des informations par des extraterrestres qu’il entend dans sa tête. Un rendez-vous sera pris en urgence chez le psychologue. Après la consultation chez le psychologue, cette dernière orientera Mr P chez un psychiatre, ayant besoin d’un traitement médicamenteux et d’un suivi plus particulier.

M. B, âgé de 52 ans, d’origine tunisienne, réside de façon irrégulière en France depuis plus de 10 ans et essaie de régulariser sa situation. Il vient ce jour pour avoir une attestation de suivi par MdM ; il n’a donc a priori aucune demande médicale. Au cours de l’entretien, M. B confie qu’il ne dort pas bien la nuit, car il ne cesse de se lever pour uriner. En approfondissant l’entretien, le patient décrit des signes évocateurs d’une pollakiurie, qui dure déjà depuis plusieurs mois, avec des difficultés mictionnelles. Cette information est donnée au médecin qui le reçoit en consultation. Le médecin soupçonne un adénome prostatique et prescrira des examens complémentaires.

M. B, âgé de 30 ans, d’origine tunisienne, arrivé en France depuis un mois et demi, vient ce jour pour une douleur dentaire. Lors de l’entretien, il explique que, depuis quelques semaines, il ressent une douleur au niveau du cœur, avec des sueurs froides, et que ces douleurs apparaissent au coucher uniquement. Après consultation, un ECG sera prescrit en urgence.”

Les problèmes de santé selon les durées prévisibles de prise en charge

Les items de la CISP ont fait l’objet d’une classification par des médecins de MdM selon la durée prévisible de prise en charge des affections, distinguant les prises en charges à moyen ou long terme (6 mois ou plus), les prises en charges à court terme (moins de 6 mois) et les prises en charge de durée indéterminée.

En 2010, dans près de 45 % des consultations, une prise en charge à moyen ou long terme était nécessaire, et dans 41 % des cas les pathologies diagnostiquées relevaient d’une prise en charge de court terme (tableau 28).

Les diagnostics nécessitant une prise en charge à court terme sont pour l’essentiel des pathologies infectieuses, en

particulier respiratoires (38 % des affections court terme), ou encore dermatologiques (13 %) et du système urinaire. Aux premiers rangs des pathologies nécessitant un suivi de longue durée, nous retrouvons l’hypertension artérielle (environ 19 % des diagnostics) et le diabète (près de 13 %). Figurent également en bonne place les troubles psychiques de type syndrome dépressif, troubles anxieux et autres problèmes psychologiques (16 % des diagnostics moyen ou long terme), ou encore l’asthme (5 %). Les suivis de grossesse enfin figurent également parmi les diagnostics les plus fréquents (5 %).

Tableau 28 : Répartition des consultations selon les durées nécessaires de prise en charge*

Durée nécessaire de prise en charge	%	Nombre de consultations
Moyen ou long terme (6 mois et plus)	44,8	9 682
Courte durée (moins de 6 mois)	41,4	9 022
Indéterminée	23,0	5 006

*Le dénominateur (n=21 770) est le nombre de consultations médicales au cours desquelles au moins un diagnostic a été codé. Les résultats de consultation codés uniquement par « symptômes et plaintes » sont exclus de l’analyse, de même que certains diagnostics pour lesquels la durée de prise en charge n’a pas de sens (absence de maladie, consultation de prévention...).

PRÉVALENCE DE CERTAINES PATHOLOGIES À POTENTIAL DE GRAVITÉ

LES POINTS ESSENTIELS

- > Plus de 13 % des patients sont atteints de l'une des pathologies à potentiel de gravité suivantes : hypertension artérielle, diabète (insulino et non insulino-dépendant), asthme, épilepsie, psychoses ou cancers.
- > L'hypertension artérielle concerne près de 7 % des patients, le diabète 4 % des patients et l'asthme 2 % des patients.
- > Les étrangers souffrent plus fréquemment d'hypertension artérielle et de diabète, les Français, et tout particulièrement les personnes sans domicile fixe, d'épilepsie ou de troubles psychotiques.
- > Seuls 10 % des patients concernés disposent de droits ouverts à une couverture maladie ; 35 % accusent un retard de recours aux soins.
- > Parmi les personnes dépistées pour le VIH et les hépatites, la prévalence du VIH atteint 2,6 %, celle de l'hépatite B (AgHbs+) 6,5 %, celle du VHC 6,5 %. Le dépistage de la tuberculose a permis de dépister 14 cas pour 1 111 patients orientés vers une radiographie pulmonaire, soit 1,3 %.

L'objet de cette partie de l'analyse est d'apprécier la fréquence de certaines pathologies potentiellement graves en l'absence de prise en charge et de traitements adéquats, ainsi que les principales caractéristiques des patients qui en sont affectés.

Ces pathologies, nécessitant un accès aux soins et un suivi au long cours, sont susceptibles d'entraîner des demandes de régularisation pour raison médicale pour les étrangers gravement malades dépourvus d'un titre de séjour.

La liste des affections potentiellement graves retenues dans ce chapitre sont les suivantes :

- l'hypertension artérielle ;
- le diabète (insulino et non insulino-dépendant) ;
- l'asthme ;
- l'épilepsie ;
- les psychoses ;
- les cancers, quelle que soit leur localisation.

Les pathologies de type VIH, hépatite et tuberculose font l'objet d'un projet de prévention transversal dans les programmes en France, que nous décrivons à la suite.

Pour l'ensemble, il s'agit des pathologies qui sont repérées comme étant les plus courantes dans les dossiers de demande de régularisation pour raison médicale.

Au moins l'une de ces différentes pathologies a été diagnostiquée chez plus de 13 % des patients en 2010 (tableau 29), sachant que cette prévalence ne résume pas à elle seule l'ensemble des pathologies graves pouvant affecter les patients.

Les affections les plus fréquemment rapportées sont l'hypertension artérielle (6,6 % des patients), le diabète (4,1 %) et l'asthme (2,2 %). Les autres pathologies concernent moins de 1 % des patients.

Il est à noter que les affections graves ne sont pas toujours diagnostiquées lors de la première consultation. En effet, la part des patients concernés par de telles affections est de 12,2 % si l'on s'en tient à la première consultation et de 16,6 % si l'on prend en compte les consultations suivantes, ce qui met en évidence l'activité de dépistage réalisée dans les Casos, le besoin d'examens complémentaires pour faire un diagnostic et la nécessité d'une reprise de tension artérielle pour poser un diagnostic d'HTA.

Ces chiffres ne reflètent pas la réalité de la prévalence des affections graves. En effet, en cas de suspicion de pathologies graves, les médecins orientent les patients vers des examens complémentaires (sans noter le diagnostic dans le dossier, puisqu'il n'est pas encore avéré). Les patients ainsi orientés, le plus souvent vers des Pass hospitalières, ne reconsultent pas toujours au centre.

Tableau 29 : Prévalence de certaines pathologies à potentiel de gravité diagnostiquées au cours des consultations*

	%	nombre de patients
Hypertension artérielle	6,6	1 163
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	4,1	721
Asthme	2,2	387
Épilepsie	0,7	116
Psychoses	0,7	126
Cancers	0,9	153
Au moins une de ces pathologies	13,3	2 350

* Le dénominateur regroupe l'ensemble des patients reçus en consultation médicale et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé, à l'exception des diagnostics codés uniquement par la lettre de l'appareil (n=17 718).

Les analyses proposées dans les tableaux 30 et 31 visent à préciser les caractéristiques des patients concernés par ces différentes affections.

Le paramètre le plus fortement associé aux variations de prévalence est très logiquement l'âge, avec une fréquence de l'hypertension artérielle et du diabète qui augmente très fortement au-delà de 40 ans, et dans une moindre mesure des cancers et de l'asthme.

Par ailleurs, les patients souffrant de diabète et d'hypertension sont plus fréquemment de nationalité étrangère et de sexe féminin (pour l'HTA).

Enfin les facteurs de variation de prévalence de l'épilepsie et des psychoses apparaissent assez proches, avec une fréquence plus élevée parmi les Français, les patients sans domicile et les hommes.

Tableau 30 : Caractéristiques des patients atteints de diabète, d'HTA ou de cancers (% en ligne)

	Diabète			HTA			Cancers		
	%	OR	p	%	OR	p	%	OR	p
Ensemble des patients	4,1			6,6			0,9		
Sexe									
Hommes	3,8	réf		4,7	réf		0,8	réf	
Femmes	4,5	1,0	ns	9,1	1,7	***	1,0	1,2	ns
Nationalité									
Français	1,4	réf		4,0	réf		0,7	réf	
Étrangers	4,2	3,0	***	6,9	1,7	**	0,9	1,1	ns
Âge									
Moins de 20 ans	0,4	réf		0,1	réf		0,3	réf	
20-39 ans	1,1	2,0	*	1,8	8,2	***	0,5	1,6	ns
40-59 ans	8,2	15,9	***	12,3	18,6	***	1,4	4,4	**
60 ans et plus	17,1	36,3	***	31,8	39,5	***	2,7	7,8	***
Logement									
Stable	5,2	réf		8,7	réf		1,4	réf	
Hébergés (organisme ou association)	2,4	0,7	*	4,0	0,9	ns	0,2	0,2	**
Précaire	4,4	1,0	ns	7,7	1,1	ns	0,9	0,7	ns
Sans domicile fixe	2,6	0,7	*	4,2	0,8	ns	0,6	0,5	*

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité de présenter un diabète est multipliée par 3 (OR significatif p<0,001) chez les patients étrangers par rapport aux patients français, toutes choses égales par ailleurs.

Tableau 31 : Caractéristiques des patients atteints d’asthme, d’épilepsie ou de psychose (% en ligne)

	Asthme			Épilepsie			Psychose		
	%	OR	p	%	OR	p	%	OR	p
Ensemble des patients	2,2			0,7			0,7		
Sexe									
Hommes	2,4	réf		0,8	réf		0,9	réf	
Femmes	1,9	0,8	ns	0,5	0,8	ns	0,4	0,6	*
Nationalité									
Français	3,2	réf		1,7	réf		2,0	réf	
Étrangers	2,1	0,7	*	0,5	0,4	***	0,6	0,3	***
Âge									
Moins de 20 ans	2,2	réf		0,7	réf		0,1	réf	
20-39 ans	1,6	0,8	ns	0,6	1,1	ns	0,8	7,3	**
40-59 ans	2,9	1,5	*	0,9	1,4	ns	1,1	9,4	**
60 ans et plus	3,5	1,9	**	0,4	0,7	ns	0,2 ⁽¹⁾	---	---
Logement									
Stable	2,2	réf		0,6	réf		0,4	réf	
Hébergés (organisme ou association)	2,6	1,3	ns	0,7	1,1	ns	0,8	2,2	*
Précaire	1,9	1,0	ns	0,3	0,6	*	0,4	1,2	ns
Sans domicile fixe	2,4	1,1	ns	1,4	2,0	*	1,7	3,4	***

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns non significatif (1) test non réalisable, trop peu d’effectifs

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité de présenter de l’asthme est multipliée par 1,9 (OR significatif p<0,01) chez les patients de 60 ans et plus par rapport aux patients âgés de moins de 20 ans, toutes choses égales par ailleurs.

L’analyse de la situation administrative de ces patients (tableau 32) révèle que plus de la moitié sont des étrangers sans titre de séjour et que 12 % environ sont concernés par une demande d’asile.

En outre, seuls 10 % d’entre eux disposent de droits ouverts

à une couverture maladie, ce qui pose bien entendu la question de la prise en charge et du suivi de ces personnes.

Un médecin de Paris témoigne de la situation d’un homme dont la continuité des soins n’a pu être assurée faute de couverture maladie.

« LE PATIENT, N’AYANT PAS ENCORE D’AME, PASSE DIRECTEMENT D’UN SERVICE SPÉCIALISÉ À LA RUE »



M. X est africain, âgé d’une quarantaine d’années. Il est hospitalisé en urgence dans un hôpital parisien pour des hémoptysies abondantes. On lui découvre une pathologie pulmonaire rare et grave (aspergillose développée sur des séquelles de tuberculose). Après un bilan complet, le patient fait l’objet de l’ablation d’un poumon, cette intervention étant la seule solution pour éviter un saignement mortel. Les suites opératoires sont lourdes et le patient passe une quinzaine de jours en réanimation. La logique médicale voudrait que le patient, après une chirurgie lourde, bénéficie d’un service de soins de suite, car la prise en charge médicale est loin d’être terminée. Il serait nécessaire de poursuivre la surveillance, l’oxygénation, la rééducation respiratoire et la renutrition.

Mais il en est tout autrement. Le patient, n’ayant pas encore d’AME, passe directement d’un service spécialisé à la rue. Il ne doit sa survie qu’à la rencontre quasi providentielle d’un jeune compatriote qui s’occupe de lui, lui fournit un gîte, précaire, et un minimum d’alimentation. Le patient, vu en consultation dix jours après sa sortie de l’hôpital, est essoufflé, tachycarde, dénutri. Ce n’est qu’après un périple kafkaïen (un passage aux urgences, plusieurs consultations hospitalières) que l’on parvient à permettre à ce patient une convalescence dans des conditions raisonnables. Il a vécu aux limites de l’asphyxie pendant plus de deux semaines, car il était encore dépendant de l’oxygène en postopératoire.”

Tableau 32 : Situation administrative et droits à la couverture maladie du groupe de patients souffrant de l'une de ces pathologies à potentiel de gravité (% en ligne)

	Groupe de patients présentant l'une de ces pathologies	Droits ouverts couverture maladie	En situation irrégulière	Demandeur d'asile*
Au moins une pathologie grave	13,3	10,1	51,4	11,9
dont				
– Hypertension artérielle	6,6	8,4	52,0	10,8
– Diabète (insulino et non insulino dépendant)	4,1	7,3	54,8	9,7
– Asthme	2,2	10,7	51,8	14,5
– Épilepsie	0,7	23,6	40,2	13,8
– Psychoses	0,7	28,2	43,9	20,6
– Cancers	0,9	5,5	50,4	5,2

Lecture du tableau : 8,4 % des patients souffrant d'hypertension artérielle disposent d'une couverture maladie et 52 % sont en situation irrégulière
 * Il s'agit des personnes concernées par l'asile, que leur demande ait été faite ou non, en cours de procédure ou déboutées.

Signalons enfin qu'environ 35 % de ces patients, selon les médecins qui les ont examinés, auraient dû être traités plus tôt.

Toutefois, il existe un risque de surreprésentation du retard de recours aux soins pour des pathologies à potentiel de gravité. En effet, les médecins peuvent juger que le retard de recours aux soins doit être notifié pour une pathologie dont la rupture de soins serait plus dommageable pour le patient, alors qu'ils pourraient ne pas le notifier pour une pathologie plus bénigne. Dans la pratique, un médecin

acceptera qu'un patient consulte avec retard pour un syndrome douloureux rhumatismal, alors qu'il estimera qu'il y a un retard de recours aux soins s'il constate quelques jours de rupture de traitement pour une hypertension ou un diabète.

L'équipe de Bordeaux témoigne de la situation d'un homme présentant des risques cardiovasculaires importants, qui prend son traitement au gré des « aléas » de son quotidien.

« SON BILAN CARDIOLOGIQUE N'A PU ÊTRE ORGANISÉ, DU FAIT DE L'ÉVACUATION DE SON SQUAT »



M. K est un homme de 44 ans, suivi médicalement par l'équipe de MdM depuis juin 2010. Il ne parle pas français et est couvert par l'AME. Il présente de multiples facteurs de risques cardiovasculaires : tabagisme actif, antécédent d'un infarctus l'année précédente, problème d'hypertension artérielle et de broncho-pneumopathie chronique obstructive. Il nécessite un traitement régulier sans lequel le risque de récurrence voire de décès est non négligeable.

Lors d'une tournée, nous le trouvons en rupture de traitement depuis plus de 15 jours. Il ne semble pas comprendre la nécessité de ne pas interrompre son traitement, en particulier son traitement à visée cardiaque. Sa tension est alors élevée. L'auscultation des poumons présente des signes anormaux. En allumant une cigarette, il nous dit être suivi régulièrement par la Pass. Il a juste besoin qu'on lui renouvelle son traitement.

Après un échange avec la Pass, nous nous apercevons que M. K avait été vu pour la dernière fois quatre mois auparavant, en mars. Un bilan devait alors être organisé avec le cardiologue. M. K se plaignait de dyspnée d'effort et de douleurs thoraciques. Il devait avoir un bilan biologique en externe puis une consultation avec échographie et épreuve d'effort. Mais depuis mars, M. K n'a pas reconsulté à la Pass. Le bilan cardiologique n'a en fait pas pu être organisé : M. K est reparti en Bulgarie après l'évacuation de son squat.

Deux mois plus tard, nous le retrouvons dans un nouveau squat, dans une autre commune. Une fois de plus, il est en rupture de soins. Il prend son traitement au gré des « aléas » de son quotidien et de ses autres préoccupations...

LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES ET DE LA TUBERCULOSE

LES POINTS ESSENTIELS

- > La question des statuts sérologiques a été abordée pour environ le tiers des patients. Parmi eux, 30 à 33 % connaissent leur situation vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH.
- > Les étrangers, plus fréquemment que les Français, méconnaissent leur statut sérologique. La méconnaissance décroît avec la durée de résidence en France. Elle est plus fréquente chez les hommes, les jeunes et les plus âgés, les patients originaires d'un pays de l'UE, du Maghreb, des Proche et Moyen-Orient et d'Asie.
- > Plus de 1 700 personnes ont été dépistées pour le VIH et les hépatites dans les deux Caso de Paris et de Saint-Denis. La prévalence du VIH atteint 2,6 %, celle de l'hépatite B (Ag Hbs+) 6,5 %, celle du VHC 6,5 %, soit respectivement 11,7, 9,9 et 7,7 fois plus que la moyenne en population générale.
- > Le dépistage de la tuberculose auprès des patients de ces deux Caso a permis de dépister 14 cas pour 1 111 patients orientés vers une radiographie pulmonaire, soit 1,3 %, alors que la prévalence de la tuberculose en population générale en Île-de-France s'élève à 0,015 %.

Les personnes connaissent-elles leur statut sérologique ?

Les consultations dans les Caso sont l'occasion d'aborder avec les patients la question de leur statut sérologique concernant les hépatites B et C et le VIH, pour éventuellement proposer une orientation vers un dépistage. Ces thématiques ne sont malheureusement pas abordées de façon systématique, comme en témoignent les taux de réponses à ces items, qui se situent autour de 34 %⁷⁷, toutefois en augmentation par rapport aux années précédentes. **Ainsi, le programme spécifique de prévention du VIH, des hépatites, des infections sexuellement transmissibles mis en place dès 2003 au Caso de Paris, étendu depuis 2006 dans un certain nombre de nos programmes en France,**

doit se généraliser. Ce programme sera développé plus loin. Lorsque la question des statuts sérologiques a pu être abordée avec les patients, ces derniers ont été environ 30 % à indiquer connaître leur situation vis-à-vis des hépatites B et C et plus de 33 % pour le VIH (tableau 33).

Pour les personnes connaissant leur statut, la prévalence des sérologies positives pour l'hépatite B et C s'élève respectivement à 7 % et 7,8 %, celle du VIH à 4 %. Ces prévalences sont peu différentes de celles que nous retrouvons chez les patients dépistés dans les deux Caso d'Île-de-France (tableau 35).

Tableau 33 : Statuts sérologiques et propositions de dépistage (% en colonne)

	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
Statut sérologique connu	29,7	2 170	29,4	2 151	33,6	2 483
Sérologie positive*	7,0	152	7,8	168	4,0	99
Proposition de dépistage acceptée**	67,8	2 226	67,6	2 226	67,9	2 235

* Parmi les patients dont le statut sérologique est connu

** Parmi les patients dont le statut sérologique est inconnu ou négatif

(77) Taux de réponses Statuts sérologiques VHB et VHC : 34,4 % ; Statut sérologique VIH : 34,8 % ; Proposition de dépistage VHB : 15,7 % ; Proposition de dépistage VHC : 15,6 % ; Proposition de dépistage VIH : 15,6 %.

La connaissance du statut sérologique parmi les patients n'est pas homogène et varie selon leurs caractéristiques. Le tableau 34 vise à préciser le profil des personnes indiquant ne pas connaître leur statut sérologique concernant le VIH, en distinguant les patients français et étrangers (les mêmes associations sont retrouvées pour les hépatites B et C).

On peut tout d'abord constater que les patients étrangers sont nettement plus nombreux en proportion à indiquer ne pas connaître leur situation vis-à-vis du VIH.

Parmi les étrangers, les femmes plus fréquemment que les hommes connaissent leur statut sérologique. Cela est probablement lié à l'obligation d'une proposition de dépistage du VIH aux femmes enceintes, lors du premier examen prénatal. Si ce dépistage doit aussi être proposé au partenaire ou conjoint d'une femme enceinte, cette proposition demeure très insuffisante⁷⁸. Par ailleurs, en ce qui concerne l'hépatite B, il y a obligation du dépistage de l'Ag Hbs au

sixième mois de grossesse pour les femmes enceintes. Les patients les plus jeunes et les plus âgés, en revanche, sont plus nombreux à ignorer leur statut sérologique.

L'analyse par groupes continentaux permet de distinguer 4 groupes dont les ressortissants sont plus nombreux à ne pas connaître leur statut sérologique : les patients originaires d'un pays de l'UE (hors France), du Maghreb, des Proche et Moyen-Orient et d'Asie.

On constate enfin que la méconnaissance du statut sérologique décroît avec la durée de résidence en France, probablement au fur et à mesure que les personnes sont en contact avec le système de soins.

L'analyse parmi les patients français ne permet pas de mettre en évidence un facteur clairement discriminant, tout au plus peut-on constater que les jeunes et les plus âgés paraissent plus nombreux à ignorer leur statut VIH.

Tableau 34 : Méconnaissance du statut sérologique VIH selon les caractéristiques des patients

	Patients étrangers			Patients français		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	68,2			42,8		
Sexe						
Hommes	70,3	réf		41,9	réf	
Femmes	65,0	0,8	***	44,6	1,2	ns
Âge						
Moins de 20 ans	83,2	réf		52,2	réf	
20-39 ans	66,3	0,4	***	40,6	0,6	ns
40-59 ans	65,1	0,4	***	43,6	0,7	ns
60 ans et plus	84,0	1,1	ns	57,7	1,3	ns
Groupe continental						
Union européenne (hors France)	77,5	réf		----	----	----
Europe (hors UE)	72,7	1,2	ns	----	----	----
Afrique subsaharienne	59,4	0,9	ns	----	----	----
Maghreb	76,0	0,5	***	----	----	----
Proche et Moyen-Orient	75,5	1,2	ns	----	----	----
Asie	75,4	1,1	ns	----	----	----
Océanie et Amériques	49,9	0,4	***	----	----	----
Durée de résidence en France						
Moins de 3 mois	70,2	réf		----	----	----
3 mois à 1 an	70,1	1,0	ns	----	----	----
1 an à 3 ans	68,0	0,8	*	----	----	----
3 ans à 10 ans	60,4	0,6	***	----	----	----
10 ans et plus	59,8	0,6	***	----	----	----

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau
 *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité de ne pas connaître son statut sérologique VIH parmi les femmes étrangères est multipliée par 0,8 (OR significatif p<0,001) par rapport aux hommes étrangers, toutes choses égales par ailleurs. En d'autres termes, les femmes étrangères connaissent plus fréquemment que les hommes leur statut sérologique.

(78) Rapport YENI 2010, « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ».

Ainsi, on voit bien la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention envers les populations que nous recevons à MdM.

Le Conseil national du sida (CNS) rappelait en 2006 dans son *Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France* qu'afin d'identifier plus pré-

cocement les personnes infectées par le VIH et qui s'ignorent « *il faut proposer plus largement le test et faire évoluer les pratiques de dépistage* ». Le CNS rappelle que « **la connaissance du statut favorise une prise en charge précoce ainsi qu'une modification des comportements vers des pratiques plus sûres**⁷⁹ ».

Comment améliorer la prévention ?

En France, les populations migrantes et/ou précaires sont des populations vulnérables face à des pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites mais aussi la tuberculose. Elles sont, pour la plupart, en grande difficulté d'accès à la prévention.

Le programme de prévention du VIH, des hépatites, des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose mis en place dès 2003 au Caso de Paris s'est largement étendu en 2006 dans les missions France. En effet, une convention entre la Direction générale de la santé (DGS) et Médecins du Monde a été établie, permettant la mise en place d'actions de prévention, coordonnées par un médecin référent. Cette convention a été reconduite pour 4 ans en 2010⁸⁰.

En 2010, 14 équipes ont été impliquées dans le projet : les Caso de Paris, Saint-Denis, Lyon, Marseille, Rouen, Toulouse, Pau, Nice, Cayenne, deux programmes auprès des personnes se prostituant (Lotus Bus à Paris et Funambus à Nantes), deux programmes auprès des patients sans domicile fixe (Lyon et Metz) et un programme de réduction des risques auprès des patients usagers de drogues.

Dans l'ensemble de ces programmes, **22 905 personnes ont été concernées par les actions de prévention.**

L'objectif général du projet est de renforcer la prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose et d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins pour la population rencontrée dans les programmes de santé de Médecins du Monde en France.

Les objectifs spécifiques sont :

- délivrer des messages de prévention pour le VIH, les hépatites, les IST et la tuberculose, en les adaptant à la population étrangère et/ou précaire reçue à MdM ;
- inciter les patients à se faire dépister précocement pour

le VIH, les hépatites, les IST et la tuberculose, afin de faciliter une prise en charge précoce et de leur faciliter l'accès aux soins ;

- témoigner de la situation des personnes précaires au regard de ces pathologies.

Ainsi, des équipes de prévention ont été formées grâce à une convention avec le Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) d'Île-de-France et proposent aux patients, en attente de leur consultation, des entretiens de prévention individualisés ou des animations de prévention en salle d'attente. Les patients souhaitant faire un dépistage sont orientés le plus souvent vers les Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) ou les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), mais aussi parfois vers des laboratoires de ville.

■ Rappel des données épidémiologiques dans la population générale

• Le VIH

En France, on estime à environ 6 700 le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2009⁸¹. Le nombre de découvertes de séropositivité, après avoir diminué significativement entre 2004 et 2007⁸², augmente en 2009 de façon non significative⁸³. La proportion de sérologies confirmées positives pour 1 000 réalisées est estimée au niveau national à 2,2 en 2009. Elle varie selon les régions : plus élevée en Guyane (11,1 ‰), en Guadeloupe (4,6 ‰), en Île-de-France (4,5 ‰), en Martinique (2,4 ‰) et à Mayotte (2,2 ‰) que dans les autres régions (entre 0,3 ‰ et 1,8 ‰). Les étrangers payent un lourd tribut à l'épidémie : **47 % des patients ayant découvert leur séropositivité sont de nationalité étrangère et 70 % d'entre eux sont originaires d'Afrique subsaharienne.**

(79) Marks G., Crepaz N., Senterfitt JW., Janssen RS., « *Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications for HIV prevention programs* », *J Acquir Defic Syndr*, 2005 Aug 1; 39 (4): 446-53.

(80) Cette convention s'inscrit dans le cadre du Code de la santé publique, du programme national de lutte contre le VIH/sida 2010-2013 et du plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.

(81) InVS, « *Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009* », *BEH* n°45-46, 30 novembre 2010.

(82) $p < 10^{-4}$

(83) $p = 0,09$

Mais les dernières données sur le VIH concernant la population migrante confirment des résultats encourageants : le nombre de découvertes de séropositivité chez les personnes de nationalité étrangère a régulièrement diminué entre 2003 et 2009 (de 59 % à 47 %), même s'il est difficile de faire la part des choses entre les flux migratoires, le recours au dépistage...

D'autres résultats sont encourageants. Bien que le diagnostic reste souvent trop tardif, le dépistage chez les hétérosexuel(le)s de nationalité étrangère est moins tardif qu'auparavant : 11 % des femmes nées à l'étranger sont au stade sida au moment de la découverte de leur séropositivité (*versus* 14 % en 2003) et 21 % des hommes (*versus* 26 % en 2003). Cependant ces proportions ne baissent plus en 2009.

Le dispositif du dépistage du VIH en France montre ses limites et les experts s'accordent à dire qu'il faut repenser les stratégies de dépistage. En effet, bien que l'activité de dépistage soit particulièrement importante en France, plaçant la France au deuxième rang des pays d'Europe de l'Ouest, on estime que 50 000 personnes en France sont aujourd'hui porteuses du virus du sida sans le savoir⁸⁴. Bien qu'une amélioration du dépistage soit constatée depuis 2003, la moitié des personnes diagnostiquées en 2008 ont un niveau de CD4 inférieur au seuil recommandé à l'époque pour la mise sous traitement (350 CD4/mm³).

Ainsi, dans le rapport 2010 du groupe d'experts sous la direction du professeur Yeni, une large part est faite cette année à la prévention et à la promotion du concept de prévention combinée : on ne se limite plus aux modifications de comportement (utilisation du préservatif par exemple), mais on associe des méthodes biomédicales : **le dépistage et le traitement antirétroviral doivent être maintenant considérés comme des actions préventives complémentaires des actions comportementalistes.**

Ainsi, le nouveau plan national⁸⁵ préconise en population générale une proposition de dépistage à l'ensemble de la population de 15 à 70 ans, hors notion d'exposition à un risque de contamination ou caractéristique particulière, et pour les populations spécifiques une proposition de dépistage ciblé et régulier. Ces populations (populations des départements français d'Amérique, usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), personnes originaires d'une zone de haute prévalence comme l'Afrique subsaharienne ou les Caraïbes, personnes se prostituant...) sont pour une large part celles que nous recevons dans nos programmes.

• **Les hépatites**

L'enquête sur la prévalence des hépatites B et C en France montre une prévalence de 0,84 % (Ac anti-VHC) pour le VHC et de 0,65 % (Ag HBs+) pour le VHB⁸⁶.

Cette enquête souligne l'influence de la précarité sociale sur ces prévalences : pour l'hépatite B, la prévalence du portage de l'Ag HBs est 3 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire que chez les non-bénéficiaires. Pour l'hépatite C, la prévalence des anticorps anti-VHC est 3,5 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire que chez les non-bénéficiaires.

La surveillance nationale de l'hépatite B chronique a été mise en place en 2008, en collaboration avec 29 CHU d'hépatologie⁸⁷. Elle permet de décrire les caractéristiques épidémiologiques et clinico-biologiques des patients nouvellement pris en charge pour une hépatite B chronique.

Ainsi, entre janvier 2008 et août 2009, 1 016 patients naïfs de traitement antiviral ont été pris en charge. Ce sont majoritairement des hommes (59 %), principalement nés dans des pays de moyenne ou forte endémicité (78 %). La positivité de l'Ag HBs est découverte le plus souvent de façon fortuite, témoignant d'un dépistage insuffisamment ciblé sur les expositions à risque dans le pays de naissance. La proportion non négligeable (8 %) de formes sévères (cirrhose ou carcinome hépatocellulaire) témoigne d'un retard au dépistage. Enfin, l'InVS a développé, en 2000, 2 réseaux de surveillance de l'hépatite C afin de suivre l'évolution de l'activité de dépistage et les caractéristiques des personnes confirmées positives.

Entre 2000 et 2007⁸⁸, l'activité de dépistage a augmenté. Il s'agit plus souvent d'hommes (60,7 %), en moyenne plus jeunes que les femmes (46 vs 54 ans). Plus de 1 patient sur 10 présente un stade avancé de la maladie, ce qui témoigne d'une durée d'infection élevée et d'un retard au dépistage.

De façon générale, ces données doivent nous inciter à accentuer nos actions de prévention et notamment d'incitation au dépistage.

Il ne faut pas oublier que si, en France, 152 000 personnes sont infectées par le VIH, et que, parmi elles, 50 000 l'ignorent, environ 500 000 personnes sont porteuses du VHB ou du VHC, et que respectivement 43 % et 55 % ne le savent pas.

Il faut rappeler par ailleurs que plus d'un quart des personnes infectées par le VIH sont VHC+ et que 7 % sont co-infectées par le VHB. On sait de plus que l'infection par le VIH aggrave le pronostic des hépatites B et C⁸⁹.

(84) Rapport YENI 2010, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

(85) Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010- 2014, lancé le 4 novembre 2010.

(86) InVS, CnamTS, Cetaf, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », mars 2007.

(87) InVS, « Hépatite B chronique prise en charge dans les pôles de référence depuis 2008 : premiers résultats », BEH Web n°1, 17 mai 2010.

(88) InVS, « Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007 », BEH n°20-21, 19 mai 2009.

(89) Rapport YENI 2010, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

Ainsi, compte tenu de la non-maîtrise des épidémies d'hépatites B et C en France, la Direction générale de la santé a lancé le 24 février 2009 le « *Plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012* ». Les 5 axes stratégiques du plan s'inscrivent dans la continuité des plans précédents : il s'agit de réduire la morbidité et la mortalité liées aux hépatites chroniques virales B et C, par la combinaison d'une meilleure prévention et d'un dépistage plus accessible, tout en améliorant l'accès aux traitements efficaces et les prises en charge.

En ce qui concerne les populations migrantes et/ou en situation de précarité on retiendra entre autres comme recommandations :

- le renforcement des actions de prévention et notamment une nouvelle relance de la vaccination contre l'hépatite B auprès de patients venant de zones de fortes ou moyenne endémie, après contrôle sérologique ;
- le renforcement de l'incitation au dépistage pour un accès aux soins plus précoce par des actions de communication et d'information sur la nécessité du dépistage et sur les facteurs de risque classique, dont être originaire d'un pays d'endémie, mais aussi sur la notion plus récente de marqueurs de risque que représentent toutes les situations de précarité ;
- l'adaptation de la prise en charge sanitaire et sociale aux besoins des personnes en situation de précarité ;
- le recours plus large à l'interprétariat pour le dépistage et la prise en charge des personnes non francophones.

Une prévalence élevée du VIH et des hépatites parmi les patients dépistés rencontrés dans les deux Caso d'Île-de-France

Plus de 1 700 patients ont été dépistés en 2010 dans les deux Caso d'Île-de-France, Paris et Saint-Denis (tableau 35). Ces Caso orientent en effet les patients vers un laboratoire, ce qui permet d'avoir un retour des résultats. Le Caso de Saint-Denis a par ailleurs établi un partenariat avec le Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'hôpital Delafontaine, vers lequel les patients sont orientés, et avec le Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) de l'hôpital Avicenne (Bobigny), qui assure des vacations délocalisées au Caso toutes les semaines. Cela permet d'avoir un retour anonymisé des résultats des orientations et des dépistages. Les autres équipes orientent les patients vers des CDAG mais le retour anonymisé des résultats n'est pas toujours possible.

Les prévalences du VIH et des hépatites B et C dans nos deux Caso d'Île-de-France sont respectivement de 2,57 %, 6,49 % et 6,49 %, soit des taux 11,7, 9,9 et 7,7 fois plus importants que la moyenne nationale, en population générale.

Ces résultats doivent bien sûr être interprétés à la lumière des données épidémiologiques décrites précédemment : les prévalences des hépatites B et C en France sont respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les patients en situation de précarité et la proportion de sérologies VIH confirmées positives pour 1 000 sérologies réalisées, estimée à 2,2 en 2009 en France, est de 4,5 en Île-de-France, ce qui en fait la région de plus forte prévalence après la Guyane.

Tableau 35 : Résultats des prévalences VIH, VHB et VHC parmi les patients dépistés des Caso de Paris et de Saint-Denis en 2010

	Caso de Paris	Caso de Saint-Denis	Caso de Saint-Denis et de Paris	Prévalences en France
Nombre de dépistages VIH	1 217	455	1 672	
Nombre de séropositivités VIH	36	7	43	
Prévalence du VIH parmi les patients dépistés	2,96 % (x 13,5/national)	1,54 % (x 7/national)	2,57 % (x 11,7/national)	0,22 %⁹⁰
Nombre de dépistages hépatite B	1 244	465	1 709	
Nombre de séropositivités hépatite B (Ag HBs+)	82	29	111	
Prévalence de l'hépatite B (Ag HBs+) parmi les patients dépistés	6,59 % (x 10,1/national)	6,24 % (x 9,6/national)	6,49 % (x 9,9/national)	0,65 %⁹¹
Nombre de dépistages hépatite C	1 244	466	1 710	
Nombre de séropositivités hépatite C	84	27	111	
Prévalence de l'hépatite C parmi les patients dépistés	6,75 % (x 8/national)	5,79 % (x 6,9/national)	6,49 % (x 7,7/national)	0,84 %⁹²

(90) InVS, « *Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009* », BEH n°45-46, 30 novembre 2010.

(91) InVS, CnamTS, Cetaf, « *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004* », mars 2007.

(92) Idem

Les données ci-contre démontrent bien, cette année encore, que les centres de MdM sont des lieux privilégiés pour délivrer des messages de prévention et amener les patients à un dépistage le plus précoce possible.

En 2008, une enquête rétrospective menée au Caso de Saint-Denis a montré que 82 % des patients à qui un dépistage a été proposé sont effectivement allés au laboratoire, que cette proposition ait été faite lors d'un entretien de prévention ou lors d'une consultation médicale. Les patients en situation précaire sont donc le plus souvent désireux d'un dépistage dès lors que celui-ci leur est proposé. Il est donc nécessaire de proposer un dépistage à ces patients, venus par ailleurs pour une tout autre demande. Ne pas leur proposer serait une occasion manquée de dépistage. La proposition de dépistage doit donc être élargie.

■ Le rôle central des partenariats avec les CDAG/Ciddist

Nos partenariats avec les Centres de dépistage anonyme et gratuit/Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CDAG/Ciddist) prennent différentes formes : orientation des patients vers les CDAG/Ciddist, actions « hors les murs » des CDAG/Ciddist auprès des actions mobiles de MdM ou dans les Caso.

Au travers de ces actions, nous souhaitons toucher directement les bénéficiaires ainsi que les partenaires et acteurs sanitaires. Pour les bénéficiaires, il s'agit de leur faire découvrir (en favorisant un premier contact) ces lieux de prévention, structures de droit commun, et leur fonctionnement (anonymat/confidentialité, indépendance à l'égard des autres administrations, dont la police, pas d'avance de frais, etc.), de leur assurer l'accès à une filière de soins et de leur pro-

poser un accompagnement physique pour les démarches nécessaires après les résultats. Pour les partenaires, il s'agit de leur permettre de mieux connaître une population fréquentant peu les CDAG/Ciddist, afin d'améliorer leur prise en charge et de favoriser le recours à l'interprétariat physique par ces structures.

En effet, l'enquête de 2004 sur le profil des consultants dans les CDAG montrait qu'ils avaient attiré en 2004 plus d'étrangers par rapport à l'enquête de 2000 (8 %, soit une augmentation de 66 % entre 2000 et 2004)⁹³. Mais l'enquête de l'Inpes⁹⁴ portant sur les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida montrait que, même si la connaissance des CDAG est élevée (71,7 % des répondants vs 43,8 % des personnes interrogées en métropole), les personnes en situation de précarité sociale et administrative sont celles qui connaissent le moins bien les CDAG/Ciddist, alors qu'ils sont ouverts à tous sans exigence quant au statut social ou administratif.

Ainsi, au travers de nos actions, nous souhaitons donner une plus large information sur ce dispositif aux étrangers en situation précaire.

Les actions de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST restent cependant insuffisantes auprès des publics que nous recevons dans les missions France de MdM, et trop d'occasions manquées de dépistage subsistent encore pour ces populations particulièrement vulnérables.

Aussi, il nous est apparu indispensable de mettre en place des projets et outils innovants pour favoriser les dépistages et lutter contre les épidémies et hépatites.

➔ MISE EN PLACE DE NOUVELLES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE : LES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DU VIH (TROD)

En novembre 2010, le ministère de la Santé a publié au *Journal officiel* un arrêté fixant les nouvelles conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH (TROD)⁹⁵. Cette évolution législative intervient un an après que la Haute Autorité de santé (HAS) eut recommandé que les Trod puissent être utilisés en dehors de certaines situations d'urgence par des professionnels de santé et en dehors du cadre de la recherche⁹⁶.

Cet arrêté élargit non seulement les conditions de recours aux Trod du VIH mais aussi la qualité des personnes habilitées à réaliser ces tests. Il autorise la réalisation des Trod « chez toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé ». Par ailleurs les Trod peuvent main-

tenant être réalisés, entre autres, par un médecin exerçant en cabinet libéral, et par les personnels médicaux et non médicaux travaillant au sein de structures de prévention et d'associations impliquées en matière de prévention sanitaire, comme c'est le cas pour Médecins du Monde.

Sans attendre la parution de l'arrêté de novembre 2010, Médecins du Monde avait devancé l'autorisation légale d'utiliser ces tests en lançant les Trod à Cayenne à l'occasion du 1^{er} décembre 2009, et de façon continue en février 2010, avec le soutien de Sidaction. L'urgence de la situation en Guyane, département en situation d'épidémie généralisée selon l'OMS, justifiait cette action.

(93) Vu S., Semaille C. « Dépistage anonyme et gratuit du VIH - Profil des consultants des CDAG en 2004 », InVS, 2006.

(94) Inpes, « Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements », juin 2007.

(95) Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2).

(96) Groupe de travail de la HAS, « Dépistage de l'infection par le VIH en France - Stratégies et dispositifs de dépistage », Synthèse et recommandations, octobre 2009.

La Guyane est en effet aujourd'hui le département français le plus touché par le VIH.

En Guyane plus encore qu'en métropole, la part des personnes prises en charge tardivement est importante, ce qui nécessite une politique de dépistage plus large et l'assurance d'un lien direct avec l'accès aux soins. Dans un contexte d'évolution nécessaire des stratégies de dépistage du VIH, dès 2006, le Conseil national du sida (CNS) recommandait, sous certaines conditions, le recours aux tests rapides d'orientation diagnostique du VIH. En février 2008, un rapport du CNS sur la politique de lutte contre le VIH en Guyane préconisait aussi une approche de l'épidémie plus volontariste et reposant entre autres sur la banalisation du dépistage du VIH et le recours aux tests rapides⁹⁷. En 2009, dans le cadre de ses recommandations concernant le dépistage de l'infection par le VIH en France, la HAS s'est également positionnée pour l'utilisation, à court terme et hors du cadre de la recherche biomédicale, des Trod en Guyane, qui fait face à une situation d'épidémie généralisée.

Le test rapide n'a pas pour vocation de remplacer les tests classiques en CDAG ou en laboratoire, mais plutôt d'offrir une nouvelle occasion de dépistage et de faciliter l'accès au dépistage pour les personnes qui sont en dehors du système classique de dépistage, de soins et d'information. L'ignorance des systèmes de soins et de droits, la barrière de la langue, le contexte de répression policière à l'encontre des migrants en situation administrative précaire et des personnes se prostituant sont autant de

facteurs qui renforcent les difficultés et augmentent les prises de risques. Nous avons donc proposé aux patients se rendant au centre de soins de MdM, et ne souhaitant pas se rendre dans un CDAG, un test rapide d'orientation diagnostique du VIH. Le dispositif mis en place est bien entendu dans le cadre d'un dispositif global d'accompagnement médico-psycho-social. Une évaluation du dispositif et un système d'assurance qualité sont mis en place.

En 2010, 53 tests ont été réalisés :

- 43 pour les usagers habituels du Caso, dont 37 proposés en routine à l'initiative du soignant, 5 à la demande des patients, et 1 devant des signes cliniques évocateurs d'infection à VIH ;
- 10 tests effectués le 1^{er} décembre, journée mondiale de lutte contre le sida, pour des patients demandeurs, mais ayant tous accès aux services de droit commun.

2 tests se sont révélés positifs.

Cette année nous a permis de travailler, grâce à l'expérience de Cayenne, à un protocole qui sera mis en place pour les équipes qui proposeront des Trod en 2011.

Ainsi, le 1^{er} décembre 2010, MdM a proposé le recours aux Trod aux patients se présentant dans son centre de soins de Seine-Saint-Denis, lançant ainsi la mise en place des Trod VIH en métropole.

En 2011, ce sont les équipes de Nice, Strasbourg et Metz qui proposeront les Trod aux patients.

→ LE PROGRAMME ERLI : UN NOUVEAU PROJET AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE⁹⁸

L'année 2006 et le tout début d'année 2007 ont constitué un tournant dans le champ de la réduction des risques à Médecins du Monde, avec la sortie de programmes de réduction des risques (programmes d'échanges de seringues (PES) et « bus méthadone » de Paris et Marseille, PES de Bordeaux) et leur autonomisation au sein d'associations indépendantes, construites par les équipes de MdM : Gaïa Paris, le Bus 31/32 à Marseille, et La Case à Bordeaux.

En 2009, MdM a dénoncé les insuffisances du nouveau plan Hépatites, car il ne tenait pas compte de la situation des usagers de drogues, population très touchée par l'épidémie d'hépatite C.

Si les politiques de réduction des risques ont montré leur efficacité face à l'épidémie de sida, il s'agit là de faire face à un virus 10 fois plus contaminant que le VIH : celui de l'hépatite C.

Selon l'OMS, l'hépatite C est un véritable fléau mondial : 170 millions de personnes seraient infectées, soit 3 % de la population mondiale⁹⁹. En France et dans les pays développés, la consommation de drogues

a supplanté les autres modes de contamination : 5 000 nouvelles contaminations chaque année en France, dont 70 % associées à l'usage de drogues.

De nombreuses études indiquent que près de 60 % des usagers de drogues par voie intraveineuse seraient infectés : 59,8 % selon l'enquête française la plus récente, l'enquête Coquelicot de 2006¹⁰⁰. Cette dernière révèle que les mesures mises en place lors de l'épidémie de sida se montrent insuffisantes pour contrôler l'épidémie d'hépatite C chez les consommateurs de drogues. Pour cette population, les contaminations interviennent tôt, dès les premières injections : 28 % des moins de 30 ans sont déjà infectés. Mais c'est aussi le cas de 71 % des usagers de 40 ans et plus. De plus, 27 % des injecteurs pensent être séronégatifs à tort.

La prévention des contaminations hépatite C est donc un enjeu majeur dans le champ de la réduction des risques, impliquant de travailler au plus près des pratiques des usagers.

(97) Avis suivi des recommandations sur la politique de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH en Guyane, CNS, 21 février 2008.

(98) Le rapport complet du programme est disponible sur demande à la Direction des missions France dmf@medecinsdumonde.net

(99) Aide-mémoire n°164, oct 2000, OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>

(100) InVS – ANRS Coquelicot, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France », BEH n°33, 5 septembre 2006. Une nouvelle enquête Coquelicot est en cours.

Alors que la loi du 31 décembre 1970 (qui instaure le dispositif de soins pour les usagers de drogues mais en pénalise aussi l'usage et le trafic) a fêté ses 40 ans en 2010, cette même année, un débat public a eu lieu sur les salles de consommations. En effet, le 26 juin 2010, l'Inserm a publié un rapport d'expertise collective sur la réduction des risques chez les usagers de drogues dans lequel les auteurs énoncent ce constat : « *La politique de réduction des risques (RdR) chez les usagers de drogues [...] a joué un rôle important sur la réduction de l'incidence du VIH. [...] Mais les résultats insuffisants pour l'infection par le VHC [...] mettent en lumière les limites atteintes par cette stratégie.* » Sur la base d'expériences internationales concluantes, ils recommandent des interventions d'éducation aux risques liés à l'injection et ouvrent ainsi le débat sur les centres d'injection supervisée (CIS) en les définissant comme « *des structures où les usagers de drogues par injection peuvent venir s'injecter des drogues, qu'ils apportent, de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision de personnel qualifié.* ». L'expertise en précise également les objectifs : « *Les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette de services proposés aux usagers de drogues injectées, permettant de répondre à des besoins de RdR spécifiques liés à l'injection : en particulier la prévention d'overdoses mortelles, l'hygiène et la technique d'injection.* »¹⁰¹

La ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin, déclarait être favorable à une concertation sur les centres de consommation supervisée : « *Nous allons donc prendre en considération cet avis rendu et engager une concertation avec tous les partenaires concernés, et notamment les collectivités locales. [...] Ces dispositifs n'ont pas pour but de dépenaliser l'usage de drogue. Il s'agit ici avant tout d'un enjeu sanitaire...* »¹⁰² Ces déclarations n'ont pas été reçues favorablement par le gouvernement, pour qui « *la priorité de Matignon est de réduire la consommation de drogue, non de l'accompagner, voire de l'organiser. [...] Les salles de consommation de drogue ne sont ni utiles, ni souhaitables* »¹⁰³.

L'association Élus, santé publique et territoires (ESPT) se saisit du sujet en organisant une expertise complémentaire sur le sujet des salles de consommation. Sur la base d'auditions d'experts et des visites de salles de consommation à l'étranger, les membres de l'association ont restitué leurs travaux le 24 septembre 2010¹⁰⁴. Il en ressort que « *les centres de consommation obligatoirement intégrés dans une palette complète de prise en charge de la toxicomanie, au côté des autres dispositifs de réduction des risques, constituent un outil d'amélioration de l'état sanitaire et social des usagers de drogues les plus désocialisés et les plus précaires, qui souvent n'accèdent pas aux soins* ». Ils ont émis plusieurs recommandations, notamment celle de mettre en place, au moins à titre expérimental, des centres de consommation qui devront être évalués.

En janvier 2011, le Conseil national du sida (CNS) a publié une note sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux¹⁰⁵. Le CNS constate que les politiques de lutte contre les drogues n'ont pas entraîné de diminution de leur usage ni d'amélioration significative de la situation des usagers de drogues. Il rappelle l'interdiction par le gouvernement de mettre en place des dispositifs destinés à encadrer l'injection, même dans le cadre d'une expérimentation, alors que les « *CIS contribueraient à atteindre les groupes à haut risque, à réduire les risques pour la santé, à améliorer la sécurité et l'accès aux soins des usagers et à diminuer les troubles de l'ordre public* ». Bien au contraire, le CNS fait état d'un renforcement de la répression des usages simples de drogues en France. En effet, une estimation de 1998 établie notamment à partir des crédits votés dans le cadre de la loi de finances de 1995 faisait état du fait que « *le coût budgétaire des dépenses publiques imputables aux drogues illicites engagées par les services judiciaires, l'administration pénitentiaire, les douanes, la gendarmerie et la police nationale [...] s'élevait à 588,84 millions d'euros. [...] Le coût de la prise en charge et de la réduction des risques des usagers de drogues s'est élevé en 2009 à 291 millions d'euros* ».

Ainsi, la répression à l'encontre des usagers s'est considérablement accrue et n'a été accompagnée d'aucune évaluation de son impact réel sur la politique de réduction des risques. « *La politique répressive est susceptible de renforcer la clandestinité des pratiques et la vulnérabilité des personnes, en particulier les usagers problématiques, et d'entraver l'évolution d'une offre de RdR pragmatique et adaptée sur l'ensemble du territoire.* »

Ainsi, il nous a paru indispensable d'intervenir auprès de ce public par le biais d'actions innovantes d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI).

En partenariat, Médecins du Monde, Sida Paroles et Gaïa Paris ont donc mis en place, cette année, une nouvelle action d'éducation aux risques liés à l'injection auprès des usagers de drogues, afin de contribuer à lutter contre l'épidémie d'hépatite C qui sévit dans cette population.

L'objectif général du projet est de réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (problèmes infectieux (VIH et VHC notamment), overdoses, détérioration du capital veineux, etc.) en Île-de-France par l'éducation individuelle et pratique aux risques liés à l'injection de drogues.

Les objectifs spécifiques sont :

- renforcer la capacité des usagers à adopter des comportements de prévention (non-partage et non-réutilisation du matériel d'injection), c'est-à-dire :
 - améliorer les connaissances des consommateurs concernant les risques liés à l'injection ;

(101) Expertise Collective de l'Inserm, « *Réduction des risques chez les usagers de drogues - Synthèse et recommandations* », 30 juin 2010.

(102) Conférence internationale sur le VIH, Vienne, 19 juillet 2010. Discours consultable sur le site : <http://www.sante.gouv.fr/discours-de-madame-roselyne-bachelot-narquin.html>.

(103) Déclarations du bureau du Premier ministre, 11 août 2010.

(104) ESPT, « *Salles de consommation contrôlée à moindres risques pour usagers de drogues - Analyse et recommandations des élus locaux* » - Tome 2, Journée de synthèse, 24 septembre 2010.

(105) Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux, CNS - 20/01/2011.

- agir sur leurs représentations et faire évoluer leur perception des risques ;
- promouvoir l'utilisation d'autres modes de consommation à moindre risque que l'injection (renoncement à l'injection, recours au sniff, à l'inhalation, accompagnement de l'usager à l'arrêt de sa consommation, inscription dans un traitement de substitution non injecté, etc.) ;
- repérer les pratiques à risque et les facteurs de vulnérabilité, en assurant une veille sur les pratiques, les produits et les modes de consommation ;
- inciter à la connaissance du statut sérologique et accompagner l'entrée dans un parcours de soins ;
- entrer en contact avec les usagers les plus à risque (les injecteurs nouveaux ou récents, et les injecteurs les plus marginalisés qui sont peu ou pas en lien avec des structures médico-sociales) et favoriser l'ouverture d'un dialogue sur les risques liés à la pratique de l'injection ;

- témoigner de l'utilité d'une éducation pratique aux risques liés à l'injection à partir d'une évaluation issue de l'expérience de terrain.

17 usagers ont été inclus dans le projet ERLI en 2010. L'activité consiste en une approche éducative individuelle théorique et pratique au cours d'un nombre déterminé de séances (6 séances maximum) où l'usager utilise le produit qu'il consomme habituellement sur la base d'un protocole explicite avec les usagers (procédure d'inclusion, règles à observer, acceptation du processus d'évaluation).

24 séances d'accompagnement ont été réalisées.

Le projet bénéficie également du partenariat d'Aides et du soutien de l'Inserm dans le cadre d'une recherche-action soutenue et financée par l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales), projet de recherche intitulé AERLI (accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection). Les résultats de cette étude devraient être disponibles d'ici à deux ans.

Un nombre de cas de tuberculose diagnostiqués extrêmement élevé

Comme évoqué précédemment dans le rapport, en 2009, le nombre de cas de tuberculose déclarés en France était de 5 276, soit 8,2 cas pour 100 000 habitants. Entre 2000 et 2009, le nombre de cas a diminué d'environ 2,6 % par an. Cependant, si on note une diminution de 3 % par an en moyenne chez les sujets nés en France, il existe une hausse de 1,1 % par an chez les sujets nés à l'étranger. La situation épidémiologique place la France comme un pays à faible incidence de tuberculose.

Si l'incidence nationale de la tuberculose est peu élevée, **l'Île-de-France et la Guyane sont en revanche les régions avec les plus forts taux de déclaration, respectivement de 15,8/100 000 habitants et 23,9/100 000 habitants.** Les départements avec les taux de déclaration les plus élevés restent la Seine-Saint-Denis (30,3/100 000) et Paris (23,4/100 000)¹⁰⁶.

La tuberculose touche essentiellement les personnes en situation de précarité et/ou migrants originaires de pays où la maladie existe à l'état endémique.

Les risques les plus importants sont liés aux conditions de vie et d'accès aux soins.

Ainsi, pour les personnes sans domicile fixe, le taux de déclaration est de 120/100 000 habitants, celui des personnes originaires d'Afrique subsaharienne est de 108,5/100 000 habitants.

En France métropolitaine, les taux de déclaration chez les

personnes nées à l'étranger étaient environ 8 fois supérieurs à celui des personnes nées en France (35,1/100 000 vs 4,3/100 000)¹⁰⁷. Par ailleurs, ce taux de déclaration parmi les personnes nées à l'étranger diminuait avec l'ancienneté de l'arrivée en France (267/100 000 chez les personnes arrivées en France depuis moins de 2 ans, vs 18/100 000 chez celles arrivées en France depuis 10 ans ou plus)¹⁰⁸.

Cela justifie la mise en œuvre d'actions spécifiques auprès des personnes vivant à la rue et des migrants récemment arrivés.

Un programme de lutte contre la tuberculose a été lancé en juillet 2007 par la Direction générale de la santé. Organisé autour de 6 axes, ce plan fixe un certain nombre d'objectifs. On retiendra entre autres objectifs :

- sensibiliser et informer les personnes exposées, notamment les personnes sans domicile et les migrants en provenance des zones de fortes incidences ;
- favoriser l'accès aux soins et renforcer la confiance dans le dispositif de soins ;
- renforcer le dépistage de la tuberculose maladie.

Intégrer la prise en charge de la tuberculose, maladie à forte prévalence dans cette population, dans nos actions de prévention nous paraissait essentiel. L'amélioration du dépistage et de la collecte de données pour la tuberculose est demeurée un objectif majeur en 2010.

(106) InVS, « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009 », BEH n°22, 7 juin 2011.

(107) Idem

(108) InVS, « Épidémiologie de la tuberculose en France : bilan des cas déclarés en 2008 », BEH n°27-28, 6 juillet 2010.

Nous rapportons ici nos actions dans les deux Caso d'Île-de-France qui ont des partenariats effectifs avec des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT), ce qui permet le dépistage de la façon la plus optimale possible pour les patients.

Au Caso de Paris, les radiographies sont effectuées et lues au Centre de lutte antituberculeuse (CLAT) Edison ; la double lecture est faite au Caso par les pneumologues ; elle est couplée à l'étude du dossier clinique. Cette confrontation radio-clinique permet d'adapter la décision médicale aux antécédents et aux conditions de vie du sujet. Une radiographie pulmonaire est proposée aux sujets consultants au Caso chez :

- les sujets symptomatiques, dont la sémiologie clinique est évocatrice de tuberculose, soit 19 patients en 2010 ; ils sont dirigés immédiatement ou de façon différée vers une structure de soins ;
- les sujets asymptomatiques, dont la sémiologie clinique est autre, soit 688 patients en 2010.

En tout, 707 radiographies pulmonaires ont donc été pratiquées.

Le rendement au Caso est élevé : 3 cas de tuberculose pulmonaire évolutive ont été dépistés sur 707 radiographies de thorax faites, soit 424/100 000 personnes.

Au Caso de Saint-Denis, l'année 2010 a été fructueuse pour la collaboration entre Médecins du Monde et le service de lutte contre les maladies infectieuses du Conseil général de

Seine-Saint-Denis. Un protocole de dépistage de la tuberculose a été initié. Cela a été possible grâce à l'affectation d'une équipe dédiée au Plan tuberculose au sein du Conseil général et à l'obtention de financements conséquents.

404 personnes ont ainsi pu être dépistées. **Parmi elles, 11 tuberculoses maladies ont été diagnostiquées, soit 2,7 %.**

Les deux Caso d'Île-de-France reflètent bien les tendances départementales en terme de prévalence : sur 1 111 patients dépistés, 14 cas de tuberculose ont été diagnostiqués, soit environ 1,3 % des patients.

Nous pouvons penser par ailleurs que ces chiffres sont sous-estimés. En effet, en cas de forte suspicion de tuberculose, le patient est directement orienté vers l'hôpital. Dans la mesure où nous n'avons pas toujours de retours des services hospitaliers, nous ne pouvons apprécier le nombre des patients réellement infectés.

Ces données reflètent l'importance d'un partenariat actif entre les centres de dépistage de la tuberculose et les associations prenant en charge les personnes en situation précaire.

Elles démontrent aussi l'importance et la nécessité de proposer systématiquement aux patients reçus à MdM une radiographie pulmonaire, et de pouvoir aussi assurer la continuité du traitement, comme en témoigne un médecin de l'équipe de Saint-Denis.

« CONFIRMATION
 D'UNE
 TUBERCULOSE
 MALADIE, MAIS
 UNE RUPTURE DE
 TRAITEMENT DE
 3 MOIS... »



M. N, Rom roumain, arrivé en France depuis quelques mois, consulte en février 2010. Gros fumeur, il tousse, expectore, est fébrile. Il lui est proposé de pratiquer une radiographie pulmonaire dans le cadre de l'action systématique de dépistage de la tuberculose menée par le Conseil général en partenariat avec MdM. La radiographie pulmonaire s'avère très douteuse, et N. est orienté vers l'hôpital de secteur avec lequel a été mis en place un circuit d'accueil et de prise en charge des patients dépistés suspects de tuberculose. Il est hospitalisé en hôpital de jour mais tous les examens pratiqués sont négatifs et le simple diagnostic de surinfection bronchique aiguë sur broncho-pneumopathie chronique est retenu. Au mois de juin, toujours dans le même cadre de dépistage systématique de la tuberculose, c'est au tour de son épouse, I., d'en bénéficier. Le dépistage lui est proposé alors qu'elle consulte pour de simples lombalgies. Certes, elle fume, mais, en dehors d'une toux chronique, banale et ancienne mise sur le compte de son tabagisme, elle ne présente aucun symptôme évocateur d'une infection tuberculeuse : pas de fièvre, pas d'amaigrissement, pas d'altération de l'état général. Cependant, contre toute attente, la radiographie montre des images très douteuses. I. fait le même chemin que son mari en février, mais cette fois la tuberculose est confirmée et un traitement est mis en œuvre pour une durée minimale de 6 mois, avec bien évidemment nécessité d'une surveillance clinique et biologique régulière. Depuis leur arrivée en France il y a quelques mois, N. et I. ont régulièrement changé de « lieu de résidence », abandonnant un bidonville pour un autre bidonville, au gré des menaces d'expulsion et des expulsions effectives. La police se fait de plus en plus pressante, harcelante, arrivant sur les terrains sans mandat particulier mais menaçant les populations d'expulsion des terrains, voire d'OQTF (obligation de quitter le territoire

français), et I. et N. ont peur. Ils savent que la maladie ne les « protège » plus. Leurs amis du camp du quai de Saint-Ouen ont été expulsés, à la fin d'avril, sur ordre du nouveau préfet, alors que son prédécesseur s'était engagé à ne pas prendre de mesures d'expulsion le temps nécessaire au traitement des personnes, qui, à la suite d'une action de dépistage conduite quelques semaines auparavant par le Conseil général, toujours dans le même cadre du plan tuberculose départemental, s'étaient révélés atteintes de tuberculose. I. et N., redoutant une OQTF qui les écarterait du territoire français définitivement, préfèrent rentrer momentanément en Roumanie et ainsi pouvoir revenir dans quelques mois. L'hôpital et nous-mêmes perdons donc la trace de la jeune femme jusqu'à la fin de septembre, où un matin elle vient consulter au Caso, expliquant le pourquoi de ses choix, le harcèlement policier, la peur, les amis expulsés et surtout la crainte de l'OQTF. Nous reprenons contact avec l'hôpital, I. est réintroduite dans le circuit après une rupture de traitement de 3 mois, avec bien évidemment le risque avéré d'avoir développé une résistance aux antibiotiques."

→ L'ACTION DE MÉDECINS DU MONDE AUPRÈS DES PERSONNES SE PROSTITUANT

L'action de Médecins du Monde auprès des personnes se prostituant se traduit par des actions mobiles et en lieu fixe, de promotion de la santé et de réduction des risques liés aux pratiques prostitutionnelles, avec un accompagnement social, médical, administratif et juridique. Des tournées nocturnes, en unité mobile, sont organisées sur les lieux de prostitution, afin de mettre à disposition du matériel de prévention et d'offrir un espace d'écoute et de réponse aux questionnements des personnes. Les équipes s'attachent à donner une information adaptée et traduite si nécessaire sur les risques liés aux IST, VIH et hépatites et autres problèmes de santé, sur les questions de contraception ainsi que sur les droits.

Se rendre sur les sites de prostitution et dialoguer avec les personnes permet d'instaurer, au fil du temps, une relation de confiance favorable aux démarches sociales et médicales.

Deux équipes proposent par ailleurs des permanences dans un lieu fixe afin de procurer un suivi plus individualisé. Les équipes proposent des accompagnements physiques, lorsque cela est nécessaire, vers les structures de droit commun, pour faciliter la communication lorsque les bénéficiaires ne parlent pas français ou pour s'assurer de la qualité de leur accueil. Il s'agit d'accompagnements vers les structures médicales, mais également d'accompagnements sociaux ou juridiques, y compris pour les personnes victimes de violences.

L'équipe du Lotus Bus qui intervient auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris témoigne de l'importance des accompagnements, moments privilégiés pour resensibiliser les personnes aux messages de prévention et s'assurer qu'ils sont bien compris.

« L'ACCOMPAGNEMENT,
 UN PRÉALABLE
 SOUVENT
 INDISPENSABLE »

“ Mme X. sollicite un accompagnement à la suite d'un entretien de prévention dans le bus. Alors qu'elle a déjà eu plusieurs cas de ruptures de préservatifs, elle n'a jamais effectué un dépistage. Après chaque prise de risque, elle utilise des ovules antibactériens achetés en pharmacie pour prévenir l'infection. Lors de cet entretien, nous discutons des voies de contamination et des risques de l'utilisation des ovules antibactériens. Nous discutons de l'intérêt d'un dépistage pour qu'elle se rassure sur les risques qu'elle a pris. Elle souhaite se faire accompagner car elle est en France depuis quelques mois seulement et a toujours du mal à s'orienter. Au jour convenu, l'accompagnant la retrouve au métro et lui montre le chemin jusqu'au CDAG. L'accompagnant lui explique le déroulement de la consultation (comment se présenter à l'accueil, la salle d'attente...). Au CDAG, elle effectue une prise de sang et un prélèvement vaginal. La période d'attente permet à Mme X. et à l'accompagnant de s'interroger sur les causes des ruptures : mauvaise utilisation du préservatif ? Non-utilisation du lubrifiant ? Malveillance des clients ? À la fin de l'accompagnement, elle se dit capable de retrouver le CDAG toute seule et elle est rassurée par la présence mensuelle d'une interprète chinoise de l'association Arcat au CDAG. Elle reviendra donc toute seule pour avoir ses résultats et recontactera les médecins du bus si besoin.”

Dans l'objectif de sensibiliser et d'offrir une meilleure opportunité d'accès au dépistage du VIH, les équipes développent des actions spécifiques de dépistage « hors les murs », en partenariat avec les CDAG et certaines associations. L'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique du VIH (Trod) par les structures associatives de lutte contre le VIH permettra d'être au plus près des populations cibles et de lutter contre le retard de recours au dépistage.

■ En 2010, 5 équipes travaillent auprès des personnes se prostituant à Nantes, Paris, Montpellier, Poitiers et Rouen¹⁰⁹.

Le programme prostitution de Nantes existe depuis 2000 et se décline en 2010 à travers trois types d'activité : tournées nocturnes, accueil de jour et action « indoor ».

À raison de deux sorties par semaine, l'équipe a effectué, en 2010, 87 tournées nocturnes et établi 1 633 contacts, pour une file active de 174 personnes.

Elle comptabilise par ailleurs 1 150 passages annuels à l'accueil de jour, soit une moyenne de 96 personnes par mois, pour une file active de 111 personnes.

55 accompagnements physiques ont été réalisés.

L'équipe mène par ailleurs depuis la fin de 2007 une action auprès des personnes qui se prostituent en indoor.

On appelle « indoor », toute pratique sexuelle tarifée ne se pratiquant pas sur la voie publique, mais dans des lieux privatifs, en appartements ou à l'hôtel en parallèle de l'« outdoor » (échange tarifé de services sexuels dans la rue). Pour MdM, l'enjeu est d'accéder aux populations, quels que soient leurs lieux de travail, pour pouvoir évaluer les risques liés aux pratiques, repérer des vulnérabilités éventuelles, des problèmes de santé ressentis et des difficultés d'accès aux soins et aux droits.

En 3 ans, cette action a comptabilisé 2 076 contacts auprès de 896 personnes différentes (de façon indirecte par des messages sur répondeur, des SMS, des mails ou de façon directe par des échanges téléphoniques, voire des passages au bureau¹¹⁰). Des échanges directs ont été possibles avec 24 % des personnes, soit 224, dont 90 qui ont été intéressées par la démarche, soit près de 40 % des contacts directs établis. Lorsque le contact arrive à s'établir, l'accueil est donc plutôt favorable. Mais le bilan montre à quel point la création du lien avec ce public est difficile, d'où la nécessité de revoir la méthode d'intervention, en impliquant davantage les personnes concernées. En effet, cette action serait d'autant plus pertinente si elle était construite conjointement avec un travailleur pair, ce qui permettrait de répondre au plus près aux besoins et demandes des personnes.

Le Lotus Bus intervient depuis 2002 spécifiquement auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris. En 2010, l'équipe a effectué 206 sorties, établi 10 316 contacts pour une file active de 611 personnes différentes, en stationnant sur 5 sites différents, 3 fois par semaine.

Depuis mars 2009, un lieu d'accueil fixe en journée a été mis en place.

En 2010, 36 permanences ont été assurées, 88 femmes ont été reçues en journée et ont bénéficié de 183 entretiens.

L'équipe a par ailleurs procédé à 199 accompagnements médicaux et juridiques, qui ont concerné 98 femmes différentes.

Deux ateliers thématiques ayant rassemblé 37 personnes ont été organisés dans l'année : l'un sur les droits liés à la situation administrative et à l'exercice de la prostitution, l'autre sur le traitement d'urgence en cas de risque d'exposition.

6 actions de dépistage « hors les murs » ont eu lieu sur l'unité mobile, au cours desquelles 102 femmes ont été dépistées.

L'équipe de Montpellier intervient depuis 2003 exclusivement dans la rue, à raison d'une sortie par semaine. Lors des 47 sorties effectuées en 2010, l'équipe a comptabilisé 1 071 contacts pour 161 personnes différentes. La population rencontrée par l'équipe est composée à 29 % d'hommes.

À Rouen, l'équipe de Médecins du Monde intervient depuis 2000 et effectue une sortie dans la rue tous les 15 jours – elle comptabilise ainsi 21 sorties et 604 contacts pour 160 personnes différentes en 2010.

L'équipe de Poitiers, qui mène un programme prostitution depuis 2004, effectue une tournée nocturne hebdomadaire. Ainsi, en 2010, l'équipe a effectué 48 sorties de nuit et établi 499 contacts pour une file active de 34 personnes différentes.

Les programmes de Médecins du Monde auprès des personnes se prostituant s'adressent en très grande majorité à des personnes étrangères qui se heurtent aux difficultés de tout migrant pour accéder aux soins en France :

- méconnaissance du système de soins ;
- méconnaissance des droits à la couverture maladie ;
- complexité des démarches à effectuer, difficulté à obtenir une domiciliation ou une justification de présence sur le territoire français ;
- refus de soins aux personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME de la part de certains professionnels ;
- contexte sécuritaire autour des « sans papiers » : peur de se déplacer pour se faire soigner ;
- absence de médiation culturelle dans les structures de santé de droit commun ; manque de prise en compte de la culture de la personne pour appréhender les questions de la santé ; déficit particulièrement important en matière de santé mentale ;
- difficultés linguistiques ;
- outils de communication grand public ou de sensibilisation incompréhensibles ou inappropriés ;
- désengagements des structures de soins de droit commun qui refusent de recevoir les patients non accompagnés d'un traducteur/médiateur ; les patients non suivis par une association ne peuvent accéder aux soins dont ils ont besoin.

(109) Les rapports d'activité des missions sont disponibles sur demande à la Direction mission France dmf@medecinsdumonde.net

(110) Les coordonnées des personnes sont repérées sur des annonces passées sur Internet.

Comme le signalent les équipes, les personnes se prostituant se heurtent par ailleurs à deux difficultés supplémentaires :

- **La stigmatisation et la discrimination des personnes se prostituant** : il est extrêmement difficile pour les personnes de pouvoir aborder les questions de santé au regard de leur activité tant les représentations négatives autour de la prostitution, y compris de la part des personnels de santé, sont omniprésentes. Il n'est pas rare de rencontrer des regards et des propos jugeant et condamnant ces pratiques, réduisant à néant les chances de dialoguer et de répondre aux préoccupations sanitaires des personnes. Cette discrimination induit des différences de traitement et de prise en charge de la part de certains professionnels ;
- **Le contexte législatif encadrant la prostitution** : si, en théorie, les personnes sont libres de se prostituer, le délit de racolage passif en empêche l'exercice. Les conditions d'exercice étant de plus en plus difficiles, les personnes s'inscrivent dans une stratégie de survie où les questions de santé s'envisagent une fois que les questions

de sécurité, de logement, de nutrition, de violences sont réglées. Par ailleurs, ce cadre législatif entraîne une méfiance à l'égard des institutions qui dépasse désormais les milieux policier et judiciaire et gagne le paysage médico-social.

Le Conseil national du sida a réaffirmé en juin 2010 que les contradictions entre les politiques de santé et les autres politiques, en particulier de sécurité et d'immigration, entravent le travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins¹¹¹.

L'accès aux droits et aux soins des personnes se prostituant, particulièrement exposées aux risques d'infections sexuellement transmissibles, est de plus en plus limité. Victimes de violences et d'arrestations abusives, notamment depuis la mise en place de la loi de sécurité intérieure en 2003, qui a réintroduit le délit de racolage passif¹¹², elles doivent le plus souvent se cacher, ce qui les rend moins visibles et plus vulnérables, les éloigne des structures médico-sociales et complexifie le travail des associations.

LES PATHOLOGIES ET SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

LES POINTS ESSENTIELS

- > Environ 12 % des patients examinés en 2010 présentaient une pathologie psychique ou psychiatrique, le plus souvent des troubles anxieux ou des syndromes dépressifs.
- > Ces troubles sont deux fois plus souvent repérés pour les patients français que pour les patients étrangers.
- > Indépendamment de la question de la nationalité, les personnes les plus fréquemment affectées de troubles psychiques sont les patients hébergés par un organisme ou une association ou sans domicile fixe, et, parmi les étrangers, les patients présents en France depuis plus de 3 ans et les demandeurs d'asile.

En 2010, un diagnostic de trouble psychologique ou psychiatrique a été repéré et codifié par les médecins pour environ 12 % des patients examinés. Les diagnostics les plus fréquents sont des troubles anxieux et des syndromes dépressifs. Les affections psychiatriques plus graves comme la psychose ont été diagnostiquées pour un peu moins de 1 % des patients (*tableau 36*)¹¹³.

Comme nous l'avons vu précédemment, la souffrance psychique n'est pas toujours reconnue et exprimée en tant que telle par les patients, ce sont bien souvent les médecins qui la repèrent, intriquée à d'autres affections. Ainsi, plus de 37 % des personnes présentant un trouble psychique ou psychiatrique consultaient pour un autre motif.

(111) Avis conjoint du Conseil national du sida et de la Conférence nationale de santé relatif au projet de plan national VIH/sida - IST 2010-2014, adopté le 17 juin 2010, consultable sur le site www.cns.sante.fr à la rubrique rapports, avis et recommandations.

(112) Article 225-10-1, créé par Loi 2003-239 2003-03-18 art. 50 2° JORF 19 mars 2003.

(113) Ces résultats sont davantage révélateurs de ce que les médecins généralistes ont repéré. En effet, certains psychiatres utilisent leurs propres dossiers médicaux et la codification des pathologies n'a pas toujours été retranscrite et saisie en informatique, ce qui ne rend pas compte des pathologies psychiatriques avérées. Nous serons vigilants sur ce point afin d'améliorer le recueil de données pour les années à venir.

Un médecin de Nice décrit ainsi la façon dont peuvent être somatisées les angoisses : « *Les symptômes que les patients décrivent peuvent relever de pathologies organiques, mais sont, plus souvent qu'ailleurs, la traduction d'une somatisation de leurs angoisses, de leur mal-être, de leur passé dramatique, de l'inconnu de leur avenir. L'insomnie est d'ailleurs souvent retrouvée à l'interrogatoire et les organes cibles sont souvent la tête avec de fréquentes céphalées, mais aussi l'abdomen avec des douleurs gastro-intestinales, le dos avec des dorsolombalgies tenaces.* »

Le facteur de variation le plus important des troubles psychiques est la nationalité, avec une prévalence près de 2 fois plus importante parmi les patients français.

Cette prévalence plus importante parmi les Français est surtout due à la fréquence plus élevée des syndromes dépressifs et de l'usage de substances psychoactives, et dans une moindre mesure des psychoses.

Mais nous devons relativiser ce résultat car de multiples facteurs tant culturels que liés à la barrière linguistique font que les patients étrangers ne s'expriment pas directement sur le sujet.

Comme le décrit un médecin de Nice : « **Depuis le début, ils taisent la souffrance, ils endurent le labyrinthe administratif, ils protègent les enfants. Ils ne se disent qu'entre eux ces choses là, avec beaucoup de regards et peu de mots : ils n'ont pas appris à dire avec les mots, et puis à quoi bon, ils savent...** »

Une analyse des autres facteurs associés aux troubles psychiques est proposée dans le tableau 37 en distinguant les patients étrangers et français.

On peut ainsi constater parmi les étrangers que la fréquence des troubles psychiques ou psychiatriques est maximale chez les patients adultes, et qu'à l'inverse elle apparaît plus faible parmi les plus jeunes (moins de 20 ans) et les plus âgés (60 ans et plus).

L'environnement social des patients ainsi que leurs conditions de logement sont également des facteurs associés avec une prévalence des troubles psychiques ou psychiatriques qui est majorée parmi les patients sans domicile fixe, hébergés par une association ou un organisme, ou vivant seuls (avec ou sans enfants).

On peut également noter que la fréquence des troubles augmente avec la durée de résidence en France, pour concerner près de 15 % des étrangers vivant en France depuis au moins 10 ans ; cette évolution est probablement à rapprocher de la précarité des conditions de vie de ces personnes, même après de nombreuses années passées en France, qui ont perdu tout espoir d'une vie meilleure et peut-être acquis une plus grande capacité à en parler.

Les demandeurs d'asile, enfin, sont plus souvent affectés que les autres étrangers, ceci en lien avec les situations de violence et d'insécurité vécues dans leur pays d'origine et/ou lors du parcours migratoire.

Selon les observations du Comede, le risque de psychotraumatisme grave apparaît 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existe un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque cette violence est qualifiée de torture¹¹⁴.

Dans son rapport 2010, Médecins sans Frontières décrit la prise en charge psychologique de 300 demandeurs d'asile dans son centre de soins et d'écoute¹¹⁵. Ces patients présentaient des antécédents traumatiques fréquents et souvent associés : violences physiques (60 %), mort violente d'un proche (51 %), détention (39 %), torture (31 %) et violences sexuelles (20 %). Les manifestations et plaintes psychologiques les plus fréquemment observées étaient des troubles intellectuels/cognitifs (73 %), des reviviscences et cauchemars (63 %), un sentiment de culpabilité (58 %), une autodépréciation avec perte de l'estime de soi (58 %) et des idées suicidaires (34 %). Les diagnostics les plus souvent rapportés étaient des troubles psychotraumatiques (30 %), des troubles anxiodépressifs (23 %), une anxiété généralisée (15 %) et des troubles dépressifs (13 %).

Tableau 36 : Les patients souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques selon la nationalité (% en colonne)

	Ensemble des patients		Français		Étrangers	
	%	n	%	n	%	n
Diagnostic de troubles psychologiques ou psychiatriques	12,1	2 147	21,3	284	11,3	1 733
dont...						
- Angoisse, stress, troubles psychosomatiques	7,2	1 278	8,8	118	7,2	1 101
- Syndrome dépressif	2,8	504	5,0	67	2,6	402
- Autres problèmes psychologiques	2,1	378	3,7	50	2,0	307
- Psychose	0,7	126	2,0	26	0,6	87
- Usage abusif de substances psychoactives	1,1	202	5,8	77	0,7	102

(114) Comité médical pour les exilés, « *La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation 2010* » : www.comede.org

(115) Rapport d'activité 2010 du centre d'écoute et de soins de Médecins sans Frontières

Tableau 37 : Diagnostic de troubles psychiques ou psychiatriques selon la nationalité et les autres caractéristiques des patients

	Patients étrangers			Patients français		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	11,3			21,3		
Sexe						
Hommes	12,3	réf		22,5	réf	
Femmes	10,0	1,0	ns	19,1	1,0	ns
Âge						
Moins de 20 ans	3,4	réf		7,8	réf	
20-39 ans	13,5	2,1	***	23,0	2,2	*
40-59 ans	13,3	2,1	***	27,3	2,7	*
60 ans et plus	5,3	0,8	ns	14,9	1,2	ns
Logement						
Stable	10,4	réf		20,1	réf	
Hébergés (organisme ou association)	12,8	1,3	**	21,3	1,0	ns
Précaire	10,3	1,0	ns	18,8	1,0	ns
Sans domicile fixe	15,6	1,3	*	26,7	1,3	ns
Situation familiale						
Seul(e)s (avec ou sans enfants)	13,3	réf		23,2	réf	
En couple (avec ou sans enfants)	10,7	0,8	**	22,4	1,0	ns
Durée de résidence en France						
Moins de 3 mois	10,8	réf		----	----	----
3 mois à 1 an	11,5	1,1	ns	----	----	----
1 à 3 ans	10,4	0,9	ns	----	----	----
3 à 10 ans	13,7	1,2	*	----	----	----
10 ans et plus	14,6	1,4	**	----	----	----
Concerné(e)s par une demande d'asile						
Non	10,0	réf		----	----	----
Oui	16,9	1,9	***	----	----	----
Situation administrative						
En situation régulière	9,3	réf		----	----	----
Sans titre de séjour	12,5	1,0	ns	----	----	----

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité de présenter un problème de souffrance psychique parmi les étrangers sans domicile fixe est multipliée par 1,3 (OR significatif p<0,05) par rapport aux étrangers vivant dans un logement stable, toutes choses égales par ailleurs.

→ EXPÉRIENCE DU CASO DE NANTES

À TRAVERS LES CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES TRANSCULTURELLES¹¹⁶

À Nantes, il n'existe aucun lieu spécifique de prise en charge du psycho-traumatisme des migrants dans le système de droit commun. Face aux sollicitations de plus en plus nombreuses et aux nécessaires orientations, depuis la première ébauche de consultation psychologique en 2001, l'équipe de Nantes a décidé de se former, de spécialiser sa consultation psychologique dans ce domaine et de militer pour la mise en place d'une consultation transculturelle dans le système de droit commun.

L'approche transculturelle combine à la fois théorie psychanalytique et données anthropologiques, historiques et politiques.

Les soins psychologiques prodigués s'articulent à la fois dans le parcours de soins et dans le parcours administratif de ces personnes. Il est donc nécessaire de contextualiser au plus près leur situation globale afin d'être à même d'appréhender leurs difficultés et ainsi de proposer des soins adaptés. Nous soulignons le délitement de l'accueil et de la protection des demandeurs d'asile, qui ont des conséquences multiples sur la poursuite des soins.

La violence administrative accrue, la précarisation grandissante, le déni de la parole de ces populations entraînent une souffrance psychique plus importante, voire une possible résurgence traumatique, et perpétuent le sentiment d'insécurité.

En 2010, 437 consultations ont été effectuées pour 63 personnes différentes, soit en moyenne 7 entretiens par personne. L'équipe a eu recours à des interprètes en langues russe, portugaise et turque, fortement sensibilisés à la spécificité de l'interprétariat en situation psychothérapeutique. La recrudescence des demandes de prise en charge des patients migrants par les partenaires a conduit l'équipe de MdM à constituer une liste d'attente pour un délai compris entre 4 et 6 mois avant une première consultation. Ce qui montre à quel point le besoin est criant.

Une psychologue de l'équipe décrit le long parcours de prise en charge et de suivi d'une femme ayant subi torture et viol, la mort de son mari puis l'exil.

« EST-CE QU'ELLE EST FOLLE ? »



Mme N., âgée de 41 ans, est originaire d'Arménie. Elle a été adressée à MdM par le médecin de la Pass. Elle est hébergée chez sa famille. Sa sœur est réfugiée depuis plusieurs années en France, et leur mère l'avait rejointe quelques temps avant l'arrivée de Mme N. en France en 2009. Je reçois Mme N avec une interprète en langue russe. L'histoire de Mme N. en Arménie se termine par deux événements jugés traumatisants par la patiente, qui les évoquent toujours avec beaucoup d'angoisse : son arrestation par le KGB (torture et viol) et la mort de son mari pour avoir pris sa défense auprès des autorités. Des pertes de connaissance régulières amèneront Mme N. à consulter la Pass. Son médecin l'orientera vers nous, jugeant ce symptôme comme psychique, lié à son traumatisme. Ses pertes de connaissance apparaissent de façon systématisée dès qu'elle se sent en danger, quand l'excitation ou l'angoisse sont trop fortes. La première difficulté de cette patiente est de pouvoir investir cet espace comme lieu neutre et d'instaurer un lien de confiance. Son insécurité permanente est assez marquante. Mme N. ne tient pas en place, rester assise lui est difficile, l'agitation est constante, le regard fuyant et semblant attendre avec impatience que je l'autorise à partir. « Je ne supporte pas d'être à la maison, j'ai besoin de marcher, d'être dehors, de faire des allers-retours sans savoir où je vais, j'ai juste besoin de marcher. » On parle ici du symptôme d'hypervigilance, un des symptômes majeurs du psychotraumatisme. J'ai mis en place avec elle un protocole particulier. Elle décide au début de notre entretien du temps qu'elle souhaite rester, ce qui lui permet de reprendre le contrôle sur sa démarche. Cela fonctionne bien. Il est impressionnant de remarquer que son agitation ne reprend que lorsque le temps qu'elle a proposé est arrivé à échéance. L'hypervigilance se traduit aussi chez Mme N. par une attitude que l'on pourrait juger d'évitante : peur d'être suivie, l'envie irrépressible de devoir se mettre à courir ou de descendre plus tôt des transports, sans parler des techniques d'évitement de la police. L'autre symptôme majeur du psychotraumatisme est la reviviscence. Elle parle d'être envahie par les images de ces moments-là, elle pousse sa conscience à oublier mais n'y arrive pas. La violence et la confrontation avec la mort font effraction dans le psychisme de la patiente,

(116) Le rapport complet de la mission est disponible sur demande à la Direction des missions France dmf@medecinsdumonde.net

peut-être réactivant certaines fragilités de la personnalité de cette femme. Le sentiment d'impuissance est récurrent chez elle. Cette impuissance la met dans une fragilité palpable. Aujourd'hui, elle vit chez sa sœur, s'en remet complètement à elle, l'autorise à tout gérer, ses papiers, ses démarches, ses soins, ses prescriptions. En même temps, cette dépendance est insupportable, mettant les deux sœurs très souvent en conflit. J'ai été amenée à rencontrer sa sœur lors d'un entretien pour tenter de poser des mots sur les symptômes que pouvait présenter sa sœur. L'effet bruyant des symptômes peut isoler les patients de leur famille ou des proches de la famille. « Est-ce qu'elle est folle ? » Mot insupportable pour Mme N., pouvant la mettre très en colère, frappant, se défendant avant de prendre la fuite ou de perdre connaissance. Lors des entretiens, il a été important avec Mme N. de pouvoir lui expliquer le sens de ses symptômes, de remettre de la « normalité » sur ses mécanismes défensifs. Elle-même avait très peur de devenir folle, ne comprenant pas ses comportements.

Cette patiente a nécessité tout le long de son suivi différentes démarches vers le réseau. Son orientation vers les urgences psychologiques a été très compliquée. Son incapacité à rester dans un espace clos et le délai d'attente des urgences n'a pas été compatible par deux fois, rendant la prise en compte de sa demande d'hospitalisation nulle. Toutefois, le réseau mis en place depuis plusieurs années et le bon repérage de cette consultation ont permis une prise en charge rapide auprès d'un médecin psychiatre responsable d'un des secteurs nantais. Il était urgent de pouvoir faire bénéficier cette patiente de soins psychiatriques en parallèle de sa prise en charge en psychothérapie afin de calmer ses angoisses mais aussi ses idées morbides et ses envies de suicide. Depuis la mise en place du traitement et l'étroite collaboration avec ce médecin psychiatre, Mme N. va mieux et investit plus facilement l'espace thérapeutique. Cette collaboration va permettre également de mettre en place une demande de séjour pour soins, suite au refus de son recours."

L'évaluation des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste, cette dernière étant plus aisément exprimée par le ressenti des professionnels de première ligne intervenant auprès de ces publics. Aussi, afin d'avoir une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion, ont été conçues les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), à travers une circulaire qui en détermine le cahier des charges¹¹⁷. Il s'agit d'aller au-devant des personnes, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés, afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire. Il s'agit ainsi d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de la psychiatrie et les acteurs de première ligne afin de faciliter l'élaboration de prise en charge coordonnée.

Six ans après la décision de leur mise en œuvre, il existait au début de 2011 environ 140 EMPP en France, qui se distinguent par une forte hétérogénéité à la fois dans leur répartition territoriale et dans leur mission¹¹⁸.

À notre connaissance, aucune évaluation nationale n'a été mise en œuvre, qui permettrait de vérifier l'adéquation des missions aux besoins des personnes les plus précaires.

Tout comme les permanences d'accès aux soins de santé, ces dispositifs de proximité doivent être développés et pérennisés.

Écho de la volonté des pouvoirs publics de développer des actions mobiles de psychiatrie en direction des personnes vivant dans la précarité, Médecins du Monde a accompagné depuis 2007 la création d'une équipe hospitalière mobile de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM). MdM a pu se désengager fin 2010.

(117) Circulaire n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/2005/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

(118) Mercuel A., Qerimi A. « État des lieux des EMPP 5 ans après la circulaire », diaporama communiqué le 14 mars 2011, lors de la IV^e Journée nationale des EMPP au CH Sainte-Anne, Paris.

→ PROJET DE SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE À MARSEILLE : PASSAGE DE RELAIS VERS LE DROIT COMMUN¹¹⁹

L'objectif général du projet est ainsi d'améliorer l'accompagnement sanitaire, social et citoyen des personnes en errance et avec des troubles psychiatriques sévères, dans le cadre d'un dispositif d'intervention innovant directement accessible pour les bénéficiaires sur leur lieu de vie, en partenariat avec l'AP-HM.

Il s'agit de proposer un accompagnement et une continuité des soins en santé mentale directement accessible sur les lieux qu'utilisent les personnes en errance. Il s'agit également de favoriser une politique de réduction des dommages en santé mentale basée sur la prévention primaire (éviter l'apparition des troubles) et secondaire (éviter l'aggravation des troubles), en renforçant les compétences des personnes dans la prise en charge de leur pathologie mentale et en renforçant l'orientation et l'accompagnement vers les structures *ad hoc*. Le but est également de développer à partir du savoir faire MdM des pratiques et des outils innovants et transposables afin de participer et d'accompagner les processus de changement mis en œuvre par l'AP-HM dans la prise en charge de ce public spécifique.

Le contexte sanitaire est alarmant : près d'un tiers des personnes sans abri sont atteintes de troubles psychiatriques sévères¹²⁰. La plupart n'ont pas accès à des soins effectifs et décèdent prématurément en raison de l'incurie de leur situation. Incapables d'identifier et d'atteindre des offres de soins de droit commun, le système public de santé est quant à lui incapable d'aller à la rencontre de ces personnes gravement malades. Plusieurs facteurs, autres que celui de la qualité du système de soins en santé mentale, jouent un rôle déterminant dans la santé des personnes sans chez-soi. Le premier est bien sûr la question autour du chez-soi et de l'habitat.

L'exclusion sociale des personnes reconnues avec un diagnostic psychiatrique est un autre facteur important. L'absence permanente de campagne de déstigmatisation est une autre carence.

À partir de l'approche du « aller vers », le programme de Médecins du Monde, basé sur le travail de santé communautaire, allie les compétences professionnelles des personnels de santé et les compétences de vie de travailleurs pairs, en tant que « médiateurs de santé en psychiatrie », pour aller à la rencontre des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères et sans domicile fixe.

L'équipe d'intervention est mixte, composée de membres de Médecins du Monde et de l'AP-HM.

■ Chiffres clés d'activité

- 214 tournées de rue réalisées, au cours desquelles 586 contacts ont été établis, pas toujours en lien avec les problématiques de santé mentale ;
- 161 entretiens de prévention menés directement dans la rue, de réduction des risques liés aux pratiques addictives ou liés à la situation de sans-abri souffrant de troubles psychiatriques sévères ;
- 198 personnes ayant bénéficié d'un suivi individuel (avec une fréquence et une intensité variables selon les individus) ;
- 77 hospitalisations effectuées pour 40 personnes différentes, dont 65 % étaient en état aigu de schizophrénie ;

■ Un désengagement opérationnel possible

L'année 2010 a été particulièrement importante puisqu'elle a vu la concrétisation d'un objectif majeur : la professionnalisation des médiateurs de santé en psychiatrie. Un premier médiateur avait été recruté par l'AP-HM en décembre 2009, deux médiateurs supplémentaires ont été engagés au cours de l'année 2010, dont le médiateur de santé de Médecins du Monde.

Plusieurs objectifs ont été atteints, qui ont conduit à un désengagement opérationnel de Médecins du Monde à la fin de 2010 :

- l'équipe mobile de l'AP-HM est très bien dotée en ressources humaines ;
- les personnes suivies ont un accès effectif à des soins de santé ;
- un lieu de résidence d'accueil à bas seuil, le Marabout, a été créé et pérennisé et complète l'offre de soins de l'équipe mobile ;
- les médiateurs de santé en psychiatrie font désormais partie du paysage professionnel et interviennent conjointement avec les autres acteurs du soin, aussi bien en intrahospitalier, dans les services, que dans la rue. La grande attente pour les années à venir est la reconnaissance administrative de leur statut professionnel.

La question de l'accompagnement des personnes sans abri vivant avec des troubles psychiatriques sévères est complexe. Elle nécessite que l'on se penche non seulement sur les questions d'accès aux soins, mais également sur les problèmes d'accès au logement, la possibilité de retrouver un emploi,

d'accéder à des espaces de socialisation pour sortir de l'isolement... Il s'agit de considérer les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la globalité de leurs besoins et de leurs moyens pour espérer un rétablissement durable.

(119) Le rapport complet de la mission est disponible sur demande à la Direction des missions France dmf@medecinsdumonde.net

(120) Laporte A., Chauvin P. Rapport SAMENTA, « Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France », Observatoire du Samu social de Paris et Inserm, janvier 2010.

LES VIOLENCES SUBIES

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2010, les accueillants de MdM ont repéré 2 040 personnes victimes de différentes formes de violences (10 % des patients), le plus souvent parce qu'elles vivaient dans un pays en guerre ou encore à la suite d'agressions de la part des forces de l'ordre ou de tiers. Ces violences se sont déroulées, pour la plupart des patients étrangers, avant leur arrivée en France.**
- **Les étrangers concernés par une demande d'asile sont particulièrement exposés, de même que certaines nationalités (ressortissants d'Océanie et d'Amérique, Proche et Moyen-Orient).**
- **Les patients qui ont été exposés à des situations violentes souffrent beaucoup plus fréquemment de troubles psychiques.**

Depuis plusieurs années, les Casos de Médecins du Monde cherchent à identifier, au moment de la consultation, les situations de violence auxquelles ont été soumis les patients. L'objectif est de repérer les violences subies par les personnes, que ce soit dans leur pays d'origine, au cours de leur parcours migratoire, ou depuis leur arrivée en France, afin de leur apporter l'aide la plus adaptée. Précisons que ces questions ne s'adressent pas qu'aux patients étrangers. Les situations de violence peuvent aussi se dérouler en France, *a fortiori* s'agissant de publics en situation de précarité et d'exclusion.

Délicate par nature, la question des violences ne peut pas être toujours abordée d'emblée lors du premier contact avec les personnes, comme en témoigne le taux de réponse relativement modeste¹²¹.

La barrière de la langue peut être également un frein pour évoquer ces sujets. C'est d'autant plus dramatique que l'on peut penser que les personnes les plus vulnérables sont celles qui ne parlent pas la langue du pays où elles vivent. Toutefois, lorsque la question des violences est systématiquement abordée, comme ce fut le cas dans l'enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, on constate que 59 % des personnes à qui la question a été posée répondent avoir subi l'une ou l'autre forme de violence¹²². Les questions posées de façon systématique n'ont porté que sur les violences physiques, sans tenir compte des violences morales et psychologiques.

Une autre enquête menée par les équipes de Saint-Denis et de Paris en 2009 a montré que 84 % des femmes ont

déclaré avoir subi au moins une violence au cours de leur vie : 71 % ont rapporté au moins une violence verbale et/ou psychologique, 57 % ont dit avoir été victimes d'au moins une violence physique, et 34 % ont dévoilé au moins une violence sexuelle durant leur vie¹²³.

Il s'agit donc ici de situations repérées, qui ne représentent pas l'ensemble des patients reçus dans les Casos. En 2010, 2 040 personnes ont été, à titres divers, victimes de situations violentes (tableau 38). Le nombre de cas repérés est orienté à la hausse par rapport aux années précédentes (1 380 cas en 2008, 1 670 en 2009).

Les événements les plus souvent évoqués sont le fait d'avoir vécu dans un pays en guerre, les violences et agressions de la part des forces de l'ordre ou de tiers, le fait de ne pas avoir eu suffisamment à manger.

Relevons les cas de tortures ou de viols, qui, bien que moins fréquents, concernent tout de même respectivement 345 et 214 personnes, qui sont parvenues à en parler. Selon les observations du Comede, plus de la moitié des personnes accueillies dans leur centre de santé ont eu à subir des violences dans leur pays d'origine et près d'un quart ont eu à subir la torture¹²⁴.

Outre les situations de violences subies, les patients étrangers étaient également interrogés sur la chronologie des faits.

On peut ainsi constater que, dans la majorité des cas, les événements violents relatés par les patients se sont déroulés dans leur pays d'origine, plus rarement au cours du trajet migratoire.

(121) Taux de réponses Violences subies : 24,3 %

(122) Chauvin P., Parizot I., Simonnot N. « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, septembre 2009.

(123) Rapport rédigé par Amélie Charrault, master 2 « Expert démographe » à l'Institut de démographie de l'Université de Paris 1, disponible sur demande à la Direction des missions France : dmf@medecinsdumonde.net. Un focus spécifique sur cette enquête est également consultable dans le rapport 2009 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, p.76, téléchargeable sur le site de Médecins du Monde à la rubrique publications : www.medecinsdumonde.org

(124) Comité médical pour les exilés, « La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation 2010 » : www.comede.org

Tableau 38 : Situations violentes subies et déclarées par les patients de MdM

			Chronologie par rapport à l'arrivée en France*		
			Avant	Pendant le trajet	En France
	%	n	n	n	n
Victimes de situations violentes	9,6	2 040			
Dont...					
– Ont vécu dans un pays en guerre	58,8	1 199	395	2	----
– Ont été victimes de violences de la part des forces de l'ordre	34,7	708	248	4	22
– Ont été battu(e)s ou blessé(e)s lors de violences familiales ou lors d'une agression	33,2	678	218	1	31
– Ont souffert de ne pas avoir suffisamment à manger	29,8	608	167	21	89
– Ont été menacé(e)s physiquement ou emprisonné(e)s pour leurs idées	27,5	561	207	1	3
– Ont été torturé(e)s	16,9	345	126	0	2
– Ont subi une agression sexuelle	10,5	214	51	2	7
– Ont été exposé(e)s à un autre événement violent non cité précédemment	10,5	215	64	3	12

* analyse limitée aux patients étrangers

Relevons cependant qu'un certain nombre de personnes indiquent avoir été victimes de violences une fois arrivées en France et que, par ailleurs, environ 90 d'entre elles déclarent avoir souffert de la faim en France.

Ces patients (environ 160), qui rapportent des situations de violence vécues en France, sont majoritairement des hommes (66 %), et 16 % sont français. Ils vivent seuls le plus fréquemment (87 %) et connaissent d'importantes difficultés de logement (24 % sans domicile et 53 % en logement précaire).

Plus des deux tiers (67 %) ne disposent pas d'un titre de séjour, 41 % sont concernés par une demande d'asile.

Les autres événements mentionnés par les personnes sont

le fait d'avoir été au cœur de situations particulièrement traumatisantes, comme le séisme en Haïti ou des actes de terrorisme, mais aussi d'avoir été témoins des violences subies par leur entourage ou les membres de leur famille, ou d'avoir vu leur famille décimée. D'autres évoquent le mariage forcé, des menaces de mort, des violences et agressions dans la rue. D'autres encore évoquent les violences morales, l'humiliation, le harcèlement dont elles ont été ou sont encore victimes.

L'équipe de Strasbourg évoque la situation d'un couple de grands-parents, interpellés par la police, menacés d'expulsion, contraints de laisser seul leur petit-fils de 3 ans.

« UN ENFANT DE 3 ANS EST RESTÉ SEUL APRÈS L'INTERPELLATION DE SES GRANDS-PARENTS »



La famille N., les grands-parents et leur petit-fils âgé de 3 ans dont ils ont la charge. Ils sont déboutés de leur recours et viennent de recevoir une OQTF (obligation de quitter le territoire français). Le lendemain à la première heure, les forces de l'ordre sont venues les interpellés sur le terrain. Ils ont dû laisser l'enfant seul dans la caravane. MdM est alerté et une avocate informée de la situation. La grand-mère sera libérée de garde à vue puis ramenée sur le terrain, son OQTF sera annulée puisque qu'ayant la preuve d'un aller-retour en Roumanie dans les 3 mois précédents. Le grand-père sera quant à lui expulsé vers la Roumanie. La préfecture sera interpellée quant à cette procédure...

L'analyse proposée dans le tableau 39 vise à préciser les caractéristiques des personnes qui ont été victimes de violences.

On peut ainsi constater que ces situations concernent indifféremment les hommes et les femmes, la classe d'âge la plus exposée étant celle des 20-39 ans.

Les difficultés vis-à-vis du logement sont également liées à la violence subie, particulièrement les personnes sans domicile fixe.

L'un des facteurs les plus fortement associés à ce type de situation est le fait d'être concerné par une demande d'asile.

Sur le plan des nationalités, les patients déclarant le plus souvent des situations de violence sont originaires d'Océanie et d'Amérique (Colombie, Haïti), des Proche et Moyen-Orient (Pakistan, Afghanistan), d'Afrique subsaharienne (Côte d'Ivoire, Congo-Brazzaville) et d'Asie (Inde, Bangladesh). Notons que la quasi-totalité des patients victimes de violence originaires d'Océanie et d'Amérique ont été reçus au Caso de Cayenne.

On peut enfin relever un lien étroit entre la présence de troubles psychiques diagnostiqués par les médecins et le fait d'avoir été exposé à la violence.

Tableau 39 : Facteurs associés aux violences subies

	Patients victimes de situations de violences		
	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	9,6		
Sexe			
Hommes	10,4	réf	
Femmes	8,5	0,9	ns
Âge			
Moins de 20 ans	4,2	réf	
20-39 ans	12,7	2,2	***
40-59 ans	8,2	1,8	***
60 ans et plus	4,5	1,3	ns
Logement			
Stable	7,1	réf	
Hébergés (organisme ou association)	12,0	1,4	**
Précaire	10,5	1,4	***
Sans domicile fixe	12,5	1,4	**
Groupe continental			
France	5,8	réf	
Union européenne (hors France)	2,5	0,5	***
Europe (hors UE)	8,9	1,0	ns
Afrique subsaharienne	17,0	2,7	***
Maghreb	4,1	0,7	**
Proche et Moyen-Orient	23,2	3,6	***
Océanie et Amériques	24,4	3,9	***
Asie	13,9	1,9	**
Concerné(e)s par une demande d'asile			
Non	6,9	réf	
Oui	22,7	2,3	***
Diagnostic de troubles psychiques			
Non	8,5	réf	
Oui	20,7	2,6	***

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité d'avoir été victime de situations violentes est multipliée par 2,3 (OR significatif p<0,001) chez les patients concernés par une demande d'asile par rapport aux autres patients, toutes choses égales par ailleurs.

Les personnes qui n'ont presque aucun recours juridique du fait de leur statut administratif sont particulièrement vulnérables, comme en témoigne l'équipe de Saint-Denis,

qui a accompagné une jeune femme, victime de viol, dans ses démarches.

« ELLE REFUSAIT DE PORTER PLAINTÉ POUR ÉVITER TOUTE TRACE JURIDIQUE DE CE VIOL »



Mme T. est Érythréenne. Elle a 28 ans. Elle est mariée mais n'a plus de nouvelles de son mari depuis plus de 6 mois. Tout deux ont fui leur pays après avoir perdu plusieurs membres de leurs familles respectives. Ils ont tout deux fait l'objet de menaces, d'arrestations, de passages à tabac... Un soir, alors que leur quartier faisait l'objet d'un pillage par un groupe de miliciens, ils ont pris la fuite. Depuis ce soir-là, Mme T. ne sait pas ce que son mari est devenu. Elle a marché et traversé le Soudan, puis l'Égypte. Elle a embarqué sur un bateau à destination de Marseille grâce à un réseau de passeurs. Débarquée dans le port de Marseille en pleine nuit, elle s'est cachée dans une ruelle sombre afin de ne pas attirer l'attention. Un groupe de trois hommes parlant français l'ont cependant découverte. Mme T. a été violée par ces trois hommes.

Conseillée et aidée par un compatriote, elle a pris un train pour Paris et a été guidée vers une association d'aide aux demandeurs d'asile. C'est cette structure qui après avoir accueilli et hébergé Mme T. nous l'a adressée afin que soient évoquées avec elle les conséquences médicales et juridiques de ce viol dont elle a été victime. Seule la crainte d'être enceinte avait poussé Mme T. à évoquer avec l'association les violences dont elle avait été victime.

Mme T. a été reçue par la gynécologue du Caso, qui, au vu du discours de Mme T. et des symptômes observés, l'a orientée vers l'assistante sociale et les services hospitaliers. Les entretiens menés avec l'assistance d'un service de traduction téléphonique ont permis d'entendre Mme T. sur sa peur d'être enceinte, sa crainte de la police compte tenu de sa situation irrégulière, sa volonté d'oublier ce qui s'est passé. Mme T. attendait l'arrivée de son mari et ne voulait en aucun cas qu'il puisse être un jour au courant des conditions de son arrivée dans le port de Marseille. Au-delà de la réaction de son mari en tant qu'homme, elle craignait que les siens (ses parents, frères et sœurs...) ne la rejettent.

Dans un premier temps et sur les conseils du planning familial, Mme T. a été accompagnée par l'assistante sociale vers le commissariat de police afin d'y être entendue. Refusant de porter plainte pour éviter toute trace juridique de ce viol, elle a cependant accepté qu'une main courante soit enregistrée, comprenant qu'en donnant cette information aux services de police elle participait à les alerter de l'existence de cette situation de violence.

Cet entretien a également permis que Mme T. obtienne un rendez-vous avec les services des UMJ (unité médico-judiciaires) de l'hôpital Jean Verdier, où elle a été prise en charge pour la crainte d'une grossesse et un dépistage sérologique. Mme T., inquiète et ne parlant que quelques mots d'anglais, a sollicité l'accompagnement d'intervenants sociaux de MdM durant ses échanges avec les services de l'hôpital.

À chaque retour de l'hôpital, un temps était pris au Caso pour contacter le service d'interprétariat par téléphone et réexpliquer le contenu des examens réalisés, des résultats obtenus, des prochains rendez-vous...

Une fois l'ensemble des résultats obtenus, la grossesse de Mme T. avait donné lieu à une fausse couche spontanée, les complications avaient été évitées ; Mme T. nous a remerciés pour l'aide apportée et ne s'est plus présentée, poursuivant comme elle l'avait dit son parcours, en essayant d'oublier cette arrivée en France."

→ CONDITIONS DE VIE ET VIOLENCES SUBIES PAR LES MIGRANTS DANS LE PAS-DE-CALAIS

Témoignage du harcèlement intensif de la part des forces de l'ordre envers les migrants, l'équipe du programme Migrants Nord-Littoral a décidé de rédiger un rapport sur la base de ses constats et des témoignages recueillis auprès des migrants. Les forces de l'ordre ont la volonté de rendre les conditions de vie impossibles aux migrants afin de les épuiser physiquement et moralement et de leur faire renoncer à leur projet de passage vers l'Angleterre ou, tout du moins, de les obliger à quitter Calais. Une lettre ouverte a ainsi été adressée au Défenseur des droits, en juin 2011, pour l'interpeller et demander une enquête sur le comportement de la police vis-à-vis des migrants dans la région de Calais¹²⁵.

Quelques extraits du rapport ont été repris ci-dessous.

En juin 2011, la ville de Calais compte environ 250 personnes migrantes. Depuis la fermeture du centre de la Croix-Rouge, leur nombre a varié d'une centaine de personnes à environ 1 200, maximum atteint à l'été 2009 avant la médiatique destruction de la « Jungle pashtoune ». Les personnes actuellement présentes à Calais sont principalement originaires de pays en guerre ou en conflits armés tels que l'Afghanistan, l'Érythrée, l'Irak, l'Iran, le Soudan... Il s'agit principalement d'hommes jeunes, quelques femmes sont également présentes. On estime que les mineurs représentent au moins 20 % de la population totale. Ils sont arrivés à Calais après un long parcours migratoire périlleux et difficile avec comme objectif l'Angleterre.

C'est à Calais particulièrement, du fait de la pression exercée par les agents des services de police sur ces populations, que l'entrave aux droits des personnes et à l'action humanitaire y est la plus intense.

Il ressort des constats faits sur le terrain que l'activité des services de police auprès des migrants est d'une telle intensité qu'elle peut être qualifiée de « harcèlement policier ».

Elle ne se limite pas à l'exercice des missions de surveillance, de contrôle et éventuellement d'interpellation. En effet, les agents de police détruisent ou confisquent les biens des migrants, affaires personnelles ou matériel distribué par les associations humanitaires. Quotidiennement, ils empêchent également les migrants de trouver des moments pour se reposer et reprendre des forces, en dehors de toute procédure de contrôle d'identité.

■ L'absence d'hébergement

L'inexistence de lieux d'hébergement pour les migrants depuis la fermeture du centre de Sangatte en 2002 a pour conséquence la création de campements et de squats précaires dans l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais. Ainsi, à Calais, qui représente la plus grande concentration de migrants de la région, il n'y a aucun lieu d'hébergement.

• Des conditions de vie fortement préjudiciables à la santé

Dans ces lieux, précaires et non sécurisés, les migrants vivent dans la promiscuité et la saleté. De plus, ces abris de fortune sont ouverts au

froid l'hiver et à la chaleur l'été, au vent et à l'humidité.

L'accès à l'eau est souvent difficile et en quantité insuffisante, ce qui a notamment pour conséquence un accès à l'hygiène très limité. Il n'existe ni point d'eau ni douches dans ces squats. Il n'y a pas de système de gestion des déchets ni des excréments, ce qui favorise un environnement propice aux mouches et aux rats, qui se trouvent en nombre sur certains lieux de vie.

Lors de leurs interventions, les pathologies que les médecins de MdM diagnostiquent sont directement liées aux conditions de vie : le premier motif de consultation concerne les dermatoses (gales, irritations, boutons, surinfections, mycoses...) et le second les troubles ORL (angine, otites, rhinopharyngites persistantes...).

À l'été 2009, plusieurs centaines de migrants de Calais ont été affectés par une importante épidémie de gale qui touchait particulièrement la communauté afghane. Malgré les multiples interpellations des autorités sanitaires par les associations, il a fallu que ces dernières préparent une opération de traitement d'envergure pour que les autorités se décident finalement à réagir et à mettre en place leur propre opération, moins d'une semaine avant celle prévue par les associations. Aujourd'hui encore, si l'incidence de la gale est moindre, elle est toujours présente et l'accès à l'eau et à l'hygiène reste très difficile pour les migrants de Calais.

• Pas d'accueil spécifique pour les populations vulnérables : enfants, personnes malades...

Généralement, les solutions proposées aux mineurs isolés sont insuffisantes ou inadaptées. Ils partagent donc la vie des adultes dans les squats et les campements, exposés et parfois victimes de racket, de violence, d'exploitation sexuelle. Comme les adultes, ils tentent de passer en Angleterre, parfois au péril de leur vie. Ce sont donc des enfants en danger pour lesquels aucune protection n'est envisagée.

Les femmes, les personnes vulnérables, les malades et les convalescents, ne bénéficient que trop rarement d'un hébergement.

Lorsqu'une personne est malade et a, de ce fait, d'autant plus besoin d'un hébergement, il est très difficile de lui en trouver un : les dispositifs sont débordés et rien n'a été prévu pour la population migrante. En conséquence, les associations paient de nombreuses nuits d'hôtel et beaucoup de particuliers proposent à ces personnes un hébergement à leur domicile. Malgré cela, beaucoup restent à la rue avec un plâtre, une angine ou un état fébrile.

• Une négation des droits et une invisibilité institutionnalisées

L'absence de lieux d'accueil est la conséquence de la volonté des autorités de ne pas prendre en compte le problème. Cela traduit une volonté de rendre les migrants « invisibles ». Cette invisibilité des migrants se traduit dans le Plan départemental d'accueil et d'héber-

(125) La lettre ouverte adressée au Défenseur des droits ainsi que le rapport sur « Les conditions de vie des migrants dans le Pas-de-Calais » sont consultables sur le site Internet de Médecins du Monde aux rubriques publications et presse : www.medecinsdumonde.org
 Cette interpellation et les témoignages sur les conditions de vie des migrants viennent en complémentarité des actions menées par d'autres associations, structures présentes sur place et travaillant également auprès des personnes migrantes.

gement et d'insertion 2010-2012, dans lequel, pour le territoire de Calais, il est spécifié :

« La situation de l'arrondissement de Calais a été analysée en faisant abstraction de la problématique des migrants, même si celle-ci impacte nécessairement le fonctionnement des établissements et services AHI du secteur. »

Cet extrait reflète la situation d'invisibilité sociale, humaine et institutionnelle dont sont victimes les migrants, et cela en contradiction totale avec les principes de non-discrimination et d'inconditionnalité d'accueil tels qu'ils sont spécifiés dans les textes juridiques nationaux et internationaux.

■ Un passage dangereux vers l'Angleterre

• Les traumatismes liés au passage

Lors de leurs interventions, les médecins de MdM constatent les conséquences des tentatives du passage en Angleterre pour lesquelles les migrants prennent des risques importants : fractures, entorses, foulures, coupures... (exemple de Méjudin, Afghan de 14 ans, accompagné de son petit frère de 10 ans, qui cet hiver s'est fait amputer deux phalanges d'annulaire à la suite d'une tentative de passage ; exemple de Mujeeb, Afghan de 14 ans également, ou encore de Martha, Érythréenne de 19 ans, qui se sont fracturés la jambe alors qu'ils tentaient de monter sur un camion). Ces traumatismes liés au passage sont des pathologies courantes.

Il est à noter que l'accès au port de Calais et à l'enceinte du tunnel sous la Manche sont protégés par des fils de fer barbelés coupants qui provoquent de graves sections des tendons.

Ces tentatives se concluent parfois tragiquement. Ainsi, Rarhmadin, jeune Afghan de 16 ans, est décédé le 10 avril 2010 au terminal de Loon-Plage, écrasé sous l'essieu d'un camion. Il en va de même pour un Iranien de 23 ans, décédé à Grande-Synthe le 10 mai 2011, blessé à la tête après une chute de camion.

■ Calais, le paroxysme du harcèlement de la part des agents des services de police

• Des vérifications d'identité et des interpellations pluriquotidiennes
 À Calais, les migrants sont contrôlés plusieurs fois par jour. Il arrive en effet très souvent que des personnes soient arrêtées et emmenées dans une unité de police pour un contrôle d'identité plusieurs fois dans la même journée et à n'importe quelle heure. Ces personnes sont ensuite relâchées. Les arrestations consistent généralement en des contrôles d'identité des personnes.

« Si vous souhaitez vraiment nous aider, la priorité c'est d'arrêter le harcèlement de la police. » (H., soudanais, janvier 2011)

Les personnes migrantes présentes à Calais sont sur le qui-vive en permanence, les contrôles d'identité se produisant de jour comme de nuit, dans les lieux de vie, comme dans la rue, mais aussi à proximité des lieux d'assistance humanitaire tels que l'aire de distribution des repas (événements qui se sont déroulés plusieurs fois au cours de l'été 2010 ainsi que le 3 février 2011).

Par ailleurs, des contrôles et des arrestations sont aussi effectués sur le chemin et à proximité de la permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôpital. Ainsi, au début de mai 2011, des CRS ont pénétré dans l'en-

ceinte de l'hôpital avant que le personnel hospitalier ne s'interpose et leur demande de quitter les lieux. Des interpellations ont lieu régulièrement sur le chemin menant à la Pass de l'hôpital.

La précarité de leurs conditions et l'intensité des contrôles policiers sont telles que beaucoup de migrants ont du mal à trouver un lieu et ne serait-ce qu'un moment pour se reposer.

« Pendant 2 jours passés à Calais, je ne me suis pas posé une seule fois, même pas accroupi, j'ai toujours marché ou été en mouvement afin d'éviter les contrôles de police. » (A., Afghan, janvier 2010)

• L'intrusion dans les lieux de vie

Afin de procéder à ces contrôles, les forces de l'ordre s'introduisent quotidiennement dans les lieux de vie des personnes. Cela peut aller jusqu'à 3 à 5 fois par jour dans un même lieu, de jour comme de nuit. Il arrive que ces visites nocturnes ne comportent pas d'autre objectif que celui d'interrompre le sommeil des personnes. Les migrants rapportent régulièrement des faits de violence et/ou d'injures lors de ces interventions. De plus, parfois l'arrivée des forces de police donne lieu à des courses-poursuites qui sont la cause de chutes et de traumatismes : fractures, entorses, écorchures, contusions...

Au mois de février 2011, à la suite d'interventions de police, au moins 3 personnes ont été hospitalisées avec de multiples fractures résultant de chutes lors d'interventions des agents de police dans les squats.

• Confiscation et destruction du matériel humanitaire et des biens personnels

Lors de patrouilles ou d'interventions des forces de police dans un lieu de vie, il arrive que les biens des personnes soient confisqués, rendus inutilisables ou détruits : nourriture, duvets, couvertures, tentes, jerrycans, vêtements, matériel de cuisine, papiers d'identité, photos de famille, produits d'hygiène...

Après des distributions de matériel de première nécessité réalisées par Médecins du Monde en novembre 2009, janvier 2010 puis novembre 2010, les biens distribués ont été endommagés, confisqués ou bien détruits.

En septembre 2010, en période de ramadan, des jeunes Afghans nous ont rapporté que la police est intervenue sur leur lieu de vie en fin de journée, au moment de la rupture du jeûne et alors que les migrants revenaient de l'aire de distribution des repas. Au cours de cette intervention, la nourriture a été détruite et les personnes interpellées, emmenées puis relâchées...

L'endommagement des moyens de couchage par les forces de police (matelas, duvets et couvertures) se fait souvent par leur gazage au gaz lacrymogène, ce qui les rend inutilisables. Il a même été rapporté plusieurs fois par les migrants que les CRS avaient uriné sur leurs affaires personnelles afin de les rendre inutilisables. Les jerrycans et les tentes sont souvent percés et détériorés par des agents de police, quand ils ne sont pas confisqués pour être détruits ou mis à la benne.

En plus de ces destructions de matériel et de ce harcèlement quotidien, les squats des migrants sont systématiquement détruits. Leurs conditions de vie sont ainsi précarisées en permanence.

« On a besoin de beaucoup de choses mais ça ne sert à rien de nous distribuer du matériel puisqu'il sera détruit par la police dans les 24-48 heures. » (M., Hazara, Afghan, février 2011)

• **Impact de ces conditions d'inhumanité sur la santé mentale des personnes**

Cette pression policière intensive impacte directement la vie des migrants de deux manières : d'abord par une précarisation perpétuelle de leurs conditions de vie, ensuite par un harcèlement policier intensif, qui ne leur laisse pas un moment de répit et oblige les migrants à rester sur leurs gardes en permanence.

L'imposition de ces conditions de vie déshumanisantes, qui sont destinées à les faire fuir de Calais, a un impact direct sur l'état de santé

mentale de ces personnes. L'apathie, la nervosité, le stress, l'anxiété... sont courants parmi les personnes migrantes.

En plus de ces conditions de vie qui leurs sont imposées, il ne faut pas oublier que quitter son pays est toujours un déchirement, que les migrants sont loin de leur famille et de leurs amis. Ces personnes migrantes, qui ont tout abandonné pour fuir leur pays, ont souvent peu de perspectives d'avenir si ce n'est l'espoir d'obtenir l'asile et de recommencer une nouvelle vie.

D'autres formes de violences constatées par les équipes de Médecins du Monde sont celles subies par les personnes qui se prostituent.

➔ LES EFFETS DE LA LOI DE SÉCURITÉ INTÉRIEURE SUR LA SÉCURITÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES SE PROSTITUANT¹²⁶

Visant à mieux renseigner l'impact de la loi de sécurité intérieure (LSI) sur la santé et la sécurité des personnes qui se prostituent, les équipes de Paris et de Nantes ont recueilli les témoignages de 70 personnes se prostituant, au cours de l'année 2010.

Les entretiens confirment que les personnes sont confrontées de manière manifeste à une vulnérabilité aggravée. La législation encadrant actuellement la pratique de la prostitution en France favorise la stigmatisation des personnes se prostituant, les expose à un risque accru de violences et les éloigne de la prévention et de la prise en charge sanitaire.

■ **Confusion sur la loi**

La législation pénalisant le racolage passif a instauré une confusion dans la perception du cadre légal encadrant la prostitution. En effet, bien qu'il s'agisse d'une activité légale (puisque seuls le racolage et le proxénétisme sont des délits), certaines des personnes se prostituant interrogées lors de l'enquête supposent qu'elles exercent une activité interdite. Les témoignages recueillis montrent qu'une telle représentation procède directement de l'attitude des forces de police leur donnant à penser, par leurs propos et leur comportement, qu'il s'agit d'un acte répréhensible.

“ Ils disent que la prostitution est autorisée en France mais d'un autre côté ils disent que ce n'est pas bien de s'habiller comme ci, de faire ça, de faire ci... Pour moi, je ne pense pas que la loi doive être comme ça. Est-ce qu'elles ont volé ? Est-ce qu'elles ont tué quelqu'un ? Pourquoi elles vont d'un tribunal à l'autre ? Juste parce qu'ils t'ont vue avec un homme, je ne pense pas que ce soit un crime, non ? ”

■ **Un sentiment d'impunité pour les clients qui favorise les violences**

Les clients menacent les personnes se prostituant de les dénoncer à la police. Ce chantage ouvre la voie à toutes les violences. La plupart des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà fait l'objet d'agressions sérieuses à l'occasion d'un rapport prostitutionnel (tentatives de vol, coups, violences avec armes).

“ [Comment tu te sens quand une chose comme ça arrive, si tu dois rendre l'argent après la relation sexuelle ?] Je suis en colère, je pleure ! Je me sens tellement mal... Tu sais, le corps c'est le temple de Dieu. Je l'utilise dans mon travail pour l'argent. Tu fais ça gratuitement avec ton mari, pas avec n'importe qui. Sans l'argent, c'est forcé, c'est comme un viol...”

“ Des fois, ils ne veulent pas utiliser les préservatifs, donc après ils reprennent l'argent, parce qu'on a mis un préservatif. Ils te menacent, c'est pour ça que beaucoup de filles ne font pas ça dans la voiture, parce qu'au moindre problème tu peux t'échapper. ”

“ Les mauvais clients, c'est ceux qui s'énervent après le rapport et qui veulent récupérer ton argent. Ça arrive très souvent, surtout au début que tu te prostitues. Tu as peur, tu ne sais pas comment te défendre en fait, alors oui, tu rends l'argent, c'est mieux que d'être frappée...”

■ **Les sans-papiers doublement victimes**

L'application de la loi conduit à une situation aggravée pour les personnes sans papiers. L'impact de la loi est d'autant plus fort chez les personnes sans titre de séjour qui exercent avec la peur d'être arrêtées par la police.

(126) Dossier disponible sur le site Internet de Médecins du Monde <http://www.medecinsdumonde.org/Media/videos/Enquete-de-Medecins-du-Monde-aupres-des-personnes-se-prostituant>

“ Dans la rue quand tu vois la police, tu fais presque une crise cardiaque. Des fois, tu vas même t’asseoir comme ça dans la rue (Elle mime le fait de se recroqueviller). Ça me fait me sentir mal ! Ça me fait me sentir... Oh mon Dieu, quel genre de travail c’est ! Quelque chose doit être fait... Ils nous harcèlent comme si on était juste des animaux. Et ils vont te le dire en face : "Tu n'es pas valide en France, tu n'es pas un être humain." Ce n'est pas bien... Ce n'est pas bien... Tu sais, quand ils t'arrêtent, ils doivent te donner des droits humains.”

■ Stigmatisation accrue favorisant les violences

Le stigmate de la prostitution s’est renforcé, car le fait de considérer les personnes qui se prostituent comme des délinquantes alimente le mépris et l’agressivité à leur égard. Cette stigmatisation provoque une souffrance morale importante pour les personnes qui la subissent et entraîne surtout un risque accru de violences.

“ Et puis on est un peu considéré comme du bétail, moi je dis c’est ça aussi qui m’a poussée à partir... [Par qui ?] Par les gens qui passent en voiture, ou ceux qui passent à pied, c’est clair, le regard, pas forcément des clients mais des gens qui passent et qui nous voient attendre, monter, revenir, sans arrêt comme ça. On a un regard sur nous qui n’est pas franchement très sympathique. On voit bien qu’on dérange, d’une, et que bon, le boulot qu’on fait est mal perçu, quoi. On le ressent dans la rue. Par contre, parfois, effectivement, il y en a d’autres qui passent comme s’ils ne nous voyaient pas, ils ne nous disent rien, ce n’est pas agréable de se faire regarder comme ça. Quand on rentre chez soi on se dit, il faut recommencer demain, il faut y retourner, alors le pire c’est s’arrêter une journée ou deux d’aller au travail et de revenir. Alors là c’est le plus terrible, regarder son véhicule, ressortir et recommencer à se faire aborder et à donner ses tarifs, etc. Et c’est dur, c’est très dur et des fois on a un nœud à l’estomac.

Quand tu es debout dans la rue, tu peux être devant des maisons, des fois tu te reçois de nulle part des œufs, des pommes, de l’eau, et tu ne sais pas si c’est de l’eau ou de l’urine, tu ne sais pas, ils te l’envoient dessus. Et quand tu regardes, tu ne vois personne. Ça m’est arrivé plusieurs fois.

Des fois ils sont dans la voiture et quand ils ont fini de manger, ils vont utiliser leurs détritres pour te les balancer, ou différents trucs pour te caillasser, donc tu vois c’est très risqué. Certains utilisent leurs téléphones portables pour prendre des photos. Certains vont s’arrêter et rigoler et partir. Certains vont s’arrêter et crier « Prostituée !!! Salope !!! ». C’est très embarrassant. Ce n’est pas encourageant. Mais qu’est-ce qu’on peut faire ? C’est la vie pour toi. ”

■ Harcèlement et humiliations de la part des forces de l’ordre

De nombreux témoignages font état d’une importante dégradation du comportement des forces de police. Leur attitude générale est décrite comme étant peu respectueuse et les humiliations de leur part semblent fréquentes. La fonction de protection que pouvaient remplir les policiers avant l’adoption de la LSI a pratiquement disparu et leur intervention apparaît le plus souvent essentiellement répressive. Ainsi, leur présence quotidienne entretient une crainte permanente durant la pratique de l’activité qui favorise des prises de risques (manque de temps pour négocier avec le client, exécution des prestations dans des lieux isolés). Enfin, de nombreuses personnes déplorent des arrestations abusives

pour racolage. Elles sont par exemple arrêtées simplement pour le fait d’être connues comme se prostituant.

“ Au cours des 12 derniers mois, j’ai été arrêtée tellement de fois que je ne me souviens même plus du nombre exact : entre 30 et 40 fois en tout cas. Au total, parmi ces 30 fois, il n’y a que 5 fois où j’étais vraiment en train de travailler, de négocier avec un client ou en train de monter dans la voiture d’un client. Toutes les autres fois, j’étais juste en train de marcher. La fois dont je me souviens comme étant la plus malheureuse, c’était le jour du Nouvel An chinois. Ce jour-là j’étais très heureuse car, en descendant du bus à la porte de Charenton, un vieux couple français m’a offert un papier découpé chinois. J’étais très touchée. Quelques pas plus loin, une voiture de police en civil s’est arrêtée à côté de moi. Sans rien me dire, ils m’ont arrêtée et m’ont emmenée au commissariat. C’était vers 14 heures. Une interprète est venue et la police a rédigé un procès-verbal. Ils ont dit que j’étais en train de racoler. J’étais libérée quelques heures plus tard.

Pour rentrer chez moi je devais prendre le bus mais, en arrivant à l’arrêt, j’ai été à nouveau arrêtée par des policiers en civil. Je leur ai expliqué que je venais tout juste de sortir du commissariat et je leur ai montré le papier qui m’a été donné par la police [un rappel à l’ordre]. Ils n’ont rien voulu entendre et, puisque j’ai refusé de monter dans la voiture, trois policiers sont sortis, m’ont menottée, et m’ont forcée à monter dans la voiture. Ils m’ont ramenée au commissariat. Ça faisait à peine vingt minutes que j’étais sortie. L’interprète était toujours sur place et était très étonnée de me voir revenir. J’ai été mise en garde à vue jusqu’au lendemain matin. Ce soir-là, il y avait deux autres femmes chinoises en garde à vue. Nous étions toutes les trois très malheureuses de passer le Nouvel An dans une cellule. Nous avons passé la soirée à pleurer et à chanter pour garder nos esprits... ”

La répression policière est une source de pression psychologique très forte. J’ai plus peur de la police que des clients agressifs. Quand je vais au travail, je suis tellement angoissée à l’idée d’être arrêtée par la police que j’ai mal à la poitrine, c’est comme si j’avais une maladie de cœur. Mon travail est aussi devenu plus dangereux, je n’ai plus le temps de négocier avec les clients ou de prendre le temps de les connaître. Quand un client s’arrête, je n’ai qu’une envie, c’est de monter aussi rapidement que possible dans sa voiture et de partir sans que la police me repère. Je ne peux pas changer d’endroit. J’ai mes clients habitués auxquels je fais confiance, et je reconnais les mauvais clients qu’il faut éviter. Si je change d’endroit, je dois tout recommencer à nouveau, ça serait trop dangereux.”

■ Éloignement des structures de prévention

La LSI a des conséquences négatives sur l’accès aux soins et sur la prévention. Tous les effets évoqués précédemment contribuent à inciter les personnes se prostituant à exercer leur activité dans des lieux de plus en plus isolés et donc plus dangereux, les éloignant ainsi des structures de prévention auxquelles elles avaient jusqu’alors recours. Les équipes de Médecins du Monde constatent cet éloignement des lieux habituellement fréquentés par les personnes se prostituant et les conséquences sur la prévention et l’accès aux soins. Les équipes ont dû modifier leurs lieux de passage du bus en fonction de la présence des personnes. Pour les personnes se prostituant, le « prendre soin de soi » devient secondaire, comme le dit l’un des responsables de programme.

PROFIL DES FEMMES ENCEINTES ET ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

- > Près de 1 femme sur 10 reçues en 2010 dans les Caso étaient enceintes, plus de 10 % parmi les patientes étrangères *versus* 7 % environ parmi les patientes françaises.
- > L'âge moyen de ces femmes est de 27 ans, 4 % d'entre elles sont mineures.
- > La situation de précarité sociale et administrative des femmes enceintes pose la question des conditions du suivi de leur grossesse : seules 23 % ont un logement stable, 8 % sont sans domicile fixe, 63 % n'ont pas de titre de séjour, 94 % n'ont aucune couverture maladie. Elles sont par ailleurs plus de la moitié à vivre seules.
- > 68 % d'entre elles n'ont pas accès aux soins prénataux et plus de 1 sur 2 accuse un retard de suivi de grossesse.
- > En dehors des femmes enceintes, les antécédents obstétricaux ont été renseignés pour environ 1 700 femmes.
- > Près de 29 % de ces femmes ont été enceintes la première fois alors qu'elles étaient mineures ; 60 % ont été enceintes au moins 3 fois.
- > Les femmes dont la première grossesse a débuté avant 18 ans sont plus fréquemment de nationalité étrangère et ont des antécédents obstétricaux plus défavorables.

Près de 1 femme sur 10 (9,8 %) reçue en 2010 dans les Caso était enceinte, ceci de façon plus fréquente parmi les patientes étrangères (10,2 %) que parmi les patientes françaises (6,8 %), soit 703 patientes, proportion qui enregistre une très légère baisse par rapport aux années précédentes (11,5 % en 2009 et 11,6 % en 2008).

3 Caso ont reçu environ 60 % des femmes enceintes : Saint-Denis (25,5 %), Paris (17,2 %) et Lyon (14,9 %).

L'âge moyen de ces patientes est de 26,9 ans, 4 % environ sont mineures.

Les femmes enceintes sont principalement originaires d'Afrique subsaharienne (38,5 %) et de l'Union européenne (24,4 %).

Sur le plan des nationalités, les femmes enceintes sont 20,5 % à être originaires de Roumanie, 9,8 % du Cameroun, 5,6 % d'Algérie et 4,6 % sont françaises (tableau 40).

La durée de résidence des femmes étrangères enceintes est faible avec 77 % d'entre elles présentes en France depuis moins de 1 an et 44 % depuis moins de 3 mois.

Tableau 40 : Répartition des femmes enceintes par nationalité

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	20,5	Russie-Tchéchénie	3,6
Cameroun	9,8	Congo-Brazzaville	3,3
Algérie	5,6	Guinée	2,7
France	4,6	Bulgarie	2,4
Côte d'Ivoire	4,4	Mali	2,4
Comores	4,1	Ukraine	2,3
Maroc	3,6	Autres	30,7

Les femmes enceintes, au même titre que les autres patientes de MdM, connaissent d'importantes difficultés de logement : seulement 23 % d'entre elles disposent d'un logement stable. La plupart (55 %) vivent dans un logement précaire ou sont hébergées par un organisme ou une association (13 %), **8 % n'ont aucun domicile**. Elles sont également plus de la moitié à indiquer vivre seules (*tableau 41*). Les femmes enceintes se retrouvent plus souvent à la rue ou hébergées par un organisme ou une association qu'en 2009.

Cette aggravation est à mettre en lien avec les problématiques d'hébergement de plus en plus prégnantes qui touchent maintenant les femmes enceintes et les enfants, qui étaient encore à l'abri il y a seulement quelques années.

L'équipe de Strasbourg témoigne de la situation d'une famille à la rue, rencontrée au moment où la maman allait accoucher de son troisième enfant.

« **DE LA RUE À UN HÉBERGEMENT D'URGENCE, MAIS SANS AUCUNE CERTITUDE SUR LA DURÉE, POUR UNE FAMILLE AVEC 3 ENFANTS, DONT UN BÉBÉ QUI VIENT DE NAÎTRE** »



Nous rencontrons la famille A. en début d'hiver 2010, après un signalement d'une association partenaire. Originaire d'Algérie, les parents et leurs deux enfants attendent à la sortie du nouvel hôpital civil. La maman est enceinte, le terme est prévu 3 semaines plus tard. Malheureusement, la seule solution pour ce soir est l'appartement d'urgence à Schiltigheim¹²⁷. Demain, il faudra sortir avec les bagages, reprendre les transports en commun. Nous retrouvons la famille après l'accouchement de la maman, une solution a été trouvée mais, au bout de quelques jours, l'hébergement est stoppé. C'est seulement après notre interpellation que la famille a pu retrouver une solution d'hébergement prise en charge par le Conseil général. Pour combien de temps ? »

Si près de 16 % de ces femmes sont concernées par une demande d'asile (vs 15,5 % des autres femmes), elles sont par ailleurs beaucoup plus nombreuses que les autres patientes à être dépourvues d'un titre de séjour (63,3 % vs 43,6 %).

Concernant enfin l'état des droits à la couverture maladie, la situation des femmes enceintes est encore plus préoccu-

pante que celle des autres patientes, car, si elles sont près de 72 % à pouvoir bénéficier de droits à la couverture maladie, elles ne sont que 7 % à en bénéficier effectivement.

Au total (que ces femmes relèvent ou non d'un dispositif d'assurance maladie), 93,8 % des femmes enceintes reçues dans les Caso n'ont aucune couverture maladie.

Tableau 41 : Situation sociale et administrative des femmes enceintes (% en colonne)

	Femmes enceintes		Autres patientes	
	%	n	%	n
Logement				
Stable	23,3	157	25,5	1 537
Hébergé (organisme ou association)	13,2	89	15,6	940
Précaire	55,3	373	50,5	3 047
Sans domicile fixe	8,3	56	8,4	505
Situation familiale*				
Seules (avec ou sans enfants)	55,4	348	67,0	3 462
En couple (avec ou sans enfants)	46,6	304	33,0	1 709
Situation administrative				
Demande d'asile	15,9	115	15,5	1 039
En situation irrégulière	63,3	395	44,6	2 641
Couverture maladie				
Devraient théoriquement bénéficier de la couverture maladie	71,6	456	66,6	3 670
Disposent de droits ouverts à la couverture maladie	7,0	30	14,3	498

* parmi les femmes de 18 ans et plus

(127) Depuis l'hiver 2009, un appartement d'urgence a été mis en place au sein de l'Association d'accueil et d'hébergement pour les jeunes (AAHJ). Cet appartement est réservé aux familles avec enfants, rencontrées lors des maraudes nocturnes, pour une nuit, voire un week-end.

Cette situation sociale extrêmement fragile n'est pas sans conséquence sur le suivi et le déroulement de la grossesse : premier contact tardif, nombre de consultations prénatales et d'échographies insuffisant, dépistage de pathologies gravidiques médiocre. À l'accouchement, il existe plus de complications obstétricales. **Ainsi, les médecins estiment que plus de la moitié de ces femmes présentent un retard de suivi de grossesse et que seulement 32 % d'entre elles ont accès aux soins prénatals ordinairement proposés aux femmes enceintes¹²⁸.**

Selon une étude de la Drees¹²⁹, 28 % des motifs d'hospitalisation des femmes bénéficiaires de l'AME sont dus à des grossesses à risque et à des accouchements complexes, en lien avec un moins bon suivi de grossesse des populations d'origine étrangère, mais également avec les conditions précaires d'existence.

Une autre étude sur la périnatalité en France met en évidence un sur-risque de décès maternel chez les femmes de nationalité étrangère, ce sur-risque pouvant être en partie expliqué par un moindre recours aux soins¹³⁰. Une étude précédente avait montré qu'une situation irrégulière sur le territoire ou une arrivée récente en France sont des facteurs de risque de surveillance insuffisante de la grossesse¹³¹.

Une étude, menée à Lyon auprès de femmes sans papiers suivies dans les maternités de Lyon, a montré qu'elles consultent la première fois pour leur grossesse à 25 semaines d'aménorrhées, contre 12 semaines en moyenne pour la population générale. Les femmes ont généralement

droit à 7 visites de suivi, les femmes en situation irrégulière n'en réalisent en moyenne que 3,7. Seules 27 % d'entre elles bénéficient des trois échographies recommandées pendant la grossesse.

Enfin, à peine 40 % de ces femmes se rendent à la consultation post-partum, alors que l'on sait que c'est lors de cette consultation que les questions liées à la contraception sont abordées. Ces populations souffrent d'un manque d'information qui engendre des grossesses rapprochées et multiples. Ces chiffres inquiètent et sont certainement sous-estimés puisque l'étude a été faite auprès de femmes ayant pu faire la démarche de se rendre à l'hôpital pour être suivies.

Les femmes que les équipes de MdM rencontrent ont trop souvent peu ou pas accès aux dispositifs hospitaliers. L'absence de suivi médical au cours de la grossesse peut favoriser la survenue de complications sévères.

18 % des femmes enceintes rencontrées à MdM consultent également pour d'autres motifs que leur grossesse.

Outre les classiques troubles digestifs liés à la grossesse, les problèmes de santé rencontrés des femmes enceintes sont d'ordre respiratoire ou dermatologique. Plus de 5 % présentent des troubles psychologiques.

Notons enfin que, pour 10 % des femmes enceintes reçues, il s'agit d'une grossesse pathologique (diagnostics de fausse couche au cours de la grossesse, grossesse à haut risque, infection compliquant la grossesse, diabète gravidique...) (tableau 42).

Tableau 42 : Principaux diagnostics posés chez les femmes enceintes

	%	n
Principaux résultats de consultation par appareil		
Grossesse et accouchement	100,0	747
Système digestif	9,8	71
Système génital féminin	8,1	58
Respiratoire	7,2	52
Peau	5,3	38
Psychologique	5,3	38
Problématiques de santé les plus fréquemment repérées		
Grossesse et couche non pathologiques	89,3	642
Grossesse et couche pathologiques	10,0	72
Symptômes et plaintes du système digestif	6,0	43
Infections urinaires, rénales	4,3	31
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, à l'accouchement	4,3	31
Infections respiratoires supérieures	4,2	30
Angoisse, stress, troubles psychosomatiques	4,0	29
Symptômes et plaintes du système génital	3,8	27

(128) Taux de réponses Retard suivi grossesse : 20,7 % ; Accès aux soins périnataux : 16,3 % ; Demande IVG : 22,7 %
 Remarque : certains Caso affichent de meilleurs taux de réponses concernant la périnatalité : Saint-Denis, Cayenne, Nancy et Le Havre. **Les médecins de l'ensemble des Caso doivent véritablement faire un effort pour mieux renseigner ces items.**

(129) Drees, « Les bénéficiaires de l'AME, en contact avec le système de soins », Études et Résultats n°645, juillet 2008.

(130) InVS, « Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006 », BEH n°2-3, 19 janvier 2010.

(131) InVS, « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001 », BEH n°9, 3 mars 2009.

Plusieurs équipes de MdM ont mis en place des consultations spécifiques de gynécologie ou de suivi de grossesses, ou encore des actions spécifiques d'accompagnement des femmes enceintes vers le système de droit commun.

La peur et la difficulté liées aux déplacements, la barrière de la langue, la difficulté de contact avec l'institution rendent le plus souvent l'orientation inefficace si MdM n'assure pas un accompagnement physique. Par ailleurs, au-delà de la barrière linguistique, les équipes médicales sont souvent peu informées sur les conditions de vie des populations, ce qui n'est pas sans impact sur la prise en charge proposée.

À Bordeaux par exemple, deux sages-femmes mènent, depuis plusieurs années, un projet d'accompagnement des femmes enceintes en assurant une matinée de permanence au sein du centre de soins. En collaboration avec le travailleur social du centre, le rôle de l'équipe est d'écouter et d'orienter les femmes, puis de suivre cette orientation vers les structures et professionnels du droit commun, qui interviennent à un moment ou à un autre lors de la grossesse pour le suivi de la mère et de l'enfant. En 2010, l'équipe a rencontré 117 nouvelles patientes.

Au Caso de Lyon, sont assurées des consultations de gynécologie et de suivi de grossesse. En 2010, l'équipe a réalisé 124 consultations gynécologiques et 42 consultations de sages-femmes, pour 128 personnes différentes.

Le nombre de consultations a baissé depuis 2009 (192 consultations gynécologiques et 92 consultations de sages-femmes) du fait d'une meilleure (et normale) prise en charge des suivis de grossesse dans le système de droit

commun, notamment par l'une des permanences d'accès aux soins de santé de Lyon. Le fonds réservé aux soins urgents et vitaux prévoit en théorie la prise en charge à l'hôpital des femmes enceintes sans couverture maladie pour le suivi de leur grossesse (mais également les examens de prévention après la grossesse), leurs soins et ceux du nouveau-né. Le recours à ce fond était très peu courant jusqu'en 2009. Logiquement, cette activité de Médecins du Monde de suivi des femmes enceintes à Lyon est donc appelée à diminuer, en assurant l'accompagnement vers le système de droit commun. En revanche, les équipes poursuivront les consultations de gynécologie, les femmes se trouvant souvent confrontées à des difficultés de prise en charge.

À Marseille, une équipe médicale composée d'une infirmière, d'une gynécologue et d'une sage-femme identifie les femmes enceintes au cours des consultations, et les oriente vers les services de PMI, de gynécologie-obstétrique ou vers la Pass en fonction de l'état de la grossesse.

En 2010, l'équipe a réalisé 150 accompagnements vers les services de PMI, de gynécologie-obstétrique et vers la Pass. Ces accompagnements ont pour objectifs de s'assurer de la concrétisation du suivi, de faire le lien et d'informer les équipes sociales et médicales hospitalières quant aux conditions de vie des femmes concernées et à l'état de leurs droits à la couverture maladie, de s'assurer également de la compréhension des femmes quant au fonctionnement des structures de soins et au processus de suivi.

L'équipe de Marseille relate l'accompagnement à l'hôpital de deux femmes enceintes.

« SORTIES DE L'HÔPITAL SANS INFORMATION SUR LA PASS ET AVEC UNE PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS NON REMBOURSÉS »



Sur un terrain, une femme enceinte de 7 mois se plaint de douleurs au ventre et de contractions fréquentes. Elle n'a pas d'AME et nous l'accompagnons aux urgences de l'hôpital de la Conception avec une autre femme enceinte.

Aux urgences, les deux femmes sont reçues dans deux services différents. Pas de caractère de gravité pour la première, qui présente un monitoring normal. On me demande de revenir avec une AME pour la suite du suivi, sans m'indiquer la Pass, qui se trouve pourtant à l'intérieur de l'hôpital.

La seconde femme, après un entretien où j'explique ses conditions de vie et son passé médical, est examinée et passe une échographie. L'interne diagnostique une mycose très avancée. Il m'explique que les médicaments prescrits ne sont pas remboursés. Je lui demande s'il ne peut pas les changer ou prescrire au moins des génériques. La réponse étant négative, c'est à partir de la pharmacie du Caso que le médecin fournira le traitement."

→ LA MÉDIATION SANITAIRE POUR AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNO-INFANTILE DES POPULATIONS ROMS

Depuis sa création en 2000, le Collectif national droits de l'homme Romeurope¹³², auquel participe Médecins du Monde, alerte les pouvoirs publics sur la nécessité d'une meilleure prise en compte des difficultés d'accès aux soins des Roms en France. Au regard des expériences et des constats recueillis, et dans un objectif de santé publique, le développement d'expériences spécifiques de médiation en santé fait partie depuis de nombreuses années des préconisations formulées auprès des autorités sanitaires à l'échelle locale et nationale par les associations membres du collectif.

La médiation sanitaire se situe dans le champ de la médiation sociale qui s'inscrit depuis 2001 dans un cadre éthique et déontologique formalisé à travers la Charte de référence de la médiation sociale¹³³. Cette charte définit la médiation sociale comme « *un processus de création et de réparation du lien social et de règlement des conflits de la vie quotidienne, dans lequel un tiers impartial et indépendant tente, à travers l'organisation d'échanges entre les personnes ou les institutions, de les aider à améliorer une relation ou de régler un conflit qui les oppose.* »

Romeurope a ainsi publié une étude visant à évaluer la faisabilité et la pertinence d'expériences pilotes de médiation sanitaire en direction des populations roms en situation de grande exclusion en France¹³⁴. Cette étude a permis de définir les conditions de mise en œuvre d'actions de médiation en santé publique, pour améliorer leur accès à la prévention et aux soins.

L'association ASAV¹³⁵, qui figure parmi les membres fondateurs du collectif Romeurope, a pris le relais pour passer à une phase opérationnelle à travers l'élaboration et la coordination d'un programme expérimental de médiation sanitaire dans le cadre d'une recherche action, soutenue par la Direction générale de la santé.

L'équipe de Médecins du Monde à Nantes auprès des Roms s'est ainsi portée candidate pour accueillir un médiateur au sein de son équipe¹³⁶. 3 autres sites ont été retenus : Bobigny avec le Comité d'aide médicale, Toulon Fréjus avec l'association SICHEM¹³⁷ et Lille avec l'association AREAS¹³⁸.

Ce programme cible en priorité la santé des femmes et des jeunes enfants (jusqu'à 6 ans), les indicateurs de santé disponibles étant particulièrement alarmants¹³⁹ :

- l'âge moyen de la première grossesse est d'environ 17 ans ;
- seules 8,3 % des femmes enceintes rencontrées par MdM en 2007 étaient suivies pour leur grossesse ;
- seules 10 % des femmes utilisent un moyen de contraception ;
- 43,3 % des femmes avaient déjà avorté à seulement 22 ans d'âge moyen ; le nombre moyen d'IVG par femme est de 1,3 (soit un taux de 130 %) et de 3,3 (soit 330 %) pour celles ayant déjà subi au moins un IVG ; à titre comparatif, le taux d'IVG moyen en France est de 1 % chez les 15-17 ans, 2,3 % chez les 18-19 ans et 2,7 % chez les 20-24 ans ; à noter que le manque de suivi de soins post-IVG a des conséquences graves sur la santé des femmes : hémorragies, infections, stérilité et fausses couches à répétition ;
- les femmes ont eu en moyenne 4 grossesses, dont seule la moitié ont abouti à une naissance d'un enfant vivant (risques liés aux grossesses précoces, faible suivi des grossesses, fausses couches et IVG) ;
- très peu d'enfants bénéficient d'un suivi médical et la couverture vaccinale est très faible, comme le montre la récente enquête menée par MdM à ce sujet¹⁴⁰ ; peu d'enfants bénéficient de suppléments vitaminiques ou de surveillance des paramètres de croissance, de leurs acquisitions ou de leur état bucco-dentaire.

Outre les difficultés « classiques » d'accès à l'assurance maladie (méconnaissance des droits, difficultés à obtenir une domiciliation, à réunir les justificatifs, accès difficile aux quelques centres CPAM qui délivrent la carte sécurisée...), l'instabilité et les expulsions multiples des lieux de vie ne facilitent pas l'accès à un réseau sanitaire de proximité. En d'autres termes, chaque changement de lieu de vie provoque la rupture du suivi médical et les liens difficilement établis avec les partenaires associatifs et institutionnels pour l'accès aux droits et aux soins sont rompus.

Par ailleurs, les sources d'incompréhension entre les professionnels de santé et les Roms sont multiples. L'absence d'information sur les déterminants culturels des comportements en matière de santé et plus largement peut avoir des conséquences directes sur la prise en charge médicale. Mais les incompréhensions partent aussi et surtout d'une méconnaissance des conditions de vie. Par exemple, le manque d'hygiène est souvent considéré sans indulgence. L'irrégularité du suivi médical ou l'absence de carnet de vaccinations bousculent les pratiques.

(132) www.romeurope.org

(133) Charte de référence de la médiation sociale, document établi et adopté par le groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits de « médiation sociale », visé par le Comité interministériel à la ville en date du 1^{er} octobre 2001.

(134) Romeurope, rapport d'étude « *Mettre en œuvre des actions de médiation sanitaire auprès du public rom d'Europe de l'Est présent en France – État des lieux des expériences ressources et préfiguration de projets pilotes* », mars 2009. Ce rapport est également téléchargeable sur le site www.romeurope.org

(135) Association pour l'accueil des gens du voyage.

(136) La médiatrice a ainsi été recrutée et a pris ses fonctions en décembre 2010 au sein de l'équipe MdM de Nantes.

(137) Service interassociatifs de coopération humanitaire pour les étrangers et les migrants.

(138) Association d'action sociale auprès des Roms.

(139) Données recueillies pendant l'année 2007 par la mission de Seine-Saint-Denis de MdM et lors d'une enquête quantitative, commanditée par la Commission européenne, réalisée dans 6 pays de l'Union européenne par le collectif Romeurope en 1999.

(140) Enquête citée précédemment dans le rapport, au chapitre « *Quelle est la couverture vaccinale des populations Roms rencontrées par MdM* ». Le rapport complet est disponible sur le site de Médecins du Monde à la rubrique publications www.medecinsdumonde.org

Sur une période de 18 mois, ce programme a ainsi pour objectif général de promouvoir la santé des femmes et des jeunes enfants résidant en France dans des conditions de grande précarité à travers des actions de médiation en santé publique favorisant leur accès à la prévention et aux soins par une meilleure intégration dans le système de santé de droit commun.

Reposant sur 4 expériences dans 4 villes, il s'agit d'évaluer l'efficacité de ces interventions et de formuler des préconisations pour le développement de dispositifs en médiation en santé publique au niveau national, en direction des publics roms migrants et plus largement de tous les publics en situation de grandes précarité et vulnérabilité. Il vise pour cela à agir sur les principaux déterminants de l'état de santé des femmes et enfants roms :

- en améliorant l'environnement physique des personnes, avec *a minima* dans les squats et bidonvilles l'accès à l'eau et aux sanitaires

et le traitement des déchets pour obtenir *in fine* une stabilisation dans un habitat digne ;

- par l'accès aux soins de santé à travers l'ouverture des droits à une couverture maladie et l'accès et l'amélioration de la prise en charge par les structures de soins de droit commun : PMI, planning familial, maternités et services de pédiatrie des hôpitaux.

Les objectifs spécifiques sont de :

- développer les connaissances et capacités des femmes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun ;
- mobiliser les acteurs de santé et favoriser une meilleure connaissance de ce public ;
- réduire les risques sanitaires liés à l'environnement physique.

Les résultats de cette expérience pilote sont attendus à la fin de 2012.

Les antécédents obstétricaux des femmes reçues dans les Caso

Nous présentons les antécédents obstétricaux d'environ 1 700 patientes reçues dans les Caso en 2010 (*tableau 43*). Compte tenu des très faibles taux de réponses à l'ensemble de ces items (24 %), il n'est pas possible de fournir une proportion même approximative des femmes qui ont déjà été enceintes parmi toute la population de femmes rencontrées à MdM¹⁴¹. Pour les femmes de plus de 15 ans dont les antécédents obstétricaux sont connus, on peut constater que l'âge de la première grossesse est en règle générale très jeune : près de 29 % des femmes ont eu leur première grossesse alors qu'elles avaient moins de 18 ans. 81 % étaient par ailleurs âgées de moins de 25 ans.

La majorité des femmes rencontrées (60 %) ont eu au moins 3 grossesses ; elles sont cependant 45 % à ne pas être parvenues au terme d'au moins une de leur grossesse (soit une fausse couche, soit un décès de l'enfant à la naissance, soit encore une IVG).

Ainsi, près de 9 % d'entre elles ont vu leur enfant décéder dans la période néonatale, 21 % ont connu au moins une fausse couche et 21,5 % au moins une IVG.

Le taux de déclaration de fausses-couches est probablement très sous-estimé, car beaucoup des femmes que nous rencontrons ne se souviennent pas précisément de la date de leurs dernières règles et il est probable que nombre de fausses couches précoces ne soient pas identifiées comme telles par les patientes. Les cas déclarés sont très probablement des fausses couches survenues au cours du second trimestre et donc de pronostic plus sévère.

L'équipe de Marseille faisait état, il y a 3 ans, de la situation de deux jeunes femmes que l'absence de suivi de grossesse et l'éloignement des structures de soins avaient conduites à une issue dramatique.

« MORT FŒTALE IN UTERO »



Il s'agissait du cas de deux femmes, Roms roumaines, âgées d'une vingtaine d'années, enceintes de 8 mois passés, qui ont présenté toutes deux un hématome rétroplacentaire (décollement prématuré du placenta avec formation d'un hématome) ayant entraîné la mort in utero des deux fœtus concernés. Les corps de ceux-ci ont dû être extraits en urgence par césarienne. Ces deux femmes ne bénéficiaient jusqu'alors d'aucun suivi de grossesse. L'hématome rétroplacentaire peut notamment se manifester dans le cadre d'une pré-éclampsie (association d'une hypertension artérielle, de protéinurie et d'œdèmes), phase initiale de l'éclampsie pouvant entraîner la mort du fœtus, voire de la mère. Il s'agit d'une pathologie qu'il faut dépister tôt et de manière systématique.

(141) Taux de réponses Antécédents obstétricaux : 24 % ; Âge première grossesse : 59,7 % ; Nombre de grossesses enfant vivant : 88,9 % ; Nombre de grossesses enfant décédé : 21,4 % ; Nombre de fausses-couches : 39,2 % ; Nombre d'IVG : 38,5 % ; Pratique d'une contraception : 45,7 %.

Il n'y a aucune garantie qu'un suivi régulier et rigoureux de ces femmes eût permis d'éviter ou d'anticiper ces tristes complications. Il est néanmoins certain que l'isolement social de ces patientes et leur éloignement des structures de prise en charge et de soins n'ont pas permis de prévenir la survenue de ces drames.

La prise en charge postopératoire à la suite des interventions par césarienne n'a pas été envisagée, aucune prise en charge psychologique n'a été proposée aux familles endeuillées. Elles ont reçu quelques jours après le drame un avis d'expulsion du lieu qu'elles occupaient."

Interrogées enfin sur la pratique d'une contraception, seules 28 % des femmes indiquent utiliser actuellement un moyen

de contraception. La majorité (62 %) déclarent n'en avoir jamais utilisé et 10 % l'avoir interrompu.

Tableau 43 : Antécédents obstétricaux des femmes reçues dans les Caso en 2010*

	%	n
Ont déjà été enceintes		1 710
Âge à la première grossesse		
Moins de 18 ans	28,6	292
18-24 ans	52,3	534
25 ans et plus	19,1	195
Nombre total de grossesses		
≤2	40,3	633
3 à 4	27,3	429
5 et plus	32,4	510
Ensemble des grossesses menées à terme (enfant vivant)		
Non**	45,0	708
Oui	55,0	864
Enfant(s) décédé(s) à la naissance		
Aucun	91,0	1 431
1	5,1	80
2 et plus	3,9	61
Nombre de fausses couches		
Aucune	79,0	1 242
1	11,6	182
2	4,3	68
3 et plus	5,1	80
Nombre d'IVG antérieures		
Aucune	78,5	1 234
1	8,8	139
2 à 3	9,2	144
4 et plus	3,5	55
Pratique d'une contraception		
Non, jamais	62,0	484
Interrompue	10,0	78
Oui	28,0	219

* analyse limitée aux femmes de 15 ans et plus

** comprend les décès néonataux, fausses couches et IVG

L'analyse proposée dans le tableau 44 vise à préciser les caractéristiques des femmes qui étaient mineures lors de leur première grossesse (près de 29 %), ainsi que les liens éventuels entre une grossesse avant 18 ans et un passé obstétrical compliqué (décès néonatal, fausses couches, IVG).
 Notons que les grossesses de femmes mineures sont

beaucoup plus fréquentes parmi les étrangères.
 L'analyse permet de constater que, globalement, les antécédents obstétricaux des femmes ayant été enceintes avant 18 ans sont péjoratifs. Ainsi, la fréquence des décès néonataux est plus élevée chez ces femmes, de même que le nombre d'IVG.

Tableau 44 : Caractéristiques et antécédents obstétricaux des patientes qui étaient mineures lors de leur première grossesse (analyse limitée aux jeunes filles de 12 ans et plus)

	Âge de la première grossesse avant 18 ans		
	%	OR ⁽¹⁾	p
Femmes ayant déjà eu au moins une grossesse alors qu'elles étaient mineures	28,6		
Nationalité			
Françaises	14,0	réf	
Étrangères	29,4	2,6	*
Décès d'un enfant dans la période néonatale			
Non	28,9	réf	
Oui	38,4	1,5	*
A connu au moins 2 fausses couches			
Non	29,5	réf	
Oui	32,0	1,1	ns
A connu au moins 2 IVG			
Non	27,0	réf	
Oui	45,4	2,3	***

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif

réf : population de référence

Le dénominateur est constitué des femmes qui ont déjà été enceintes et qui ont renseigné la question relative à l'âge qu'elles avaient lors de la première grossesse.

Lecture du tableau : 14 % des femmes françaises qui ont déjà été enceintes au moins une fois ont eu leur première grossesse alors qu'elles étaient mineures, cette proportion est de 29,4 % parmi les femmes étrangères qui ont déjà été enceintes.

De la même façon, et toujours parmi les femmes ayant connu au moins une grossesse : les femmes qui ont pratiqué au moins 2 IVG sont 45,4 % à avoir été enceintes pour la première fois avant l'âge de 18 ans, contre 27 % pour les femmes ayant pratiqué moins de 2 IVG.

Ainsi, les femmes ayant pratiqué au moins 2 IVG ont une probabilité multipliée par 2,3 (OR significatif p<0,001) d'avoir été enceintes alors qu'elles étaient mineures par rapport aux femmes ayant pratiqué une ou aucune IVG.

TRAITEMENTS PRESCRITS ET ORIENTATIONS À L'ISSUE DES CONSULTATIONS

Traitements prescrits

Contrairement à l'année 2009, l'année 2010 n'a pas connu de changement majeur dans l'approvisionnement des centres métropolitains en médicaments.

Le système de distribution mis en place avec l'établissement pharmaceutique de PHI (Pharmacie humanitaire internationale) à Nîmes est désormais mature et consolidé ; il a permis aux patients d'accéder à une large gamme de médicaments neufs.

Au cours de l'année 2010, MdM a maintenu sa demande d'extension de la mise en place de ce circuit aux centres localisés hors Hexagone. Cette demande a été entendue et la mise en place du circuit dans les DOM-COM constitue désormais un objectif pour l'année 2011.

Au début de 2011, le centre de MdM à Mayotte a ainsi pu bénéficier de la toute première livraison de médicaments gratuits hors Hexagone.

La mise en place de ce circuit s'accompagne toutefois de difficultés logistiques et notamment douanières auxquelles l'association doit faire face et s'adapter ; les exigences imposées s'apparentent plus à une logistique d'importation, de la nature de celles réalisées pour les programmes internationaux.

Pour l'année 2011, notre vigilance porte sur les axes suivants :

- les contraintes et la résolution des difficultés liées à la mise en place du circuit de distribution hors Hexagone ;
- l'évolution des fonds demandés par PHI et mis à disposition par l'État dans le contexte :
 - de mise en place du forfait de 30 € pour l'AME et de son impact sur l'accroissement du nombre de patients et de consultations dans les centres de MdM ;
 - d'augmentation du nombre de structures éligibles au dispositif PHI, tant en métropole qu'hors métropole¹⁴² ;
 - d'une réduction des dépenses et des fonds institutionnels en période de crise.

Un traitement a été prescrit à plus de 96 % des patients reçus en consultation, traitement qui a été remis en totalité dans la majorité des cas, en particulier lorsque les patients ne disposaient d'aucune couverture maladie¹⁴³ (tableau 45). Pour les pathologies aiguës, le traitement donné couvre la durée de la prescription tandis que, pour les pathologies chroniques, le traitement est remis au patient pour une durée de 1 mois.

L'état des lieux mené dans les Pass des villes où MdM est

Tableau 45 : Traitements à l'issue des consultations

Traitements	%	Nombre de consultations
Remis	85,7	24 521
Non remis	9,8	2 791
Remis partiellement	0,9	254
Non nécessaires	3,6	1 028

présent, pour mesurer l'effectivité de la prise en charge des publics précaires¹⁴⁴, avait permis d'étudier en 2009-2010 le fonctionnement de 28 hôpitaux sur la question de l'accès à la pharmacie. Les procédures de remise de traitements ne sont pas toujours opérationnelles ou restent complexes, ce qui conduit bon nombre de patients à ressortir de l'hôpital avec une ordonnance à honorer, même lorsqu'ils ne peuvent pas payer. Si quelques équipes relèvent une amélioration de ces procédures, elles font cependant encore état de situations où des personnes sont directement orientées vers Médecins du Monde pour la remise de traitements.

Une équipe doit faire face au cas d'une Pass psychiatrique qui ne peut fournir de médicaments psychotropes du fait de l'absence de pharmacie sur place et d'enveloppe budgétaire consacrée à cet effet. Les personnes doivent venir chercher les médicaments prescrits à Médecins du Monde. Une autre équipe mentionne que la remise du traitement aux patients est certes systématique... mais seulement si les patients sont accompagnés. À défaut de cet accompagnement, il arrive que les personnes repartent sans traitement ou avec des prescriptions pas toujours adaptées à leurs conditions de vie.

Par ailleurs, il arrive très souvent que les personnes sortent des urgences ou de consultation sans que le lien ait été fait avec les assistantes sociales des hôpitaux, ou sans que la situation immédiate de la personne ait été prise en compte. C'est ce dont témoignent les équipes de Marseille et Paris.

(142) Le dispositif était initialement prévu pour les structures qui géraient des MNU.

(143) Taux de réponses Traitement : 74,4 %

(144) « État des lieux des Pass dans 23 villes où MdM est présent », téléchargeable sur le site Internet de Médecins du Monde, à la rubrique publications, rapports France : www.medecinsdumonde.org

« ALORS QU'IL POURRAIT BÉNÉFICIER DE L'AME, IL EST ORIENTÉ PAR L'HÔPITAL AVEC UN COMPTE RENDU MÉDICAL ET UNE ORDONNANCE POUR UNE PRESCRIPTION DE PARACÉTAMOL »

“ M. O.D, âgé de 34 ans, de nationalité roumaine, est arrivé en France en octobre 2009. Sa situation au regard du séjour ne lui permet pas de rester en France, car il est ici depuis plus de 3 mois, inactif et sans ressource. Il est sans assurance maladie. Malgré son hébergement très précaire (squat), il possède une domiciliation pour recevoir son courrier dans une association. Il relève donc de l'aide médicale d'État. Il est adressé à Médecins du Monde par les urgences de l'hôpital muni de deux documents : le premier est un compte-rendu indiquant une fracture de la glène humérale droite, et le second une ordonnance pour une prescription de paracétamol pour 7 jours. Le service des urgences n'avait-il pas la possibilité de prendre contact avec l'assistante sociale de l'hôpital afin d'étudier la situation de M. O.D et lui permettre de rassembler ses justificatifs en vue d'obtenir l'AME ? Et de lui fournir ses médicaments entre deux ? Après avoir pris contact avec le secrétariat des urgences de l'hôpital et remis un courrier pour l'assistante sociale de la Pass, nous y avons donc réorienté ce monsieur...”

« UN ENFANT EMMITOUFLÉ BLOTTI DANS SES BRAS, UNE JEUNE FEMME AUX TRAITS TIRÉS TEND UNE ORDONNANCE... »

“ Depuis 48 heures, son petit a de la fièvre, il tousse et gémit. Hier soir, il a fait une très forte poussée de température. Elle a eu peur et s'est adressée à l'hôpital, près de son hôtel. On lui a donné une ordonnance... et elle est rentrée, son petit dans les bras. Il a pleuré toute la nuit. Que faire avec une ordonnance, sans argent... et sans parler français ? Après 2 heures de transport pour venir de la banlieue, où elle est hébergée, elle pousse la porte du Caso. Il est 11 heures. En principe, il lui faudrait revenir cet après-midi, les consultations étant déjà complètes, mais, à l'accueil, on la reçoit. Elle entre dans le cabinet de consultation, tendant son ordonnance comme un précieux sésame...”

Lorsque les personnes se présentent pour la première fois à Médecins du Monde et qu'on les interroge sur les motifs de venue, 2 % indiquent venir pour honorer une ordonnance¹⁴⁵. Ce chiffre ne reflète cependant pas la réalité de personnes qui reviennent dans les centres avec des ordonnances d'hôpitaux (pour les motifs évoqués plus haut), mais aussi avec des prescriptions de médicaments non remboursés pour les personnes ne disposant pas de couverture complémentaire. Par ailleurs, la récente réforme de l'aide médicale d'État¹⁴⁶, introduisant un droit d'entrée annuel de 30 euros par adulte bénéficiaire, va conduire un certain nombre de personnes à ne pas ouvrir de droits à la couverture maladie et à ne bénéficier ainsi d'aucune prise en charge des traitements. Les personnes n'auront d'autre recours que de se tourner vers les structures associatives, telles que Médecins du Monde. Nous devons rester vigilants sur le sujet et adapter notre recueil de données afin de pouvoir témoigner de ces effets attendus.

Orientations à l'issue des consultations

Le tableau 46 détaille l'ensemble des examens, dépistages et orientations (externes et internes) proposés aux patients à l'issue des consultations. Il s'agit de l'information notée dans le dossier médical et saisie en informatique¹⁴⁷.

Un dépistage, un examen ou une orientation externe ont été préconisés dans plus de 9 500 consultations, soit près de 1 fois sur 4 (24,8 %).

Les examens et dépistages les plus fréquemment prescrits sont des sérologies pour le VIH ou les hépatites (autour de 7 %), ceci en augmentation par rapport à 2009, ou d'autres examens de laboratoire, ou encore des examens radiologiques ou échographiques¹⁴⁸.

13 % des consultations ont donné lieu à des orientations externes, principalement vers les Pass ou les consultations hospitalières ou libérales.

Près de 450 personnes ont été orientées vers un service d'urgence. Il est très difficile de connaître précisément les diagnostics ayant conduit à cette orientation. Notons cependant que dans 6,6 % des cas ces patients souffraient d'une cardiopathie ou de troubles du rythme cardiaque, dans 5,8 % de traumatismes, dans 4 % d'infections respiratoires inférieures. Il faut noter également que, dans près de 65 % des cas, ces patients présentaient un retard de recours aux soins.

Enfin, dans 4 % des cas environ, une orientation interne vers une consultation spécialisée a été réalisée (consultations dentaires, gynécologiques, psychologiques, psychiatriques, sages-femmes, kinésithérapie, etc.).

(145) Voir plus haut le chapitre « Pourquoi les personnes viennent-elles à Médecins du Monde », tableau 9.

(146) Un chapitre est consacré à la réforme de l'AME dans la suite du rapport.

(147) Les orientations effectuées par les médecins à l'issue des consultations sont ici sous-évaluées, les médecins ne notant pas toujours l'information de façon explicite sur le dossier médical.

(148) Une évaluation interne doit être menée pour déterminer si l'information est sous-estimée car non rapportée dans le dossier médical, ou si le sujet n'est simplement pas abordé.

Tableau 46 : Examens complémentaires, orientations et dépistages proposés à l'issue des consultations

	%	n
Dépistage ou examen	10,2	3 924
Dépistage VIH (dont 67,4 % au CDAG et 32,6 % au labo)	7,0	2 685
Dépistage VHB (dont 68,7 % au CDAG et 31,3 % au labo)	7,0	2 691
Dépistage VHC (dont 68,9 % au CDAG et 31,1 % au labo)	7,0	2 676
Autres examens de laboratoire	5,8	2 234
Radiographie pulmonaire	3,6	1 367
Autres radiographies/échographies	2,5	968
Test de grossesse*	0,6	81
Mammographie*	0,4	50
Frottis cervico-vaginal*	0,1	16
Dépistage autre IST**	0,1	44
Autres dépistages	0,3	96
Orientations externes	13,2	5 089
Pass	4,0	1 519
Consultations hospitalières (hors Pass et urgences)	1,5	590
Urgences	1,2	448
Praticien libéral (dont 16,3 % généraliste ; 57,8 % spécialiste ; 27,2 % dentiste)	1,2	458
Centre de vaccination	1,2	611
PMI	0,8	316
Praticien d'un centre de santé (dont 13,8 % généraliste ; 67,2 % spécialiste ; 22,4 % dentiste)	0,5	188
Consultation psychologue ou psychiatrique	0,5	186
Centre de planification familiale	0,4	167
Autres orientations externes	2,3	865
Orientation interne à MdM	3,8	1 472

* Femmes de 15 ans et plus ** Patients de 15 ans et plus

Les différents types d'orientation proposés aux patients varient parfois selon les Caso.

Ainsi, les orientations vers un dépistage ou un examen sont plus fréquentes à Nancy et Paris (23 % et 24 %), ou encore à Saint-Denis (14 %). Certains Caso proposent plus souvent une orientation externe : c'est le cas de Cayenne (39 %), Nantes (22 %), Paris (19 %) et Grenoble (17 %).

Nous avons vu précédemment que les orientations externes les plus fréquemment proposées se font en direction des Pass dans 4 % des consultations ; cette proportion est 2 fois plus importante dans les Caso de Paris, du Havre et de Cayenne. Enfin, les orientations internes vers d'autres intervenants de Médecins du Monde sont plus fréquentes à Pau (20 %), Strasbourg (12 %) et Nancy (11 %).

À défaut de couverture maladie ou de prise en charge par les Pass des hôpitaux, les intervenants de MdM négocient presque chaque jour des consultations avec des médecins et des spécialistes à titre gracieux.

« Dites-lui qu'il vienne directement à mon cabinet, qu'il ne se présente pas à l'accueil, sinon la consultation lui sera facturée », conseille un dentiste de Marseille qui accepte de recevoir en urgence un enfant.

Les Caso sont également souvent la première étape d'un parcours de soins, qui nécessite le recours à des spécialistes ou au plateau technique de l'hôpital, comme en témoigne un médecin de l'équipe de Marseille.

« L'INTÉRÊT DU SUIVI MÉDICAL : D'UNE DOULEUR À UN ABCÈS À UNE TUBERCULOSE »



M. X., sénégalais, consulte au Caso pour la première fois en mai 2010 pour une douleur thoracique présternale, pénible, évoluant depuis deux à trois semaines, sans notion de traumatisme initial. L'examen clinique élimine a priori une pathologie cardio-vasculaire et oriente vers une douleur de paroi, vraisemblablement, musculaire, intercostale.

Devant l'absence de résultat thérapeutique (aucune réponse aux antalgiques), M. X. consulte à plusieurs reprises au Caso, au cours des mois de juin et juillet.

En août 2010, la situation clinique a évolué. En effet, Il présente un abcès présternal correspondant à la douleur initiale, tuméfaction peu inflammatoire, peu douloureuse, ulcérée à la peau, dont s'échappe un pus peu abondant. Il bénéficiera de soins infirmiers réguliers au Caso et de deux traitements antibiotiques.

En septembre 2010, devant la persistance de l'abcès, son caractère peu inflammatoire, torpide, et sa réponse limitée aux soins infirmiers, je fais une demande de consultation à titre gracieux auprès d'un spécialiste en parasitologie à l'hôpital.

Celui-ci reçoit M. X. et fait réaliser les examens complémentaires : scanner thoracique, examen direct et mise en culture du pus, enfin une biopsie cutanée.

L'examen direct est négatif. Le scanner thoracique montre une lyse sternale partielle et une lyse osseuse partielle du corps de D6. La biopsie cutanée au niveau de l'abcès sternal montre une granulomatose tuberculoïde.

Le diagnostic de tuberculose osseuse est alors envisagé, et j'oriente le patient vers le CLAT, qui lui remet un traitement antituberculeux et assure désormais sa prise en charge, tandis que les pansements de M. X., en attendant l'ouverture de ses droits, seront réalisés au Caso.

En décembre 2010, l'évolution de l'abcès, sous traitement antituberculeux et soins infirmiers, se montre favorable. L'abcès se ferme en début d'année.

Dernière nouvelle : le médecin tropicaliste de l'hôpital m'a appelé pour m'informer que les cultures réalisées en septembre sont finalement positives et isolent un BK."

→ LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

« Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique. Tous les patients ont droit à des soins de qualité et à la prévention. »

C'est par ces propos introductifs que la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) présente ses recommandations pour organiser les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) de façon efficace¹⁴⁹.

Les hôpitaux publics (y compris les établissements privés participant au service public hospitalier) ont notamment dans leurs missions l'accès aux soins des personnes démunies et la lutte contre l'exclusion sociale : « *Les établissements publics de santé [...] mettent en place les permanences d'accès aux soins de santé, [...] adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions*

prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »¹⁵⁰

La loi prévoyait la mise en place de 500 Pass sur l'ensemble du territoire, le dernier recensement du ministère en 2006 en dénombrait moins de 400...

En 2010, MdM a réalisé un état des lieux auprès de 37 Pass dans 23 villes où une équipe de MdM est présente¹⁵¹. Cet état des lieux a été complété en 2011 par une enquête menée par la délégation MdM d'Île-de-France, auprès de 16 hôpitaux d'Île-de-France, Paris excepté. Les équipes de MdM constatent une mise en place des Pass inégalement effective selon les territoires, avec pour certaines des dysfonctionnements importants et persistants.

(149) Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, « *Recommandations et indicateurs pour organiser une permanence d'accès aux soins de santé* », mai 2008. La Dhos est devenue Direction générale de l'offre de soins en mars 2010.

(150) Article L.6112-6 du Code de la santé publique, commenté dans la circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 1998.

(151) Cet état des lieux a pour objet de mesurer l'effectivité de la prise en charge des personnes démunies, à travers 4 axes : accueil du public, fonctionnement général, structuration avec les acteurs internes, travail en réseau, et de proposer des recommandations d'amélioration. Il a été réalisé à partir d'un questionnaire renseigné par les équipes de MdM, élaboré en partie avec le guide de recommandations de la DHOS ; de comptes-rendus de rencontres avec des acteurs de Pass au Havre, à Marseille, à Lyon, à Paris et à Saint-Denis (le choix de ces villes a été fait selon les difficultés ou les points positifs marquants, illustrant différents aspects du fonctionnement des Pass) ; et de rapports d'activité disponibles des Pass.

Si les Pass constituent, en théorie, le seul dispositif de santé permettant l'accès intégral aux soins pour les personnes démunies dépourvues de protection maladie, l'accueil inconditionnel des personnes en situation de précarité, la prise en charge des soins et la délivrance gratuite des traitements sont loin d'être la règle.

■ Rappel des principaux résultats de l'enquête nationale¹⁵²

Sur les 37 hôpitaux étudiés, seules 8 Pass reçoivent tous les publics en situation de précarité, quel que soit l'état des droits à la couverture maladie (qu'ils aient ou non des droits potentiels).

L'accès aux soins des mineurs n'est pas systématiquement garanti. Il est parfois difficile de savoir où se situe la Pass au sein de l'hôpital, le dispositif y est quelquefois méconnu, le lien avec le bureau des entrées pas toujours effectif et/ou efficient. Il arrive que les horaires ne soient pas adaptés. La présence ou l'intervention d'interprètes ne sont pas toujours systématiques, même si on peut noter une amélioration dans le recours aux interprètes professionnels.

Les ressources humaines et matérielles sont largement insuffisantes pour un certain nombre d'entre elles. Toutes les Pass bénéficient d'un temps de travailleur social. Mais on observe globalement un manque de personnel médical dédié à la Pass. L'absence de consultation de médecine générale dans la moitié des Pass étudiées est signalée comme un frein à une prise en charge coordonnée. Au jour de l'enquête, l'absence quasi générale de Pass dentaires et de Pass psychiatriques restait une véritable carence (mais on peut noter depuis quelques avancées). Les procédures sont parfois complexes pour accéder à la pharmacie de l'hôpital, ce qui amène certains patients à en sortir avec une ordonnance à honorer.

Il existe aussi des cas où les patients continuent à recevoir des factures. Trop peu de moyens sont alloués à la formation des professionnels hospitaliers, pour lesquels le niveau de connaissance du dispositif, de son fonctionnement et de son rôle reste insuffisant.

Le travail en réseau doit être renforcé. Le relais par le droit commun reste difficile, pouvant entraîner une saturation du dispositif.

Les budgets, trop peu importants, ne couvrent pas les besoins : manque de personnel, soins différés, nombre de patients limité, avec pour corollaire des patients refusés, un réseau insuffisamment développé par manque de moyens humains, des intervenants insuffisamment formés...

■ Les résultats de l'enquête dans 16 hôpitaux d'Île-de-France, Paris excepté, ne sont guère plus encourageants

Si l'accueil inconditionnel de tous les publics est globalement respecté, un hôpital affiche toutefois et clairement « pas de droits, pas de soins ». Le dispositif reste complexe, méconnu tant en interne qu'en externe, les facturations pour les patients fréquentes. L'absence quasi générale de consultations de médecine générale sans rendez-vous, à destination tant des adultes que des enfants, est un handicap majeur pour la prise en charge des patients dans un parcours de soins coordonnés. C'est une source d'encombrement inutile des urgences. On note, comme au niveau national, d'importantes difficultés pour l'accès

aux soins dentaires. Par ailleurs, la prise en charge des femmes en situation de précarité, enceintes ou venant d'accoucher est un vrai problème faute d'un réseau périnatalité adapté.

Si les soins liés à la grossesse ou à l'accouchement sont pris en charge dans le cadre du Fonds des soins urgents et vitaux (FSUV), les difficultés apparaissent à la sortie des patientes, soit après une hospitalisation dans le cadre d'une grossesse pathologique, soit après l'accouchement. Si la patiente est en hébergement précaire, il est fait appel au 115, avec les limites du dispositif que l'on connaît et qui vont en s'aggravant actuellement. Toutefois, les Conseils généraux de deux départements, l'Essonne et la Seine-Saint-Denis, offrent la prise en charge de nuitées d'hôtel, s'il existe des difficultés d'hébergement. Par ailleurs, quatre hôpitaux sont en lien avec des Lits halte soins santé (LHSS) pour les grossesses pathologiques. Dans tous les autres cas, c'est du « bricolage » avec parfois des prolongations de l'hospitalisation de quelques jours. Trois établissements signalent se mettre en lien avec l'Aide sociale à l'enfance.

■ Quelques avancées dans la mise en place de Pass « spécialisées »

Il faut noter quelques avancées en 2010 dans la mise en place de Pass « spécialisées ».

Au cours de l'année 2009, la Direction générale de l'offre des soins (Dgos), ex-Dhos, avait lancé un appel d'offres pour l'ouverture de Pass bucco-dentaires, de Pass à vocation régionale et de Pass psychiatriques.

Progressivement, le dispositif se met en place. Selon la Dgos en 2011 :

- 17 Pass bucco-dentaires ont été validées pour renforcer la mobilisation des acteurs de santé en faveur des soins dentaires des personnes démunies et réduire le renoncement aux soins dentaires lié aux difficultés financières (à Bordeaux par exemple) ;
- 14 Pass régionales ont été retenues pour renforcer les moyens de coordination et d'expertise d'une Pass pour la région et mettre en œuvre de façon coordonnée les bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation (à Nantes par exemple) ;
- Enfin, 41 Pass psychiatriques viennent compléter l'interface médicale offerte par les équipes mobiles psychiatrie-précarité en :
 - accélérant la mise en place des soins avec l'ouverture des droits sociaux ;
 - renforçant la compétence des services sociaux des établissements de psychiatrie dans la connaissance des publics précaires et de leurs droits ;
 - renforçant les liens entre établissements de psychiatrie et établissements MCO (médico-chirurgico-obstétriques) pour la prise en charge de ces publics.

■ Un repérage de bonnes pratiques, sous réserve d'une volonté forte de l'établissement et du soutien de l'État

Cet état des lieux a permis de repérer un certain nombre de bonnes pratiques concrètes, pour améliorer la qualité de la prise en charge, sur lesquelles il est possible de s'appuyer, sous réserve d'une volonté forte de l'établissement, d'un travail de réseau et du soutien de l'État.

(152) Se référer au rapport complet pour l'ensemble des résultats et le détail des recommandations « État des lieux des Pass dans 23 villes où MdM est présent », téléchargeable sur le site Internet de Médecins du Monde, à la rubrique publications, rapports France www.medecinsdumonde.org

Mais 5 points fondamentaux restent incontournables :

- poursuivre et consolider l'ouverture des Pass sur l'ensemble du territoire ;
 - poursuivre et consolider la mise en place des Pass mobiles, seul dispositif opérant et de proximité pour repérer et aller au devant des publics en situation d'exclusion les plus éloignés des structures de soins, en complémentarité avec les lieux fixes ;
 - accueillir toutes les personnes en situation de précarité : inciter les Pass à remplir réellement leur mission d'accès aux droits et aux soins de toutes les personnes en précarité, y compris et surtout des personnes n'ayant droit à aucune couverture maladie ;
 - garantir l'accès aux soins à tous les mineurs en procédant à l'ouverture immédiate de leurs droits à la couverture maladie, sans délais d'instruction ;
 - assurer la prise en charge globale des femmes enceintes ou venant d'accoucher en développant le travail avec les réseaux de périnatalité qui doivent être le prolongement de la Pass ;
- avec la nécessité de rendre obligatoire l'évaluation des Pass et d'attribuer un budget dédié, fléché, adéquat et pérenne.

Plus de 10 ans après le vote de la loi de lutte contre les exclusions, Médecins du Monde souhaite soutenir et voir se développer et s'améliorer les dispositifs de prise en charge des publics en situation de précarité, d'autant plus nécessaires dans le contexte actuel de crise sociale.

Il s'agit de poursuivre l'ouverture des Pass, de consolider les Pass existantes et de les inciter à remplir pleinement et réellement leur mission d'accès aux droits et aux soins de toutes les personnes en situation de précarité, y compris et surtout des personnes n'ayant droit à aucune couverture maladie, ce qui constituait l'objectif initial de la création des Pass.

Plus que jamais, le soutien de l'État est la condition *sine qua non* pour permettre la pérennisation et le développement des Pass. Mais les réformes concernant l'hôpital suscitent de vives inquiétudes quant à leur financement, leur pérennité ou tout simplement leur opérationnalité. Ces inquiétudes sont renforcées par la récente réforme de l'aide médicale d'État¹⁵³.

■ Quels seront les effets de la réforme de l'aide médicale d'État sur les permanences d'accès aux soins de santé ?

Si la loi de finances rectificative du 31 décembre 2003, en restreignant l'accès à l'aide médicale d'État, a fait des Pass le seul recours aux soins

possible pour une partie de la population, les étrangers en situation irrégulière résidant en France au cours des périodes d'exclusion légale du droit à la protection maladie, il y a tout lieu de penser que la loi des finances pour 2011, qui fixe un droit annuel d'entrée de 30 euros à l'aide médicale d'État¹⁵⁴, fera du dispositif une nécessité absolue.

En effet, l'un des effets attendus de la réforme, largement décrit par les associations, les professionnels de santé au travers du Conseil national de l'ordre des médecins ou de syndicats de médecins, les sociétés savantes, mais aussi les Inspections générales des affaires sociales et des finances¹⁵⁵, est le risque pour les bénéficiaires potentiels de renoncer à obtenir la couverture maladie, faute de pouvoir payer le droit d'entrée. Ainsi, lorsqu'elles seront malades, les personnes utiliseront les urgences des hôpitaux comme lieu de consultation de médecine. Elles risquent par ailleurs de laisser leur situation médicale s'aggraver au point de consulter *in fine* aux urgences.

Les Pass auront un taux de fréquentation en hausse. Bénéficieront-elles d'une aide financière supplémentaire ou de nouveaux moyens ?

Un autre effet pour l'hôpital sera l'augmentation de l'aléa financier. Selon la circulaire de mise en œuvre du droit d'entrée¹⁵⁶, lorsque la demande d'AME sera faite dans le cadre d'une hospitalisation, les hôpitaux seront informés si les personnes sont éligibles à l'AME. Cependant, les frais engagés ne pourront être remboursés à l'établissement au titre de l'AME que si le demandeur s'est acquitté du droit de timbre au moment de la délivrance de sa carte.

Dans le cas contraire, si la personne ne peut s'acquitter des 30 euros, l'hôpital ne sera pas payé au titre de l'AME. Il sera contraint de facturer les actes au patient, généralement insolvable, vu le niveau de ressources des intéressés.

Dans un nombre restreint de cas, l'hôpital aura la possibilité de faire appel au Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV). Or, le recours au FSUV est limité aux seuls cas d'urgence vitale, contrairement à l'AME. Dans le cas où la personne est éligible à l'AME mais où les soins engagés ne correspondent pas aux critères médicaux du FSUV, l'hôpital n'aura plus aucune possibilité de recouvrement.

La multiplication des demandes impactera incontestablement le travail du personnel administratif déjà largement surchargé.

Le recours au FSUV pour des personnes ayant des droits potentiels constitue un détournement de l'objectif originel du dispositif et est de nature à déstabiliser les comptes des hôpitaux et du dispositif FSUV¹⁵⁷.

(153) Un chapitre est consacré à la réforme de l'AME dans la suite du rapport.

(154) Article 188 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 instaurant, à compter du 1^{er} mars 2011, le paiement d'un droit annuel de 30 euros par tout bénéficiaire majeur de l'aide médicale de l'État.

(155) IGAS-IGF, « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État », 24 novembre 2010

(156) Circulaire n° DSS/2A/2011/64 du 16 février 2011 relative aux modalités de mise en œuvre par les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses générales de sécurité sociale du droit de timbre annuel conditionnant l'accès à l'aide médicale de l'État, à compter du 1^{er} mars 2011.

(157) « Réforme de l'aide médicale d'État : les conséquences sur l'organisation du système de soins », document d'analyse de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers : www.odse.eu.org

LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2010, 3 919 consultations dentaires ont été dispensées à 1 742 patients différents.
- L'indice CAO (somme des dents cariées, absentes et obturées) calculé pour 32 % des patients s'élève à 9,5, l'indice CA témoignant du besoin en soins bucco-dentaires s'élève à 8 parmi ces patients.
- L'indice CAO croît fortement avec l'âge et est plus élevé parmi les patients français, notamment en raison d'un nombre moyen de dents obturées plus important.
- Les patients sans droits ouverts à la couverture maladie présentent plus fréquemment que les autres patients un état de santé bucco-dentaire dégradé (défini par un indice CA ≥ 6).

■ Activité des cabinets dentaires de Médecins du Monde

Au cours de l'année 2010, 3 919 consultations dentaires ont été dispensées dans 8 Caso à 1 742 patients différents, soit 2,2 consultations dentaires par patient (tableau 47).

7 Caso de MdM proposent spécifiquement des consultations dentaires : Nice, Strasbourg, Bordeaux, Montpellier, Marseille, Nancy¹⁵⁸ et Rouen.

À Toulouse, un dentiste est présent au moment des consultations médicales et propose systématiquement un bilan bucco-dentaire ; si des soins sont nécessaires, les patients sont orientés vers le service d'odontologie du CHU ou vers la Pass dentaire.

Nous n'avons pas comptabilisé cette année l'activité du Bus dentaire, vers lequel sont orientés les patients de Saint-Denis¹⁵⁹. À noter également l'arrêt des consultations dentaires au centre de Paris depuis 2009.

Ces chiffres ne représentent pas la réalité de la demande, laquelle est beaucoup plus importante, et ne peut être intégralement satisfaite par MdM.

Ainsi, à Grenoble, par exemple, où il n'existe pas de cabinet dentaire au Caso, les problèmes dentaires sont le principal motif de consultation (13,5 %). En l'absence de Pass dentaire dans la ville, les médecins orientent vers des dentistes partenaires qui acceptent de recevoir les patients gratuitement, mais qui sont régulièrement saturés.

Tableau 47 : Répartition des consultations dentaires par Caso (% en colonne)

	Consultations dentaires		Nombre de patients		CAO réalisés	
	%	n	%	n	%	n
Nice	28,4	1 112	31,3	545	31,9	174
Strasbourg	19,1	750	15,0	262	20,6	54
Bordeaux	18,7	731	19,0	331	55,3	183
Montpellier	16,5	648	11,6	202	40,6	82
Marseille	9,4	369	13,9	242	12,0	29
Nancy	5,0	195	3,9	67	26,9	18
Rouen	1,9	76	3,4	60	----	0
Toulouse	1,0	38	1,9	33	63,6	21
Total	100,0	3 919	100,0	1 742	32,2	561

(158) À Nancy, les consultations sont délivrées hors du Caso, dans les locaux de la faculté d'odontologie dépendant du CHU.

(159) Depuis septembre 2007, Médecins du Monde et l'association du Bus dentaire ont établi un partenariat. Ainsi, le bus s'installe les jeudis à proximité du Caso pour y accueillir une quinzaine de patients suivis par MdM. Les jeudis matins sont réservés aux patients nécessitant le suivi d'un soin, l'après-midi à des nouveaux patients. En 2010, 421 consultations ont été enregistrées pour 335 patients différents.

■ État de santé bucco-dentaire des patients reçus à MdM

Les consultations dentaires sont l'occasion de réaliser un bilan de l'état bucco-dentaire de certains patients et notamment le bilan des dents cariées, absentes et obturées permettant de calculer l'indice CAO.

L'indice CAO est un indicateur synthétique de l'atteinte carieuse. Il permet d'évaluer et de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire au sein d'une population et est couramment utilisé au niveau international. Il est également un marqueur permettant d'évaluer et de mettre en évidence les inégalités sociales de santé.

Il se décompose en 3 indices :

- C : indice carieux, nombre de dents cariées
- A : nombre de dents absentes
- O : nombre d'obturations, de dents soignées

L'indice CAO moyen d'une population est la somme du nombre total de dents cariées, absentes et obturées rapportée au nombre de personnes examinées.

Il peut être utilisé globalement ou de manière éclatée selon ses différentes composantes.

Au cours du temps, chez un même sujet, l'indice CAO ne peut pas diminuer : il augmente chaque fois qu'une dent antérieurement saine est atteinte par la carie (C), laquelle peut avoir été obturée (O) ou extraite (A)¹⁶⁰.

L'indice CAO a été calculé pour environ le tiers des patients reçus en consultation dentaire en 2010, il s'élève en moyenne à 9,5 (tableau 48).

L'état de santé bucco-dentaire ne varie pas sensiblement selon le sexe des patients. On relève en revanche un indice CAO significativement plus élevé chez les Français que chez les étrangers. On peut cependant noter que cette différence provient essentiellement d'un nombre moyen de dents obturées plus important parmi les Français, ce qui traduit probablement un accès aux soins bucco-dentaires moins difficile pour les patients français.

La variation la plus significative s'observe logiquement selon l'âge avec un indice CAO qui croît de façon très importante au-delà de 40 ans, pour l'essentiel en raison du nombre élevé de dents absentes non remplacées à partir de cet âge.

Tableau 48 : Indice CAO des patients⁽¹⁾ examinés lors des consultations dentaires selon la nationalité, le sexe et l'âge

	Nombre moyen de dents cariées	Nombre moyen de dents absentes	Nombre moyen de dents obturées	Indice CAO
Ensemble des patients	3,5	4,6	1,7	9,5
Nationalité				
Français	4,3*	5,4 ^{ns}	3,3 ^{***}	12,7 ^{***}
Étrangers	3,4	4,5	1,7	9,1
Sexe				
Hommes	3,7 ^{ns}	4,8 ^{ns}	1,9 ^{ns}	9,8 ^{ns}
Femmes	3,1	4,2	2,0	8,9
Âge				
15-20 ans	2,9 ^{***}	1,7 ^{***}	0,9*	5,1 ^{***}
20-39 ans	3,8	3,2	2,1	8,8
40-59 ans	2,7	8,0	2,1	12,6
60 ans et plus	2,1	16,4	1,0	16,2

(1) : Analyse limitée aux patients de 15 ans et plus
 *** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; ns : non significatif

(160) Azogui-Lévy S, Boy-Lefèvre ML, « La santé bucco-dentaire en France ». Actualité et Dossiers en santé publique n°51, juin 2005.

L'analyse proposée dans le tableau 49 vise à préciser les caractéristiques des patients présentant un état de santé bucco-dentaire dégradé, soit un indice CA (dents cariées + dents absentes non remplacées) au moins égal à 6¹⁶¹.

On ne relève aucune variation significative de cet indicateur selon le sexe ou le fait d'être français ou étranger, en revanche, comme on peut s'y attendre, la dégradation de l'état bucco-dentaire progresse fortement avec l'âge.

La situation vis-à-vis du logement n'apparaît pas liée à un état bucco-dentaire dégradé si ce n'est pour les personnes sans domicile fixe, qui semblent plus souvent exposées¹⁶².

On constate enfin que les patients sans couverture maladie sont plus souvent concernés par un indice CA élevé, ce qui souligne encore une fois toute l'importance de l'accès aux droits, tout particulièrement dans le domaine des soins bucco-dentaires, qui, avec les soins optiques, sont à l'origine des renoncements aux soins les plus fréquents des populations fragilisées.

La santé bucco-dentaire est un domaine marqué par de fortes inégalités, comme le démontrent, depuis de nombreuses

années, différentes enquêtes sur cette thématique, qui toutes constatent que les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées avec les inégalités sociales.

Le renoncement aux soins, dans un domaine où précisément certains actes et traitements laissent à la charge du patient une large part des honoraires, affecte fortement les personnes à faibles revenus ou ne disposant pas d'une couverture maladie complémentaire.

En 2008, en France, 15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco dentaire. L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement¹⁶³.

De façon générale, l'accès aux soins dentaires reste problématique pour une large partie de la population, même pour les personnes bénéficiant d'une CMU complémentaire et encore plus pour les bénéficiaires de l'AME – faut-il rappeler les taux très importants de refus de soins des dentistes ?

Tableau 49 : Facteurs associés au fait de présenter un indice CA au moins égal à 6 (analyse limitée aux patients de 15 ans et plus)

	Indice CA≥6		
	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	55,3		
Sexe			
Hommes	55,8	réf	
Femmes	54,2	1,3	ns
Nationalité			
Français	60,4	réf	
Étrangers	53,6	0,6	ns
Âge			
15-20 ans	31,1	réf	
20-39 ans	51,5	2,5	*
40-59 ans	72,1	6,4	***
60 ans et plus	88,2	18,7	***
Logement			
Fixe	52,8	réf	
Hébergé (organisme ou association)	54,0	1,1	ns
Précaire	52,9	1,3	ns
Sans domicile fixe	63,0	1,8	ns
Droits à la couverture maladie			
Ouverts	51,3	réf	
Non ouverts	56,4	1,7	*

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité de présenter un indice CA≥6 est multipliée par 1,7 (OR significatif p<0,05) chez les patients ne disposant pas d'une couverture maladie par rapport aux patients disposant d'une couverture.

(161) Le seuil porté à 6 est plus significatif d'un état de santé bucco-dentaire dégradé.

(162) p=0,10, test proche du seuil de significativité.

(163) Drees, « L'état de santé de la population en France, rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009 -2010 », Études et Résultats n°747, janvier 2011.

La question du retard aux soins est abordée, au moins partiellement, par les praticiens des Caso, qui **considèrent qu'environ 3 patients sur 4 venus consulter pour des problèmes dentaires auraient dû être traités plus tôt**. Cette estimation ne peut être considérée comme robuste compte tenu du taux de réponses particulièrement faible. Un recueil plus systématique à l'avenir apparaît indispensable pour étayer de façon plus solide la problématique des retards aux soins dans ce domaine¹⁶⁴, de même que celui du nombre de dents cariées, absentes et obturées, pour le calcul de l'indice CAO, permettant de témoigner de l'état de santé bucco-dentaire des personnes rencontrées.

En tout état de cause, les besoins en soins des patients des Caso sont importants, comme en témoignent l'indice CA, qui s'élève en moyenne à 8 pour l'ensemble des patients, et le besoin de prothèses dentaires, qui concerne 45 % d'entre eux (tableau 50).

Tableau 50 : Retard de recours aux soins bucco-dentaires et besoins de prothèses dentaires

Retard de recours aux soins bucco-dentaires*	73,5 %
Besoin de prothèses dentaires	45,2 %
Indice CA**	8,0

* analyse limitée à la première consultation dentaire
 ** nombre moyen de dents cariées ou absentes

■ Les interventions dentaires pratiquées et les orientations

Les différentes interventions pratiquées par les dentistes sont détaillées dans le tableau suivant.

Les traitements conservateurs (traitement coronaires et radiculaires) restent l'essentiel des soins prodigués.

Au vu des besoins de prothèses dentaires (45 % des patients), certains cabinets ont la possibilité de réaliser des prothèses mobiles sous certaines indications et critères. Les prothèses sont réalisées pour les patients qui répondent aux critères suivants :

- grande précarité sociale ;
- absence de couverture maladie ou couverture maladie insuffisante pour la prise en charge des prothèses : ni les personnes bénéficiant de l'AME, ni les personnes percevant l'AAH, le minimum vieillesse ou certains autres minima sociaux ne peuvent accéder à des soins prothétiques ;
- patients ayant besoin de prothèses pour des raisons fonctionnelles, c'est-à-dire dont la surface masticatoire correspond à moins de cinq couples molaires/prémolaires en contact, et lorsque l'absence de dents peut aggraver une pathologie somatique déjà existante.

C'est le cas du Caso de Nice, qui a pu faire bénéficier de prothèses dentaires à 34 personnes, ce qui a nécessité 209 actes prothétiques.

À l'issue des consultations dentaires, 7 % environ des patients ont été orientés vers le dispositif de droit commun – hospital, médecine libérale ou centre de santé¹⁶⁵.

Tableau 51 : Les interventions dentaires pratiquées lors des consultations

Interventions dentaires	Nombre de consultations	% de consultations	Nombre de patients concernés	% de patients
Traitement coronaire	1 083	30,7	633	39,7
Extraction	647	18,3	498	31,2
Traitement radiculaire	561	15,9	352	22,1
Pansement provisoire	416	11,8	233	14,6
Prothèse	359	10,2	140	8,8
Radiologie	288	8,2	202	12,7
Détartrage/hygiène	265	7,5	233	14,6
Prescription	226	6,4	193	12,1
Traitement parodontologique	81	2,3	72	4,5
Autres	437	12,4	347	21,8

(164) Taux de réponses Retard aux soins bucco-dentaire : 21,4 % ; Besoin de prothèses dentaires : 24,5 %

(165) Taux de réponses Interventions dentaires : 90,0 % ; Orientation : 29,2 %

■ Les Pass dentaires restent très insuffisantes en nombre

Même si on peut saluer la création de quelques Pass dentaires (17 Pass dentaires ont été validées en 2011 selon la Direction générale de l'offre de soins), leur mise en place est très progressive (difficultés d'organisation et de recrutement de dentistes, malgré un budget dédié). Les Pass dentaires restent très insuffisantes en nombre.

Selon un état des lieux des Pass dans les villes où Médecins du Monde est présent (mené à la fin de 2009), les personnes fréquentant les Pass et ayant besoin de soins

dentaires sont très souvent orientées vers les structures associatives, dont Médecins du Monde, lorsque l'association a un cabinet dentaire. L'un des cabinets dentaires est ironiquement baptisé « Pass dentaire » par la Pass elle-même. À noter quelques expériences positives : une Pass qui procède une fois par mois à un dépistage bucco-dentaire lors d'actions mobiles ; une autre dont le travailleur social se déplace à l'école dentaire, où des consultations dentaires peuvent être dispensées au public précaire ; une autre qui a rouvert l'ancienne consultation dentaire de Médecins du Monde avec un budget dédié (Le Havre).



© Véronique Burger/Phanie

QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS

D'ACCÈS AUX DROITS
ET AUX SOINS ?

Le bilan de la situation sociale des patients permet aux accueillants de Médecins du Monde de déterminer leurs droits à la couverture maladie et de repérer, au fil de l'entretien, les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux droits et aux soins. ■

Le bilan de la situation sociale des patients permet aux accueillants de Médecins du Monde de déterminer leurs droits à la couverture maladie et de repérer, au fil de l'entretien, les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès aux droits et aux soins.

LES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2010, près de 76 % des patients pouvaient accéder, au regard de leur situation personnelle, à une couverture maladie (51 % relèvent de l'AME, 24 % de l'assurance maladie, 2 % d'un système de protection sociale d'un autre pays européen). Les autres (près du quart), se heurtant au critère de résidence, ne peuvent bénéficier d'aucune couverture maladie.
- Seuls 18 % des patients qui pourraient en bénéficier ont des droits ouverts à la couverture maladie. L'accès aux droits des étrangers s'avère particulièrement difficile : 16 % des bénéficiaires potentiels disposent de droits ouverts contre 49 % des Français. Les équipes de Médecins du Monde voient les personnes les plus en difficulté, en particulier celles qui ne bénéficient d'aucune couverture maladie, et tentent, quand c'est possible, d'orienter dès l'accueil les personnes qui ont des droits ouverts vers le système de droit commun.
- Au total (quelle que soit la situation administrative des patients), 87 % des patients n'ont aucune couverture maladie lorsqu'ils sont reçus dans les Casos.

Les accueillants de MdM, au terme de l'entretien réalisé avec les patients, étudient les droits potentiels à une couverture maladie de ces derniers au regard de leur situation administrative, de leur dernière date d'entrée en France et de leur niveau de ressources.

Il s'agit ici des droits « théoriques » des patients, sans qu'il soit tenu compte de leur ouverture effective ou non.

En 2010, 76,3 % des personnes reçues relevaient d'un dispositif de couverture maladie : 51 % environ de l'aide

médicale d'État, 24 % de l'assurance maladie et 2 % environ d'un système de protection sociale dans un autre pays européen. Les patients ne relevant d'aucun dispositif se heurtent au critère de résidence de plus de 3 mois en France imposé pour l'ouverture des droits (*tableau 52*)¹⁶⁶. **C'est précisément ce critère de résidence qui, à partir de 2004, a multiplié par 2 la part des patients exclus de tout dispositif de couverture maladie.**

Tableau 52 : Droits théoriques des patients de MdM à la couverture maladie

	%	n
CMU complémentaire	19,0	3 449
Couverture de base (CMU de base ou sécurité sociale) uniquement	4,8	876
AME	50,6	9 185
Droits dans un autre pays européen	1,9	346
Droit à aucune couverture maladie	23,7	4 307
dont...		
– pas droit à l'AME car résidence de moins de 3 mois en France	62,3	2 518
– pas droit à l'AME car plafond de ressources dépassé	1,1	46
– pas droit à la CMU car résidence de moins de 3 mois en France	14,8	597
– touristes ou étrangers de passage	21,8	883
Synthèse des droits théoriques		
Assurance maladie (couverture de base et complémentaire)	23,8	4 325
AME	50,6	9 185
Droits dans un autre pays européen	1,9	346
Droit à aucune couverture maladie	23,7	4 307

(166) Taux de réponses Droits théoriques : 83,5 % ; Précisions aucun droit possible : 93,9 %

L'accès aux droits des personnes apparaît extrêmement difficile dans la mesure où seuls 18 % environ des patients disposant théoriquement de droits ont des droits effectivement ouverts lorsqu'ils sont reçus la première fois dans les Caso (tableau 53)¹⁶⁷.

Notons que l'accès aux droits est très inégal selon le dispositif auquel sont rattachées les personnes : ainsi, les patients relevant de l'AME ne sont que 10 % à disposer de droits ouverts contre 33 % environ des patients relevant de l'assurance maladie.

Relevons enfin que très peu de patients pouvant obtenir la CMU complémentaire en bénéficient effectivement (15 % environ) ; la plupart n'ont pas de droits ouverts ou ont au mieux uniquement la CMU de base.

Il est toutefois nécessaire de relativiser ces résultats relatifs au nombre de personnes disposant de droits ouverts. En effet, Médecins du Monde voit les personnes les plus en difficulté, en particulier celles qui ne bénéficient d'aucune couverture maladie. Devant le nombre important des demandes de consultation, certains centres privilégient de recevoir les personnes qui n'ont aucune couverture maladie

et, quand c'est possible, orientent dès l'accueil les personnes qui disposent de droits ouverts vers le système de droit commun. Les personnes qui disposent de droits ouverts et qui consultent à Médecins du Monde relèvent de plusieurs situations. Il s'agit de personnes qui n'ont pas trouvé de médecin ou qui ont été confrontées à un mauvais accueil dans les structures de prise en charge ou même à des refus de soins explicites. Certains soins ou médicaments restent mal remboursés. Par ailleurs, il arrive que des professionnels de santé ne pratiquent pas le tiers payant.

Une étude estime que, en 2006, de 700 000 à 1,2 millions de bénéficiaires potentiels de la CMUc n'avaient pas fait valoir leurs droits. Les raisons du non-recours à la CMUc que ces personnes évoquent le plus fréquemment sont un bon état de santé pour les plus jeunes, la barrière linguistique pour des personnes de nationalité étrangère, des refus de soins de certains médecins, la gêne et la stigmatisation ressenties¹⁶⁸. C'est ce dont témoigne l'équipe de Marseille à travers les propos d'un homme d'une cinquantaine d'années qui vit le fait de se retrouver à MdM comme une humiliation.

« EXCUSEZ-MOI,
JE SAIS QU'IL Y A
DES GENS QUI
SOUFFRENT PLUS
QUE MOI »



M. H., français, 50 ans, se présente au Caso pour une douleur aux genoux.

Durant l'entretien d'accueil, il expose les éléments de sa situation sociale : au chômage depuis environ un an, il perçoit des indemnités Assedic d'environ 500 euros. Pour « s'excuser » de sa venue au Caso, il insiste sur son impossibilité à payer le ticket modérateur. Il vit le fait de se retrouver à MdM comme une humiliation : « Je vous jure, j'étais tétanisé de venir demander de l'aide ici, je n'en ai pas dormi de la nuit, et puis... j'ai honte, j'ai vraiment honte... »

Il évoque son seul et difficile contact avec une assistante sociale de secteur : « J'ai eu l'impression de mendier... je n'ai pas l'habitude... et puis, être obligé de demander une aide alimentaire, et s'entendre dire avec insistance que cette dernière sera « exceptionnelle », c'est vraiment... j'ai l'impression d'être tombé au plus bas de l'échelle. »

Il est fatigué de toutes les démarches à entreprendre pour pouvoir manger, payer son loyer, se vêtir. Il ne refuse pas pour autant que nous montions ensemble le dossier de CMU complémentaire auquel il a droit : « C'est juste que je suis fatigué et que j'en ai assez de me battre... Mais c'est vrai que pouvoir me payer des lunettes et soigner mes dents, ce serait bien... Excusez-moi, je sais qu'il y a des gens qui souffrent plus que moi. » Il maudit aussi cette douleur aux genoux.

De cette dernière, découle son incapacité à travailler, sa situation économique, son isolement, sa perte de lien social. « Avant, j'étais barman, les gens me disaient toujours bonjour, me parlaient de leurs difficultés. Depuis que je suis au chômage, ces mêmes personnes observent les nuages dès qu'elles m'aperçoivent. » M. H. pourrait bénéficier de la CMU complémentaire ainsi que de la gratuité des transports. Toutefois, il ne se nourrit qu'une fois par jour et l'idée de devoir aller rechercher des colis alimentaires l'angoisse. Le médecin qui assura la consultation fut surpris du décalage entre la douleur du patient et son discours. « Oh ça va, j'ai juste un peu mal. » En effleurant son genou, ce dernier constata la retenue du patient à exprimer sa douleur.”

(167) Taux de réponses Droits effectifs : 84,7 %

(168) Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. « Comprendre les causes du non-recours à la CMUc », Université Paris-Dauphine, Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé, rapport 79, novembre 2006.

Le tableau 54 illustre les difficultés encore plus importantes que rencontrent les étrangers par rapport aux Français dans l'accès aux droits. Ils sont en effet 3 fois moins nombreux en proportion à disposer de droits effectivement ouverts et 2 fois moins nombreux lorsqu'on ne considère que les patients relevant de l'assurance maladie.

Au total, et quelle que soit la situation personnelle et administrative des patients, 87 % ne disposaient d'aucune couverture maladie lorsqu'ils ont été reçus la première fois dans les Casos.

Tableau 53 : Croisement entre les droits théoriques et les droits effectifs à la couverture maladie (% en ligne)

	Droits ouverts		Droits non ouverts	
	%	n	%	n
Patients ayant droit à une couverture maladie*	17,6	2 281	82,4	10 695
Patients relevant de l'AME	10,3	914	89,7	7 942
Patients relevant de l'assurance maladie (base et complémentaire) dont...	33,2	1 367	66,8	2 753
– Couverture de base uniquement	56,4	469	43,6	362
– Couverture complémentaire (CMUc)	14,9	490	85,1**	2 799

* Les patients disposant de droits dans un autre pays européen sont exclus de l'analyse

** 13 % environ de ces patients ne disposent que de la CMU de base

Tableau 54 : Part des patients ayant des droits ouverts à la couverture maladie (parmi les patients ayant des droits théoriques) selon la nationalité (% en ligne)

	Patients ayant des droits ouverts	
	%	n
Patients ayant des droits à une couverture maladie		
– Français	49,0	599
– Étrangers	16,0	1 918
Patients relevant de l'assurance maladie		
– Français	49,0	599
– Étrangers	26,5	760

Le Fonds pour les soins urgents et vitaux : « Ah bon, les soins urgents, vous auriez leur adresse ? »

Créé en 2003 sous la pression de collectifs interassociatifs pour compenser les effets de l'instauration du délai de 3 mois de présence en France pour accéder à l'AME, le Fonds pour les soins urgents et vitaux¹⁶⁹ permet un financement des hôpitaux afin qu'ils puissent délivrer des soins en urgence aux personnes démunies et dépourvues du droit à l'AME. Il s'agit des « *soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* »¹⁷⁰. La circulaire du

16 mars 2005 inclut également les situations suivantes :

- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou l'infection à VIH par exemple) ;
- tous les soins concernant les mineurs¹⁷¹ ;
- les grossesses (examens de prévention durant et après la grossesse, soins à la femme enceinte et aux nouveau-nés) ;
- les IVG et interruptions médicales de grossesse.

(169) Le champ d'application est précisé dans la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005.

(170) Article L.254-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(171) La disposition concernant les mineurs a été abrogée par une circulaire du 7 janvier 2008 (circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04) qui considère que les enfants d'étrangers en situation irrégulière doivent relever de l'aide médicale d'État. Elle a eu cependant pour effet d'exclure de tout dispositif les mineurs qui ne peuvent pas pour autant accéder à l'AME, comme les mineurs sans représentant légal, qui ne relèvent pas de l'aide sociale à l'enfance, ou les enfants dont les parents dépassent le seuil d'attribution de l'AME (voir la partie consacrée aux mineurs).

Sur le terrain, les équipes font le constat que ce Fonds reste méconnu (ou n'est connu que depuis peu), ou que certains hôpitaux, ne sachant pas comment imputer le coût des soins, choisissent souvent de facturer directement aux patients. C'est pourtant à l'hôpital de décider de requérir ce Fonds, en établissant une demande de prise en charge à la Cnam.

Cette situation demande une coopération étroite et une démarche volontariste entre différents services de l'établissement de santé :

- d'une part, le service social, qui est en charge du bilan des droits du patient et qui peut conclure à la nécessité de demander une prise en charge au titre des soins urgents, si aucun autre financement n'est possible ;
- d'autre part, les médecins qui ont fourni les soins, qui doivent délivrer un certificat médical attestant que le patient a nécessité « *des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave de l'état de santé* » ;
- enfin, le service de facturation, qui, une fois informé sur le type de prise en charge, doit renoncer à envoyer la facture au patient et saisir la Cnam.

L'une de nos équipes rapporte un exemple de dysfonctionnement autour de ce circuit : puisque la Cnam mettrait parfois plusieurs mois à répondre (avec par ailleurs des pertes de dossier ou des demandes de pièces complémentaires), le service de facturation de l'hôpital, estimant que le circuit n'est pas fonctionnel, refuserait de mettre en attente les factures. Le service social, quant à lui, finit par intégrer que le dispositif ne fonctionne pas et prévient les patients qu'ils ne seront pas pris en charge et qu'ils devront payer. Il faut par ailleurs noter la difficulté inhérente à la définition des « soins urgents et vitaux ». Certaines équipes médicales interprètent la notion d'urgence uniquement dans les cas où le pronostic vital immédiat est en jeu, alors que le texte indique qu'il s'agit de toute pathologie grave dont l'absence

de prise en charge ou le retard de recours aux soins altèreraient de façon grave l'état de santé. Ainsi, le traitement d'un cancer peut être considéré selon l'équipe hospitalière comme relevant de ce Fonds ou non.

Un traitement post-exposition (à la suite d'un risque d'exposition au VIH) doit être pris en charge par ce Fonds mais là encore les interprétations divergent. De même, on rencontre des situations où les examens à visée diagnostique ne sont pas pris en charge si le diagnostic de pathologie lourde n'est finalement pas confirmé.

De plus, la circulaire du 7 janvier 2008 précédemment citée prévoit que, pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des soins urgents, les établissements doivent présenter une demande d'AME à la Cnam et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux qui relèvent de cette catégorie et pour lesquels la demande d'AME a été rejetée. Cela ajoute une difficulté supplémentaire pour accéder au dispositif. En effet, cette circulaire complique le travail des assistants sociaux hospitaliers. Ces derniers se retrouvent dans l'obligation systématique de monter des dossiers de demande d'AME parfois complexes (absence de pièce d'identité, de domiciliation...), dossiers qui doivent pourtant être complets pour être instruits. Le fait que les personnes ne répondent pas au critère de résidence conduira à un refus d'AME, ce qui permettra seulement de facturer les frais hospitaliers au titre du Fonds pour les soins urgents et vitaux...

L'équipe de Nice témoignait l'année passée de la méconnaissance du Fonds pour les soins urgents et vitaux par des services hospitaliers, ayant conduit à une succession de démarches, avec pour effet de différer des soins, pourtant jugés « urgents », s'agissant là d'un cancer du sein. Malgré toutes les démarches entreprises, la patiente concernée avait reçu une partie des factures.

L'équipe a revu la patiente, dont la situation ne s'est pas débloquée.

« LA DIRECTION DE L'HÔPITAL REFUSE DE RECOURIR AU FONDS POUR LES SOINS URGENTS ET VITAUX ALORS QUE TOUTES LES CONDITIONS ADMINISTRATIVES ET MÉDICALES SONT RÉUNIES »



La réponse du centre anticancéreux a été favorable et enfin la mise en place du dispositif soins urgents a pu être faite pour les premiers examens.

Il n'en va pas de même au CHU : Mme B. reçoit toujours des factures pour un montant d'environ 300 euros pour des soins de décembre 2010. Nous avons saisi l'assistante sociale de l'hôpital, qui nous confirme que le médecin et elle-même avaient bien fait le nécessaire. Le bureau des entrées, semble-t-il, aurait eu des informations de la Cnam, informations qui laisseraient entendre que, dans la mesure où la première demande d'AME avait été faite au nom de monsieur et que madame aurait été ayant droit, le dispositif soins urgents ne pouvait être mis en place. [Une première demande d'AME avait été faite au nom du mari de la patiente, le dossier avait été refusé pour dépassement de ressources. Une seconde demande d'AME a donc été déposée au nom de la patiente.] Nous demandons des précisions à la Cnam qui nous infirme cette version et nous confirme que le dispositif peut être mis en place. Nous lui demandons également de nous confirmer par écrit que le refus d'AME opposé à monsieur concernait aussi ses ayants droit, et notamment Mme B. Ce courrier n'a jamais pu être obtenu, alors que, semble-t-il, il aurait débloqué la situation côté CHU (d'après les informations que nous avons à l'époque). Le service social hospitalier saisit sa direction, rappelant que toutes les conditions administratives et médicales sont réunies pour une prise en charge au titre des soins urgents... La direction refuse ...»

L'équipe de Saint-Denis relève par ailleurs une faible connaissance de ce dispositif par des administrations et institutions sociales et médicales. Plusieurs appels reçus au Caso de médecins, d'associations, d'assistants sociaux de

secteur, etc., demandent si Médecins du Monde peut prendre en charge les frais de santé nécessaires lorsqu'ils sont confrontés à une urgence vitale...

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

LES POINTS ESSENTIELS

- > **Les principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins rapportés par les patients restent comme les années précédentes la méconnaissance de leurs droits et des structures (27 %), la barrière linguistique (26 %), probablement sous-estimée vu que la présence d'un traducteur était nécessaire dans plus de 1 consultation sur 2, les difficultés administratives (24 %) et le critère de résidence en France pour l'ouverture des droits (séjour inférieur à 3 mois : 19 % ; pas de preuve de résidence : 16 %).**
- > **L'accès aux droits se complexifie et les demandes abusives de pièces se généralisent.**
- > **60 % des patients disposent d'une adresse pour recevoir du courrier, mais le principe déclaratif de l'adresse n'est pas appliqué par la plupart des Cпам.**
- > **L'obstacle à l'accès aux droits lié à l'absence de domiciliation concerne 21 % de l'ensemble des patients.**
- > **7 % des patients évoquent des difficultés financières pour pouvoir payer une complémentaire, faire l'avance de frais ou citent des soins non pris en charge. Les effets de seuil restent sans appel pour les personnes dont les ressources dépassent le seuil d'attribution de la couverture maladie.**
- > **Les équipes de Médecins du Monde notent une persistance des refus de soins.**
- > **Par ailleurs, près de 60 % des étrangers sans titre de séjour en viennent à limiter leurs déplacements ou activités par peur d'être arrêtés.**

Les principaux obstacles mentionnés par les patients

Les patients, au cours de l'entretien, sont invités à s'exprimer sur les principaux obstacles auxquels ils ont été confrontés pour accéder aux droits et aux dispositifs de soins. Il s'agit ici des réponses citées spontanément par les personnes ou identifiées par les accueillants durant l'entretien¹⁷² (tableau 55).

Comme les années précédentes, le premier frein à l'accès aux droits et aux soins rapporté par les patients est leur méconnaissance des droits et des structures (27,3 %). Les personnes ignorent à quels droits elles peuvent prétendre et où s'adresser pour les faire valoir, elles ont du mal également à s'orienter dans le système de soins français.

Les autres obstacles les plus souvent avancés sont la barrière linguistique (25,6 % des patients), obstacle largement sous-estimé si l'on se réfère au fait que la présence d'un traducteur lors de l'entretien social ou médical a été nécessaire

plus de 1 fois sur 2, ou encore les difficultés administratives (23,7 %).

L'obstacle lié au critère de résidence de 3 mois en France pour accéder aux droits est également très prégnant, soit que les patients ne satisfont pas à ce critère (19 %), soit qu'ils n'arrivent pas à fournir la preuve de leur présence en France (15,7 %).

Ce qui est mis en avant ici est finalement la complexité de notre système sanitaire et social, complexité encore plus grande lorsque les personnes ne maîtrisent pas notre langue.

Les obstacles à l'accès aux soins des patients selon leur type de couverture maladie seront développés plus précisément dans la suite du rapport.

(172) Taux de réponses Obstacles : 71,3 %

Tableau 55 : Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les patients (plusieurs réponses possibles)

	%	n
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès aux droits, médecin traitant)	27,3	4 216
Barrière linguistique	25,6	3 956
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité des démarches...)	23,7	3 671
Aucuns droits possibles : en France depuis moins de 3 mois, visa touriste	19,1	2 961
Pas de preuves de présence en France depuis 3 mois	15,7	2 435
Complémentaire trop chère, difficulté avance frais, paiement des franchises, soins non pris en charge	7,1	1 099
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	5,3	823
Absence de carte vitale	4,2	642
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	3,1	475
Pas de renouvellement des droits	2,9	442
Mauvaise expérience dans le système de soins	1,0	156
Autre raison exprimée	4,8	739
Pas d'obstacle	5,8	900

La peur des arrestations continue d'éloigner les personnes des structures de santé

Partout en France, les équipes de Médecins du Monde sont témoins de l'impact de la politique répressive du gouvernement en matière d'immigration sur l'accès aux soins. Certaines équipes constatent un renforcement de la présence policière à proximité des centres ou des antennes mobiles. Des arrestations ont lieu dans les lieux d'accueil des personnes : lieux d'hébergement, restaurant social... La multiplication des expulsions des lieux de vie avec des distributions d'obligations de quitter le territoire français (OQTF) conduisent les personnes à se terrer, parfois à renon-

cer à la poursuite des soins, comme l'indiquent bon nombre de témoignages.

Près de 60 % des personnes rencontrées dans les Casos indiquent limiter parfois ou souvent leurs déplacements ou leurs activités de peur d'être arrêtés¹⁷³ (tableau 56).

Ces données sont corroborées par les résultats d'une enquête de Médecins du Monde, menée en 2008 dans 11 pays d'Europe, qui révélait les mêmes proportions pour les personnes interrogées en France¹⁷⁴.

Tableau 56 : Limitations des déplacements des étrangers sans titre de séjour

	%	n
Limitent leurs déplacements ou activités de peur d'être arrêtés		
– Très souvent	11,1	648
– Souvent	15,2	889
– Parfois	31,8	1 859
– Jamais	42,0	2456

(173) Taux de réponses Peur de se déplacer : 56,4 %

(174) Chauvin P., Parizot I., Simonnot N. « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, septembre 2009.

L'équipe de Marseille a recueilli les propos d'un homme exprimant sa peur d'aller à l'hôpital et de se faire arrêter en chemin.

« LE MINISTRE
DE LA SANTÉ,
FAUDRAIT LUI
DIRE DE FAIRE
DES CHOSES,
POUR LES GENS
COMME NOUS »



Moi, je dors dans le petit camion, juste en face de chez vous, tranquille... C'est moi qui suis parti de chez la dame avec qui je vivais ; ça fait un mois, j'essaie de me refaire tout seul comme ça petit à petit. Je suis parti, mais gentiment, sans cris, sans rien, juste je lui ai dit : tu as ta vie, j'ai ma vie, je veux juste repartir petit à petit (...). Alors pour l'instant, je reste comme ça dans le camion, je suis bien et, de toute façon, je n'ai nulle part d'autre où aller.

Le ministre de la Santé, faudrait lui dire de faire des choses pour les gens comme nous, il ne faut pas arrêter les aides comme y a maintenant. Parce que, là, c'est de pire en pire, des fois t'as peur d'aller à l'hôpital parce que t'as peur de te faire arrêter. Avant, ce n'était pas comme ça. Et même pour l'aide médicale, avant ils te la donnaient, maintenant, c'est serré. Faut donner plein de papiers et tout, moi j'ai rien, on m'a tout volé. C'est serré maintenant.

Sinon, à chaque fois que j'ai été à l'hôpital, j'ai été bien reçu, sans problème, tout le monde est gentil avec moi. Mais maintenant, même si j'avais l'aide médicale [AME], j'aurais peur d'y aller parce que je ne veux pas me faire arrêter. Je ne veux pas aller en prison, j'y suis allé une fois, je ne veux pas y retourner, j'te jure, je ne veux pas. Mais en fait, je n'ai été que deux fois à l'hôpital, en 2000.

Sinon, je vais des fois à la pharmacie, genre j'achète des gouttes pour les yeux. Ça va, les gens sont gentils. Maintenant quand je suis malade, il n'y a que Médecins du Monde, et je dors devant."

Le principe déclaratif de l'adresse n'est pas appliqué et l'absence de domiciliation reste encore importante

Le principe déclaratif en matière de domicile, c'est-à-dire la possibilité de simplement déclarer une adresse, s'applique à tous les droits sociaux, y compris l'AME.

Dès lors qu'une personne peut déclarer une adresse où recevoir son courrier, la domiciliation n'est pas nécessaire pour accéder aux droits sociaux. Une caisse de Sécurité sociale ne peut alors exiger la mise en œuvre d'une procédure de domiciliation ni de certificat d'hébergement.

La circulaire de février 2008¹⁷⁵, bien que n'étant essentiellement qu'un rappel des textes précédents, représente une avancée considérable puisqu'elle devait permettre de supprimer les pratiques antérieures, généralisées sur tout le territoire, qui consistaient à exiger une preuve de domicile. Cette circulaire mentionne explicitement que seules les personnes qui n'ont pas d'adresse à déclarer pour recevoir leur courrier sont concernées par la nécessité d'obtenir une domiciliation administrative.

Pourtant, les pratiques anciennes perdurent malgré la clarté des textes. En effet, de nombreuses Cnam continuent de demander un justificatif de domicile aux personnes qui sont

pourtant en mesure de déclarer une adresse. Parmi les pièces demandées : facture ou quittance de loyer de moins de 3 mois, attestation manuscrite avec copie d'une pièce d'identité et justificatifs de domicile de l'hébergeant... D'ailleurs, sur les listes de documents à joindre apparaissent toujours les attestations d'hébergement avec copie de la pièce d'identité et copie d'une facture de l'hébergeant, cela étant justifié par le fait que ces documents peuvent faire office de preuve de présence en France...

Chaque fois que nécessaire, les travailleurs sociaux de MdM rappellent aux agents de la Cnam le principe déclaratif de l'adresse, conformément à la circulaire de 2008. Ainsi, si certaines Cnam ont fini par ne plus exiger la preuve de domicile, cette pratique reste tout de même largement répandue. Une Cnam déclare en outre se reposer sur des directives de la Cnam pour ne pas appliquer le principe déclaratif.

Nous continuons de demander à la Cnam de passer des consignes claires et précises aux directeurs des Cnam afin de mettre un terme à cette pratique, qui freine véritablement l'accès aux droits et aux soins.

(175) Circulaire n° DGAS/MAS/2008/70 du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

Selon la circulaire de 2008, précédemment citée : « C'est en fait à la personne de se demander si elle dispose d'une stabilité suffisante pour déclarer une adresse personnelle à une administration. »

Ainsi, à la question « Disposez-vous d'une adresse postale pour recevoir votre courrier ? », 60 % des patients de Médecins du Monde répondent par l'affirmative.

Donc, logiquement, seules les personnes sans domicile ou hébergées de façon précaire qui n'ont pas d'adresse à communiquer doivent obtenir une domiciliation administrative pour l'ouverture des droits. Elles peuvent la demander soit auprès des centres communaux d'action sociale (CCAS), soit auprès d'associations agréées.

En 2010, 40 % des patients étaient concernés par une domiciliation administrative.

Il s'agit des personnes sans domicile, mais aussi des personnes vivant en logement précaire, dans des terrains ou squats, hébergées par des personnes qui ne veulent pas que cela se sache, qui changent souvent de lieux d'hébergement, qui ne peuvent pas recevoir leur courrier à leur nom (pas de boîte aux lettres...), ou encore qui ne sont pas en mesure de déclarer une adresse.

Parmi ces personnes, 37 % environ disposaient d'une domiciliation réalisée le plus souvent par une association¹⁷⁶ (tableau 57). Mais, la plupart du temps, ces associations n'arrivent pas à faire face à la demande, notamment parce que d'autres associations ont perdu leur agrément préfectoral. Elles sont débordées, voire saturées, et certaines en viennent à appliquer des critères de sélection.

En 2010, 63 % des patients concernés par une domiciliation n'en disposaient toujours pas.

Au total, si le principe déclaratif de l'adresse était appliqué, le frein à l'accès aux droits lié à la nécessité d'une domiciliation ne concernerait plus que 21 % de l'ensemble des patients et ne constituerait plus ainsi l'obstacle principal auquel les patients se heurtent, contrairement aux années précédentes.

Seulement, les patients se heurtent désormais à un double obstacle : le refus d'une part de se voir reconnaître leur adresse déclarative et la difficulté d'autre part de pouvoir obtenir une domiciliation auprès d'un centre communal d'action sociale.

Ce besoin de domiciliation est plus important chez les étrangers que chez les Français, et ceci tout particulièrement parmi les étrangers présents en France depuis moins de 1 an, ainsi que parmi les ressortissants européens (UE et

Tableau 57 : Patients concernés par une domiciliation administrative*

	%	n
Patients disposant d'une adresse postale pour recevoir du courrier	60,0	10 281
Patients ayant besoin d'une domiciliation dont...	40,0	6 854
– domiciliation réalisée par un CCAS	5,3	298
– domiciliation réalisée par une association	31,6	1 785
– pas de domiciliation	63,1	3 566

* les mineurs de moins de 16 ans n'ont pas été intégrés dans ces résultats

hors UE). Cela s'explique par les conditions de logement particulièrement précaires des ressortissants européens. Il s'agit pour l'essentiel de personnes relevant de l'aide médicale d'État.

Même si la domiciliation pour le bénéfice de l'aide médicale d'État est exclue du « dispositif généraliste » de domiciliation prévue par la loi Dalo¹⁷⁷ et qu'elle relève par conséquent d'un dispositif spécifique, ce que l'on regrette n'allant pas dans le sens d'une simplification des dispositifs, il n'en demeure pas moins que les CCAS sont tenus de procéder aux domiciliations pour l'aide médicale d'État¹⁷⁸.

En dépit des textes, malgré de nombreux rappels et le guide de la domiciliation, élaboré conjointement par l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas) et la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) en juin 2010¹⁷⁹, les pratiques des CCAS restent encore très diverses.

Les résultats de notre étude menée en 2010 auprès de 140 CCAS dans 3 départements (Val-de-Marne, Seine-Saint-Denis et Bouches-du-Rhône) montraient qu'une petite majorité des CCAS déclaraient en théorie assurer leur mission de domiciliation. En réalité, la plupart d'entre eux posaient des conditions restrictives, voire rédhibitoires, comme la présentation d'un titre de séjour, ce qui exclut de fait les bénéficiaires de l'aide médicale d'État qui ne peuvent ainsi accéder à ce droit. Près de 3 CCAS sur 10 refusaient clairement de procéder aux domiciliations. Ainsi, parmi les exemples de « pratiques » relevés : un CCAS refusant de faire la domiciliation déclarait se reposer sur des consignes ministérielles indiquant qu'un CCAS pouvait refuser de domicilier les personnes en situation irrégulière. Un autre expliquait qu'il

(176) Taux de réponses Dispose d'une adresse postale : 87,7 % ; Dispose d'une domiciliation : 82,4 %.

(177) Article L.264-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(178) Article L.252-2 du Code de l'action sociale et des familles : « Les personnes (...), qui ont droit à l'aide médicale d'État et se trouvent sans domicile fixe, doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'État dans le département, soit auprès d'un centre communal d'action sociale. »

Circulaire DSS-2A/DAS/DIRMI n° 2000-282 du 5 juillet 2000 : « Les CCAS et CIAS sont tenus de recevoir et de traiter les déclarations d'élection de domicile des personnes sans domicile fixe qui demandent à bénéficier de l'aide médicale d'État. Aucun agrément n'est nécessaire. »

(179) Unccas - Fnars, Guide pratique de la domiciliation, juin 2010 : www.unccas.org

n'était pas habilité par la préfecture à domicilier en l'absence de convention avec l'État. D'autres exprimaient la crainte de « l'appel d'air » s'ils ne posent pas de critères aux demandes de domiciliation. Un autre précisait agir pour « *favoriser les habitants de souche de la commune* ». D'autres souhaitaient vérifier la régularité du séjour, alors que cette vérification ne fait pas partie des prérogatives des CCAS.

Si certaines équipes de Médecins du Monde relèvent des améliorations (comme c'est le cas à Montpellier ou à Saint-Denis), d'autres CCAS continuent de refuser de procéder aux domiciliations des demandeurs d'aide médicale d'État (à l'instar du CCAS de Berre qui continue

de refuser toute domiciliation pour les travailleurs agricoles) ou appliquent des critères restrictifs, voire clairement rédhibitoires.

Seule l'absence d'un lien suffisant avec la commune peut justifier d'un refus de domicilier une personne. La difficulté réside dans la définition de ce lien avec la commune...

Par ailleurs, se pose la question de la domiciliation des mineurs qui n'ont aucune adresse, afin qu'ils puissent obtenir l'aide médicale d'État, en leur nom propre, conformément à la circulaire de février 2011, qui rappelle que les mineurs sont éligibles à l'AME sans délai, indépendamment de la situation de leurs parents ou représentants¹⁸⁰.

L'accès aux droits se complexifie et des demandes abusives de pièces se généralisent

Plus de dix ans après sa mise en œuvre, la couverture maladie universelle apporte une amélioration essentielle dans l'accès aux soins des plus démunis qui ont quitté le système d'aide médicale complexe (tantôt départementale, tantôt d'État) pour être intégrés à l'assurance maladie, à l'exception des sans-papiers démunis, qui, eux, sont restés dans un dispositif spécifique, l'aide médicale d'État.

La loi instaurant la CMU a représenté une avancée considérable pour l'accès aux soins de plus de 4 millions de personnes, mais des points restent quand même à améliorer, comme l'importance du non-recours à la CMUc, estimé à près de 20 %, et la persistance des refus de soins de certains professionnels de santé, « *sur lesquels une observation attentive doit être renforcée avec des moyens d'évaluation adéquats et des réponses appropriées et efficaces*¹⁸¹ ».

Mais elle a eu aussi pour effet de concentrer les difficultés d'accès aux soins sur les étrangers en séjour administratif précaire. Le maintien d'un dispositif spécifique de couverture maladie pour les seuls étrangers démunis sans titre de séjour, qualifié de « *ghettoïsation sanitaire des sans-papiers* », s'analyse comme « *une plaie qui paralyse le système d'accès aux soins des étrangers résidents* »¹⁸².

En effet, l'extrême complexité du droit en matière d'immigration et ses réformes successives, qui multiplient les catégories de titres de séjour, combinée à la complexité du droit de l'assurance maladie, n'aident pas à un usage « universel » du dispositif de couverture maladie.

Force est de constater, d'une part, que de nombreuses personnes sont indûment basculées vers le dispositif AME alors qu'elles devraient être au régime général (demandeurs d'asile, personnes dont le titre de séjour est jugé trop précaire...), d'autre part que certaines caisses continuent ou que d'autres n'hésitent plus à exiger abusivement des pièces administratives, manifestement hors cadre légal, pour instruire les dossiers d'aide médicale d'État. Et ce, dans un contexte de suspicion généralisée et de lutte contre la fraude concentrée sur les plus précaires. Le caractère marginal des abus et des fraudes vient d'être seulement reconnu par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale d'État, dont le rapport a été publié en juin 2011¹⁸³.

Sans être systématiques ni nécessairement le fruit de directives explicites, les freins à l'accès aux droits demeurent récurrents. Nos équipes de terrain continuent de relever un florilège de pièces demandées, non prévues par le décret du 28 juillet 2005 ni par la circulaire ministérielle du 27 septembre 2005 relatifs à l'AME¹⁸⁴.

■ Pour justifier de la durée de présence :

- une preuve pour chacun des 3 mois de présence, également réclamée si le passeport de la personne est périmé ;
- une preuve des 3 mois de présence pour un renouvellement ;

(180) Circulaire n° DSS/2A/2011/64 du 16 février 2011 relative aux modalités de mise en œuvre par les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses générales de sécurité sociale du droit de timbre annuel conditionnant l'accès à l'aide médicale de l'État, à compter du 1^{er} mars 2011.

(181) Avis du CNLE du 5 juillet 2011, « *Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis* », www.cnle.gouv.fr

(182) Maille D., Toullier A. « *Les 10 ans de la CMU, un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants* », Hommes et migrations, n° 1282, novembre-décembre 2009.

(183) Rapport d'information fait au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale d'État par MM. les députés Claude Goasguen et Christophe Sirugue, juin 2011, page 82.

(184) Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005, relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale d'État ; circulaire DGAS/DSS/DHOS 2005-407 du 27 septembre 2005, relative à l'aide médicale d'État.

- exigence de présenter un tampon d'entrée sur le passeport, une attestation de passage dans une association n'étant pas jugée suffisante ;
- un justificatif datant de moins de 1 an, voire de moins de 6 mois ; des preuves peuvent être jugées trop anciennes alors qu'elles datent de moins de 1 an ;
- l'original du passeport avec photocopie intégrale de toutes les pages, y compris les vierges, afin de vérifier qu'il n'y a pas eu de sortie de territoire.

■ **Pour justifier de l'identité :**

- exigence du passeport alors que d'autres pièces d'identité sont versées au dossier ; exigence parfois du passeport de tous les membres de la famille ; acte de mariage pour un couple marié ;
- une pièce d'identité avec date de validité effective ;
- un acte de naissance justifié par l'immatriculation définitive, y compris pour les demandeurs d'AME ;
- présentation à nouveau d'une pièce d'identité pour le renouvellement.

■ **Pour justifier du domicile :**

- refus du principe déclaratif de l'adresse et exigence de justificatifs ; en cas d'hébergement par un tiers, exigence d'une attestation d'hébergement avec quittance et copie d'une pièce d'identité de l'hébergeant.

■ **Pour justifier des ressources :**

- la déclaration sur l'honneur du manque de ressources ne suffit plus ;
- demande des relevés bancaires ;
- déclaration de tous les avantages en nature alors que le logement à titre gratuit est l'unique avantage en nature qui doit être pris en compte.

« REFUS D'UN RENOUELEMENT D'AME PARCE QU'IL EST AIDÉ PAR DES ASSOCIATIONS CARITATIVES »

“ M. L., débouté du droit d'asile, suivi pour une hépatite C, s'est vu refuser le renouvellement de son AME au motif d'une incohérence entre les ressources constatées et celles déclarées. Il loue un studio pour 550 euros, qu'il partage officieusement avec un

compatriote. Il est aidé en nature par des associations caritatives dont il a les cartes d'inscription (aide que l'on peut justifier mais qui ne doivent pas être comptabilisées dans les ressources conformément aux textes en vigueur). Malgré ces arguments et le fait que nous ayons insisté sur l'importance pour M. L. de pouvoir accéder à son traitement, le refus est maintenu.”

■ **Pour le séjour :**

- demande d'un courrier explicatif sur la situation administrative de la personne ;
- demande de preuves de démarche de régularisation, ou

- *a contrario* un courrier expliquant la raison de « non-démarche », ou encore une attestation indiquant qu'aucune démarche de régularisation n'est en cours ;
- un titre de séjour (!) pour l'AME ;
- une lettre expliquant le motif de venue en France ;

■ **Pièces diverses et variées :**

- un relevé d'identité bancaire ;
- un certificat de scolarité des ayants droit de moins de 16 ans, et ce, afin de prouver que les ayants droit sont bien présents en France ;
- un certificat de vaccination pour les enfants ;
- un certificat médical pour la demande d'AME en procédure normale ;
- un certificat médical pour une demande d'AME concernant un enfant ;
- un certificat de radiation de la caisse d'origine pour tout citoyen européen.

■ **Pour instruire les demandes de CMU des demandeurs d'asile :**

- délai de 3 mois de présence en France ;
- exigence d'une autorisation provisoire de séjour (APS), le document de l'Ofii stipulant la date de rendez-vous n'étant pas jugé recevable ;
- les originaux des actes de naissance, avec traduction par des traducteurs assermentés ;
- un imprimé rempli du choix du médecin traitant, avant l'ouverture des droits ;
- une notification des Assedic ;
- un relevé d'imposition.

Les demandes complexes ne concernent d'ailleurs pas uniquement les demandeurs d'asile, comme en témoigne l'équipe de Nice.

« LA CPAM EXIGEAIT QUELQUE CHOSE QUI N'EXISTAIT PAS... »

“ Cette dame iranienne, aidée par des compatriotes vivant depuis longtemps en France, avait déposé au guichet de la Cpm sa demande de CMU de base et complémentaire.

Elle vient nous voir après un deuxième retour de son dossier, où il lui était demandé un acte de naissance avec filiation complète traduit par un traducteur assermenté. La dame nous montre ce qu'elle a fourni... un acte de naissance traduit par un traducteur assermenté. Nous nous étonnons et comprenons, avec ses explications, la nuance : en Iran, les actes de naissance mentionnent le nom de famille du père mais pas celui de la mère. L'acte de naissance iranien n'est donc pas conforme aux exigences de la réglementation française ; et il a fallu que nous fassions un courrier pour expliquer à nouveau (la dame l'avait déjà fait) que la Cpm demandait quelque chose qui n'existait pas et que, quel que soit le nombre de retours, cette pièce ne pourrait jamais être fournie... Le dossier a enfin pu être réglé.”

■ **Et parmi les pratiques relevées, que ce soit pour l'AME ou la CMU :**

- refus de traiter le dossier si la personne n'est pas accompagnée d'un interprète ;
- pas ou peu d'aide dans le remplissage des dossiers pour les personnes ne maîtrisant pas la langue ou analphabètes ;
- accueil uniquement sur rendez-vous pour instruire les dossiers AME ; horaires restreints de rendez-vous, ce qui conduit à des délais relativement longs (1 à 12 semaines) ; de plus, l'instruction dans des lieux uniques conduit certaines personnes à ne pas vouloir s'y rendre (notamment du fait d'une forte présence policière) ;
- instruction aléatoire des dossiers selon l'agent d'accueil dans une même Cnam : tantôt les dossiers sont considérés comme complets, tantôt ils ne le sont pas ;
- refus de joindre aux dossiers des documents officiels écrits en lettres latines et parfaitement compréhensibles alors que d'autres Cnam les acceptent ;
- refus de considérer la date de domiciliation associative comme preuve de présence de plus de 3 mois ;
- calcul du montant des ressources sur des références inappropriées ;
- refus de traiter les dossiers AME des personnes qui ne déclarent aucun revenu ;
- entretiens inquisiteurs d'agents de la Cnam susceptibles d'inquiéter les demandeurs, qui peuvent finir par abandonner les démarches ; demandes pressantes des agents de la Cnam d'entamer les démarches de régularisation à la préfecture ;
- refus de traiter le dossier AME si connaissance d'une OQTF ;
- non-prise en compte des convocations à la préfecture ou des APS de 1 mois pour délivrer la CMU (même si les personnes remplissent par ailleurs le critère des 3 mois de présence en France), renvoi des personnes vers l'AME (à noter toutefois qu'il arrive qu'aucun récépissé de dépôt ne soit délivré par la préfecture) ;
- pour la CMU, vérification auprès de la préfecture que la demande de titre de séjour est toujours en cours malgré parfois la date toujours valable sur le récépissé ;
- limitation des droits à la CMUc pour une période courte, restriction écrite à la main par un agent ;
- refus d'accepter les dossiers par anticipation en attendant les 3 mois de résidence ;
- délivrance de récépissés de dépôt rarement systématique ;
- demande que les dossiers soient déposés dans les bacs sur des comptoirs ou dans les boîtes aux lettres à l'extérieur de l'antenne Cnam : les personnes ne reçoivent donc aucune preuve de dépôt ;
- parfois, renvoi des récépissés de dépôt par la poste, 3 à 4 semaines après le dépôt du dossier ;
- rétroactivité jamais accordée pour les soins dispensés en ville ; pour la CMU, pas de prise en charge à la date de première demande mais souvent à la date de compléments de pièce ;
- ce qui était auparavant accepté comme preuve des 3 mois de résidence peut à certains endroits ne plus être accepté, comme les ordonnances médicales ou les feuilles de soins : il faut que le patient présente une attestation qui indique qu'il est suivi de manière régulière par le docteur X ;
- [...]

Par ailleurs, certaines équipes relèvent des refus d'admission immédiate à la CMUc ou d'instruction prioritaire à l'AME, alors que l'état de santé de la personne nécessite une telle procédure. **11 % des patients rencontrés par Mdm nécessitaient une ouverture de droits en urgence**¹⁸⁵.

Si certains de ces dysfonctionnements peuvent être résolus au cas par cas, grâce au travail des associations de terrain, force est de constater qu'ils demeurent dans certains endroits et s'installent durablement. Il s'ensuit un ralentissement des délais de traitement et donc d'ouverture de droits, pouvant aller jusqu'à 3 à 4 mois, voire 6 à 8 mois. Les conséquences sont connues : report de consultations, retard de recours aux soins et aggravation de pathologies du fait d'un accès différé aux soins.

Nous avons vu des personnes sous bithérapie pour un traitement contre l'hépatite C, ou encore sous insuline, devoir interrompre leur traitement alors que le renouvellement d'AME avait été fait dans les délais (soit 2 mois avant la fin de l'expiration des droits).

En Guyane, Médecins du Monde et ses partenaires constatent de nombreux dysfonctionnements qui persistent depuis plusieurs années, en dépit de recours gracieux et des rencontres entre la direction de la caisse de Sécurité sociale et les associations :

- absence de procédure claire d'enregistrement des demandes, notamment l'absence de remise d'attestation de dépôt ;
- pertes de dossiers de demande, particulièrement fréquentes, en dépit d'envois multiples, en recommandé avec accusé de réception, ou de remise en main propre ;
- attestation papier ne mentionnant pas la date de validité des droits ;
- délais excessifs pour une ouverture de CMUc dans le cadre de la procédure dite « d'admission immédiate » ou pour une ouverture d'AME dans le cadre d'une instruction prioritaire : droits ouverts 45 à 60 jours plus tard ;
- refus de prise en compte de déclaration d'adresse ;

(185) Taux de réponse Nécessité d'une ouverture immédiate de droits : 31,8 %

- refus de rattachement d'enfant en qualité de membre de la famille, au motif de défaut de production de pièce d'état civil probante établissant le lien de filiation, malgré les justificatifs produits ;
- recours abusif à l'AME pour des étrangers en règle, titulaires de convocations nominatives en préfecture ou d'APS ;
- exigence d'un acte de naissance traduit dans le cadre des demandes d'AME.

La mise en œuvre, à partir de mars 2010, du « titre d'admission sécurisé à l'aide médicale », sous forme de carte plastifiée avec photo du titulaire et de ses ayants droit de plus de 16 ans, a été très progressive selon les territoires et a engendré une complexification des aspects pratiques.

Cette nouvelle carte AME est par ailleurs perçue par certains bénéficiaires comme une véritable carte de sans-papiers, renforçant la stigmatisation. Certains la qualifient de « passeport vers le centre de rétention ».

Selon les départements, le retrait de la carte se fait soit dans un guichet unique, ce qui est le cas le plus souvent dans les départements où MdM est présent, soit dans plusieurs points en fonction de l'adresse de la personne, ce qui est le cas à Lyon et à Nice.

Alertée par les associations dont Médecins du Monde sur les difficultés et craintes de déplacement des bénéficiaires de l'AME, parfois à l'autre bout du département, la Cnam s'est engagée à encourager les Cnam à délivrer les titres sur plusieurs sites, dont les antennes associatives.

De la confusion est toutefois engendrée pour les personnes non francophones, qui ne sont pas toujours accompagnées dans leurs démarches : une Cnam envoie par exemple un courrier aux bénéficiaires de l'AME, dans lequel est indiqué un numéro de téléphone qu'ils doivent appeler pour connaître le lieu et la date de remise de la carte, ce qui aurait pu, au passage, être précisé sur le courrier. Or, le lieu de retrait est unique dans ce département, donc en l'occurrence toujours le même ; de plus, dans la pratique, les personnes, orientées par une assistante sociale, peuvent finalement s'y rendre quand elles le souhaitent...

À Nice, les cartes sont remises au guichet d'accueil dont dépend le bénéficiaire (déterminé en fonction de l'adresse). Ce dernier reçoit un courrier l'informant qu'un accord est intervenu et du lieu de retrait de la carte. Il arrive que ce courrier « n'arrive pas » : les personnes déclarent les adresses des lieux où elles vivent au moment de la demande, entre-temps des changements ont pu se produire, les boîtes aux lettres sont parfois dégradées ou il n'y a pas de noms...

Lorsque Médecins du Monde a instruit la demande, le centre reçoit également un courrier informant de l'accord. Ce courrier est alors remis à la personne pour qu'elle puisse retirer sa carte. Il est arrivé à plusieurs reprises dans un guichet d'accueil que l'on ait refusé de remettre la carte, sous prétexte que ce n'était pas le « bon courrier ».

Plus fréquemment, l'équipe fait elle-même un courrier disant que le service instructeur d'AME l'a informée par téléphone de l'accord et demande la remise de la carte à telle personne qui n'a pas reçu son courrier ; là encore il arrive que l'agent du guichet refuse...

« PLUSIEURS
FOIS ÉCONDUIT,
LE DÉLAI POUR
RETIRER SA
CARTE A FINI
PAR EXPIRER »



Deux mois après sa demande de renouvellement d'AME, M. R. revient nous voir car il n'a toujours rien reçu. On contacte alors le service de la Cnam concerné, qui nous répond 10 jours plus tard que la carte a bien été envoyée au guichet.

Nous prévenons M. R., qui se rend au guichet. Il revient nous dire qu'on a refusé de le renseigner car il n'avait pas le courrier. L'assistante sociale lui fait un mot pour qu'il y retourne. Il se fait à nouveau éconduire. L'assistante sociale lui propose donc de l'accompagner. Cette fois-ci, l'agent d'accueil fait des recherches et nous dit que, le délai étant dépassé, la carte a été renvoyée ! Lorsqu'il s'est présenté la première fois, la carte était encore au guichet.

Parce qu'il était accompagné, l'agent appelle le service de la Cnam concerné, où l'on ne peut se présenter que sur rendez-vous. Un rendez-vous est enfin obtenu pour que M. R. puisse retirer sa carte. On peut supposer que, si M. R. n'avait pas été accompagné, il aurait dû appeler lui-même... en passant par une plate-forme téléphonique...»

→ UN ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE PLUS QUE NÉCESSAIRE POUR L'ACCÈS AUX DROITS, MAIS AVEC DES RISQUES DE SUBSTITUTION À LA SÉCURITÉ SOCIALE

La Caso de Nice est instructeur des demandes d'AME depuis 2000. En instruisant les demandes d'AME, l'équipe pensait obtenir des services de la Cpm une application conforme à la loi dans le traitement des dossiers, et ensuite que logiquement les guichets d'accueil s'y conformeraient.

À force de lobbying, cet agrément a effectivement permis que les services de la Cpm en charge de l'AME appliquent la loi. Il a cependant eu comme seconde conséquence et effet pervers de faire identifier le Caso comme la « sécurité sociale des étrangers ».

Au fil des ans, l'afflux vers le Caso n'a cessé d'augmenter et un engorgement croissant des consultations sociales en a résulté.

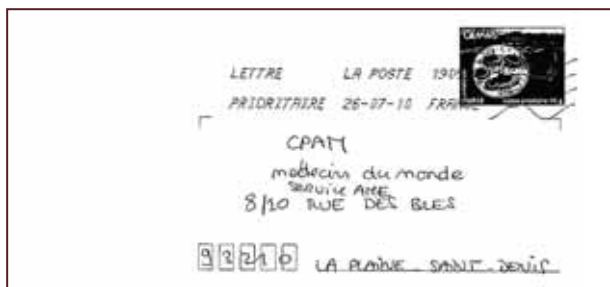
C'est pourquoi il a été décidé de procéder à un désengagement progressif de l'instruction des demandes de renouvellement d'AME au centre, en évaluant d'une part les difficultés rencontrées par les demandeurs en favorisant leur autonomie, et d'autre part la qualité de l'accueil des bénéficiaires au guichet¹⁸⁶. L'équipe a régulièrement informé la Cpm de ses observations (demandes abusives de pièces, hésitation à traiter les dossiers au guichet, peu d'aide au remplissage des dossiers...) et améliorations constatées au fil des mois. Des échanges constructifs ont eu lieu régulièrement et une grande partie des dysfonctionnements a pu être levée. Néanmoins, les délais d'instruction se sont fortement allongés en cours d'année, et de façon inquiétante, approchant facilement les 3 mois d'instruction...

Le Caso de Saint-Denis est agréé depuis 2004 pour constituer et déposer les dossiers d'aide médicale d'État. En 2010, l'équipe a ainsi transmis directement 2 700 demandes à la Cpm de Bobigny, dossiers comportant les pièces strictement nécessaires. Ces demandes concernent des personnes en très grande difficulté sociale, pour lesquelles Mdm, également agréée pour la domiciliation AME, assure la domicilia-

tion si elles n'ont pas d'adresse à déclarer, des personnes primo-arrivantes qui ne comprennent pas le système et/ou ne disposent pas d'un réseau social aidant, et/ou des personnes nécessitant des soins et/ou traitements lourds rapidement.

Les personnes qui le peuvent sont incitées à déposer elles-mêmes leur dossier dans les caisses et à finaliser la démarche. Malheureusement, ces orientations, dont l'objectif est d'autonomiser les patients, se heurtent encore à de trop fréquentes demandes abusives de pièces entravant ainsi le dépôt de leur demande.

Cet agrément, pratique pour les patients qui se rendent à Médecins du Monde, suscite néanmoins de la confusion pour eux quant aux rôles respectifs de Mdm et de la Sécurité sociale. Les demandes relatives à l'AME croissent de manière exponentielle, transformant le Caso en annexe de la Sécurité sociale, comme le montre l'exemple d'enveloppes adressées à Médecins du Monde.



Fort de ce constat, l'équipe a entamé en 2010 des réflexions autour de cette fonction et de ses possibles évolutions, en se limitant à une aide au remplissage et à la constitution des dossiers de demande d'AME, sans transmission directe à la Cpm.

Médecins du Monde continue de réclamer l'inclusion de l'AME dans la CMU, c'est-à-dire un seul système de couverture maladie pour toutes les personnes résidant en France, et vivant sous le seuil de pauvreté.

Un dispositif unique permettrait des économies de gestion, une simplification pour les personnes concernées et les professionnels de santé, ainsi qu'une sécurisation du parcours de soins coordonné sans risque de rupture. Les consignes doivent être claires et précises pour le traitement des dossiers, sans risque d'interprétation ou de demande de pièces non exigibles.

Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale reprend à son compte cette demande formulée depuis le début de la CMU par de nombreuses associations, dans son avis du 5 juillet 2011¹⁸⁷ : « Compte tenu de la nécessité de simplifier l'accès aux droits pour favoriser

la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire, l'AME et la CMU devraient être fusionnées en un seul dispositif spécifique, destiné aux plus démunis. »

Dans leur rapport de novembre 2010, les inspecteurs de l'IGAS et de l'IGF¹⁸⁸ proposent « d'aller au bout de la logique du programme 183 Protection maladie qui regroupe les actions AME et CMU, en revisitant la distinction entre CMU et AME pour ne retenir qu'un seul dispositif ». Les rapporteurs relèvent la complexité d'un double dispositif, les bénéficiaires pouvant disposer, selon l'évolution de leur situation administrative, de l'un, puis de l'autre, et vice-versa, voire des deux (CMU de base et AME complémentaire) : « Les frontières entre ces dispositifs sont poreuses et la réglementation, ou même seulement les conditions de son application, conduit à des transferts de charge d'un dispositif vers l'autre. »

(186) Le bilan complet du désengagement de l'instruction des renouvellements AME au Caso de Nice est disponible sur demande à la Direction des missions France : dmf@medecinsdumonde.net

(187) Avis du CNLE du 5 juillet 2011, « Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis », www.cnle.gouv.fr

(188) Cordier A., Salas F. « Analyse de l'évolution des dépenses, au titre de l'aide médicale d'État », IGAS-IGF, 24 novembre 2010, page 21.

→ LA RÉFORME 2010 DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT EST UN NON-SENS EN TERMES DE SANTÉ PUBLIQUE

L'aide médicale d'État, dispositif spécifique de couverture maladie pour les personnes démunies en situation irrégulière, a été profondément réformée en décembre 2010, avec notamment l'introduction d'un droit d'entrée annuel de 30 euros par adulte bénéficiaire.

■ D'un dispositif spécifique à des restrictions successives

Jusqu'en 1993, tous les étrangers en situation irrégulière bénéficiaient d'une couverture santé dans des conditions identiques aux Français, que ce soit en tant que personnes démunies (depuis 1893 avec la création de l'aide médicale gratuite) ou en tant que travailleurs, aucun titre de séjour n'étant en effet demandé pour être affilié à la Sécurité sociale, de sa création en 1945 jusqu'à 1993, tournant majeur pour les étrangers en situation administrative précaire.

En 1993, en effet, la loi sur l'immigration a exclu les sans-papiers de toutes les prestations sociales à l'exception de l'aide médicale, de l'aide sociale à l'enfance et de l'hébergement d'urgence. Les sans-papiers démunis ont donc conservé l'aide médicale aux côtés des autres démunis.

En 1999, les personnes démunies ont été intégrées à l'assurance maladie généralisée à toute la population active et inactive grâce à la réforme CMU. L'objectif initial de cette réforme visait à faire disparaître le régime de l'aide médicale et à unifier le système afin d'intégrer « toute » la population à une assurance maladie universelle (assortie d'une complémentaire santé gratuite pour les plus pauvres) et de mettre fin à un système de soins à deux vitesses. Les sans-papiers démunis en ont été exclus et sont restés seuls dans l'aide médicale d'État.

Cela a entraîné des complexités supplémentaires dans les démarches administratives pour l'accès aux soins de nombreux étrangers mais également des discriminations et des suspicions de fraude.

Systématiquement sous-doté, ce dispositif continue d'être réputé « *incontrôlé et incontrôlable*¹⁸⁹ » malgré plusieurs rapports officiels¹⁹⁰ qui concluent que l'AME est un dispositif maîtrisé, avec des potentialités de fraude limitées et des dépenses de soins par consommant comparables à celles des assurés sociaux.

Les abus et la fraude sont pourtant régulièrement évoqués dans les débats parlementaires chaque année pour justifier des mesures d'encadrement.

Dès 2002, le principe d'un ticket modérateur est voté mais ne sera jamais appliqué, faute de décrets. En 2004, l'accès à l'AME est restreint aux personnes qui peuvent démontrer trois mois de présence ininterrompue sur le territoire. D'année en année, les contrôles se font de plus en plus drastiques, notamment sur les ressources déclarées. Les caisses sont de plus en plus exigeantes sur les justificatifs à produire. L'année 2010 a été marquée par une volonté accrue d'affaiblir le dispositif. En juin 2010, la ministre de la Santé évoquait le projet d'un

droit d'entrée à l'AME et commandait un rapport conjoint aux Inspections générales des affaires sociales et des finances (IGAS-IGF) pour analyser les causes de la hausse des dépenses de l'AME et examiner les modalités de mise en œuvre du droit d'entrée. En automne 2010, des parlementaires proposaient à leur tour une série d'amendements tous plus contraires les uns que les autres aux intérêts sanitaires et économiques de toute la population – par exemple dépôt des demandes d'AME dans les préfectures, pour une durée de 3 mois, pour les seuls soins urgents et vitaux –, amendements qui ne seront finalement pas retenus. La réforme définitivement votée instaure le paiement d'un droit d'entrée annuel de 30 euros, mais aussi des mesures de restriction du panier de soins et de mise en place d'un accord préalable pour les soins coûteux à l'hôpital.

C'est pourtant sans l'expertise du rapport IGAS-IGF que les restrictions à l'AME ont été introduites dans la loi de finances pour 2011. Le rapport daté du 24 novembre ainsi que son point d'étape de la mi-octobre sont restés inaccessibles pendant toute la durée des débats jusqu'à l'adoption définitive de la loi le 30 décembre, alors que le rapport a pourtant été réclamé par des parlementaires.

Parmi les principaux constats, dont certains seront corroborés par le rapport du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale d'État de juin 2011¹⁹¹ :

- pas d'abus de droit mais au contraire des risques de renoncement aux soins : les personnes qui demandent l'AME ne le font que lorsqu'elles sont déjà malades ;
- une consommation de soins inférieure en moyenne à celle des assurés sociaux, l'essentiel des dépenses se concentrant sur quelques personnes très malades ;
- ni fraude ni abus ne sont constatés ;
- l'immigration pour soins n'est pas une hypothèse retenue pour expliquer la hausse des dépenses ;
- les hôpitaux font l'effort d'inscrire à l'AME les patients qui y ont droit, ce qui leur permet d'améliorer le recouvrement des factures auprès des Cnam ;
- le système de facturation hospitalière majore le coût de l'AME ;
- les dysfonctionnements du dispositif de régularisation pour soins des étrangers gravement malades ont des conséquences directes et immédiates sur le montant des dépenses AME.

En outre, les rapporteurs ne recommandaient pas la mise en œuvre d'un droit d'entrée à l'AME, « *qui leur paraît inadapté, administrativement complexe et porteur de risques sanitaires* ».

Par ailleurs, selon eux, seules certaines prestations de soins pour lesquelles les abus ont déjà été constatés devraient faire l'objet d'une entente préalable. Cette recommandation est très différente de la mesure votée, qui est de soumettre tous les soins coûteux non inopinés (c'est-à-dire la majorité) à une entente préalable.

(189) Izambert C. « Couverture maladie pour les sans-papiers : l'impossible droit commun », Comede, Maux d'exil n° 32, avril 2011.

(190) Guillemot B., Mercereau F. « Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'État », IGAS, février 2003.
Gissler E. et al « Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État », IGAS-IGF, mai 2007.

(191) Cordier A., Salas F. « Analyse de l'évolution des dépenses, au titre de l'aide médicale d'État », IGAS-IGF, 24 novembre 2010.
Rapport d'information fait au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale d'État par MM. les députés Claude Gasquet et Christophe Sirugue, juin 2011.

Aux côtés de collectifs interassociatifs et partenaires tels que l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, le Ciss, la Fnars et l'Uniposs, Médecins du Monde n'a pas cessé d'alerter sur les risques à venir d'une telle réforme¹⁹².

■ Le droit d'entrée est une mesure injuste, dangereuse et coûteuse

Les personnes couvertes par l'aide médicale d'État font partie des personnes les plus pauvres, celles qui ont les plus grandes difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes, en premier lieu celle du logement et de la nourriture, pour elles et leur famille. Les personnes rencontrées par Médecins du Monde vivent toutes très largement sous le seuil de pauvreté. Un tiers d'entre elles ne disposent d'aucunes ressources. Médecins du Monde et le Comede ont démarré au début de 2011 une enquête auprès de personnes rencontrées dans 3 Caso (Montpellier, Nice et Saint-Denis) et au centre de santé du Comede. L'objectif est d'évaluer ce que représente la part du droit d'entrée à l'AME dans le budget des personnes concernées et leur capacité à le prendre à charge. Les questions portent sur le niveau de ressources, le coût de l'hébergement et de la nourriture et l'impact des 30 euros sur le budget de la famille. Les premiers résultats portent sur 219 entretiens, passés essentiellement en février et mars 2011, à un moment où aucun bénéficiaire n'a encore été amené à payer le droit d'entrée (payable à la fin de l'instruction de la demande). Ces résultats font apparaître un budget mensuel médian de 200 euros par personne, c'est-à-dire que la moitié des personnes interrogées disposent de moins de 200 euros par mois pour vivre. Les ressources restantes après paiement du logement (majoritairement un dédommagement de l'hébergeant) et paiement de la nourriture sont de 100 euros mensuels. 55 % des personnes déclarent que cette taxe leur posera un problème de financement et 34 % se déclarent prêtes à surmonter ce problème pour demander l'AME malgré tout. Les premiers témoignages montrent que des familles ont d'ores et déjà choisi de faire bénéficier l'aide médicale à l'adulte malade, ne pouvant payer l'AME pour chaque membre adulte de la famille.

Imposer une charge financière à des personnes disposant de très faibles ressources incite au report, voire au renoncement aux soins (comme l'a d'ailleurs montré une récente étude sur l'impact des franchises médicales sur les plus pauvres, précédemment citée), en contradiction avec

toute politique de santé publique cohérente, et sans véritable garantie sur la rationalisation des coûts : des pathologies simples qui auraient pu être soignées efficacement et à peu de frais ne seront pas traitées et pourront dégénérer en complications graves et coûteuses.

Non seulement un droit d'entrée représente un frein aux soins pour les plus pauvres, mais en plus il n'a aucun effet positif sur les finances publiques : le surcoût entraîné par les retards de prise en charge ainsi que les frais de fonctionnement pour collecter cette somme vont réduire à néant les bénéfices escomptés. Ce timbre coûtera plus cher qu'il ne rapportera.

Aussi, l'un des effets attendus de la réforme, largement décrit par les associations, les professionnels de santé au travers du Conseil national de l'ordre des médecins ou de syndicats de médecins, les sociétés savantes, mais aussi les Inspections générales des affaires sociales et des finances, est le **risque pour les bénéficiaires potentiels de renoncer à obtenir la couverture maladie, faute de pouvoir payer le droit d'entrée.**

Ainsi, lorsqu'elles seront malades, les personnes utiliseront les urgences des hôpitaux comme lieu de consultation de médecine. Elles risquent par ailleurs de laisser leur situation médicale s'aggraver au point de consulter *in fine* aux urgences.

Comme précédemment décrit dans le rapport dans le chapitre consacré aux Pass, un autre effet pour l'hôpital, qui n'a aucune garantie de l'ouverture effective des droits à l'AME, sera l'augmentation de l'aléa financier.

Dans son avis du 5 juillet 2011, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale demande la levée immédiate des restrictions à l'AME : « *Compte tenu des éléments du rapport IGAS-IGF venant étayer les constats et observations des acteurs de terrain, professionnels de santé, travailleurs sociaux (éléments qui n'ont pas été mis à la disposition des parlementaires), les mesures d'application de toutes les restrictions issues de la loi de finances 2011 concernant l'aide médicale d'État devraient être retirées immédiatement.* » Comme les rapporteurs de l'IGAS et de l'IGF, le CNLE demande la fusion de l'AME dans la CMU.

Notre équipe de Saint-Denis constate également les premiers « couacs administratifs », comme le montre le témoignage suivant.

« ELLE AVAIT
POURTANT
DÉJÀ RÉGLÉ
LES 30 EUROS »

“ Mme M. est ivoirienne, séparée de son mari du fait de violences conjugales. Elle a trouvé refuge chez son oncle, qui connaît lui-même d'importantes difficultés financières. Enceinte de 5 mois, elle n'a pas les moyens de faire suivre sa grossesse. À l'approche du terme (mars 2011), des amis l'invitent à se rendre au Caso de Médecins du Monde, où elle sera reçue gratuitement. Elle est alors vue en consultation et orientée vers le service social de l'hôpital pour un début de suivi de grossesse dans le cadre de la Pass. L'assistante sociale hospitalière lui demande une adresse et un timbre fiscal de 30 euros pour instruire sa demande d'AME. Comprenant (à tort) que sans ces éléments elle ne sera plus reçue, Mme M. va solliciter son oncle pour les obtenir et les donne à l'AS hospitalière, qui instruit la demande. Mme M. n'en n'a aucune copie. 3 semaines après, Mme M. accouche d'un petit garçon. Rapidement, elle revient au Caso pour consulter pour elle-même et son fils.

(192) Pour en savoir plus sur la mobilisation, voir www.odse.eu.org

3 mois après la naissance de son fils, Mme M. reçoit chez son oncle la réponse de la Cnam, qui l'informe qu'elle doit se présenter au point d'accueil, munie d'un timbre fiscal de 30 euros pour retirer sa carte. Elle s'y rend et explique qu'elle a déjà réglé cette somme et confié le timbre fiscal au service social de l'hôpital. L'antenne Cnam n'a pas trace dans les enregistrements informatiques de la transmission du timbre fiscal par l'hôpital. On lui demande de repasser 2 semaines plus tard. La carte sécurisée AME lui est alors remise, plus de 3 mois et demi après sa demande.

En effet, lors de la transmission à Mme M. de sa lettre d'accord AME, une copie de ce courrier est adressée au service social de l'hôpital. L'assistante sociale en charge doit, à réception de ce courrier, adresser à la Cnam le timbre fiscal. La Cnam doit enregistrer le règlement. Cette étape prend une moyenne de 2 semaines.

Ce n'est qu'une fois en possession de sa carte sécurisée AME que Mme M. peut transmettre à la Cnam une demande de rattachement d'ayant droit accompagnée d'une nouvelle photo afin qu'une nouvelle carte AME, faisant apparaître son fils, lui soit adressée, dans un délai variant de 1 à 2 mois et demi.

Mme M. pourra ainsi, plus de 4 mois et demi à 6 mois après la naissance de son enfant, lui faire bénéficier de soins simplement."

La barrière linguistique reste un véritable frein à la prise en charge

La barrière linguistique est l'un des premiers obstacles, cité par le quart des patients reçus dans les Casos, tant dans l'accès aux droits que dans l'accès aux structures de soins, et constaté au quotidien par les équipes. C'est l'une des raisons centrales du besoin d'accompagnement physique pour les personnes. Cet obstacle est de plus largement sous-estimé si l'on tient compte du fait que la présence d'un traducteur a été nécessaire plus de 1 fois sur 2 durant les entretiens sociaux et médicaux.

Particulièrement vulnérables, les personnes se perdent dans les dédales administratifs, ne comprennent pas les démarches à entreprendre, ne savent pas où se rendre, comment expliquer leur situation, ni comment faire valoir et utiliser leurs droits. Un certain nombre de structures sont réticentes, voire refusent de recevoir les personnes si elles ne sont pas accompagnées d'un interprète.

Cette barrière linguistique représente également un frein au niveau de la prise en charge médicale. Pour la personne, comment exprimer sa plainte, décrire ses antécédents médicaux, expliquer sa situation, décrire ses conditions de vie ? Pour le soignant, comment soigner une personne quand on ne parle pas la même langue ? Comment établir un diagnostic fiable quand le patient ne comprend pas les questions posées ? Comment expliquer l'observance des traitements ? Que reste-t-il du secret médical ou comment exprimer sa douleur quand de tierces personnes, quelquefois de la même famille, parfois des enfants, font office d'interprète ?

Le recours à l'interprétariat professionnel est donc un enjeu majeur dans la prise en charge des publics non francophones. Il est nécessaire d'une part de sensibiliser les professionnels de la santé à l'usage de l'interprétariat professionnel comme un outil nécessaire de communication, et d'autre part de sensibiliser les différents décideurs de la nécessité d'améliorer l'accueil des publics en difficulté et la prise en charge spécifique des publics non francophones. Tels ont été les objectifs du colloque national « Interprétariat, santé et prévention », organisé par Inter Service Migrant (ISM) interprétariat en mars 2010, en partenariat avec des institutions et associations, dont Médecins du Monde¹⁹³. Dans les hôpitaux et les permanences d'accès aux soins de santé en particulier, le recours à des services d'interprétariat professionnel est limité, les budgets sont insuffisants. Ainsi, nombreux sont les patients qui reviennent dans les centres de Médecins du Monde après être passés par l'hôpital avec une ordonnance ou des prescriptions d'analyses faute d'avoir compris le sens de leur prise en charge. De même, les orientations des patients adultes ou enfants pour des prises en charges psychologiques sont difficiles, voire impossibles, du fait du manque de traducteurs dans les centres médico-psychologiques.

L'interprétariat professionnel assure la qualité de l'échange entre le patient et le médecin, crée une confiance, évite des errements, voire des erreurs de diagnostics, des incompréhensions dans les prescriptions et/ou les orientations, des

(193) www.interpretariat-sante-ism.fr/presentation-du-colloque/

allers-retours des patients, de multiples consultations inutiles et *in fine* un retard dans l'accès aux soins dont les coûts humains et financiers sont sans commune mesure avec le coût même de la traduction.

« UN INTERPRÈTE
JOINT PAR
TÉLÉPHONE AURAIT
COÛTÉ BIEN MOINS
DE 100 EUROS ET
AURAIT ÉVITÉ CE
GÂCHIS HUMAIN
ET FINANCIER »



A. est un nourrisson âgé de 10 mois. Il est bulgare. Il est né en France mais ne possède pas de couverture maladie. Ses vaccinations ne sont pas à jour. Ses parents sont arrivés en France il y a 2 ans et ne parlent pas bien le français. Ils vivent dans un squat à Bordeaux.

En février 2011, A. consulte aux urgences pédiatriques de Bordeaux pour une gastro-entérite aiguë d'origine virale évoluant depuis 4 jours. Son examen est rassurant, il sort des urgences avec un traitement classique. Aucune orientation vers le réseau extrahospitalier n'est faite, en particulier ni la PMI ni l'équipe mobile de MdM n'ont été averties de cet événement.

Le traitement remis a été expliqué à ses parents mais sans traduction dans leur langue maternelle. Celui-ci n'est pas bien compris par les parents. Il s'ensuit une erreur de préparation du traitement par les parents d'A. et donc un traitement inefficace.

Quelques jours après, son état se dégrade. Ses parents appellent les secours. À l'arrivée du Samu, l'enfant est en état de choc, nécessitant une prise en charge agressive et un transfert dans le service de réanimation médicale. La durée de séjour en réanimation est de 3 jours. Son état s'améliore progressivement. Il sortira de l'hôpital 4 jours après. Heureusement, A. n'aura pas de séquelles de cet événement.

En dehors d'une consultation légitime aux urgences pédiatriques, devant la grande difficulté, voire l'impossibilité, de recourir à une traductrice aux urgences pédiatriques et à cause du manque d'orientation et de suivi, en définitive, A. aura dû être pris en charge par le Samu, séjourné 3 jours en service de réanimation et 4 jours en service conventionnel. Cette prise en charge aura coûté environ 10 000 euros au système de soins pour une simple gastro-entérite initialement sans signes de gravité."

Une analyse rétrospective réalisée entre 1993 et 1999 dans 3 hôpitaux canadiens (44 983 patients, dont 6 124 avaient des difficultés linguistiques) a montré que les patients maîtrisant mal la langue sont hospitalisés plus longtemps. En ce qui concerne le diabète par exemple, un patient maîtrisant la langue sera hospitalisé 6,4 jours, vs 8,2 jours pour un patient avec des difficultés linguistiques¹⁹⁴.

Une autre étude de 2002 montre que les hospitalisations augmentent de 2,6 % pour les patients qui ne maîtrisent pas la langue et pour qui il n'y a pas de recours à un interprète, par rapport aux patients qui n'ont pas de problèmes de communication¹⁹⁵.

Les effets de seuil restent sans appel

La France compte 8,2 millions de personnes pauvres selon les données 2009 de l'Insee, soit 13,5 % de la population,

taux qui ne cesse d'augmenter depuis 2002. La stagnation de l'activité économique depuis 2009 laisse à penser que la situation ne va pas s'améliorer¹⁹⁶.

Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'assurance maladie obligatoire (participations forfaitaires, franchises médicales, déremboursement de médicaments, augmentation du forfait hospitalier), bénéficier d'une complémentaire santé est devenu déterminant pour les populations pauvres ou ayant de forts besoins de soins. Néanmoins, en France, près de 4 millions de personnes restent aujourd'hui sans complémentaire santé. Le premier motif de non-recours évoqué est financier¹⁹⁷.

Les effets de seuil sont radicaux et sans appel pour l'accès à la CMU complémentaire ou à l'AME. Pour les personnes dépassant jusqu'à 26 % le seuil de la CMU complémentaire¹⁹⁸, l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé est une première réponse. Mais à peine un quart des 2 millions de personnes potentiellement bénéficiaires en disposent

(194) John-Baptiste A. and all, « *The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality* », Journal of general internal medicine, 19 (3): 221-228.

(195) Hampers L.C., McNulty J.E. « *Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: Effect on resource utilization* », Archives of pediatrics and adolescent medicine, 156 (11): 1108-1113.

(196) Observatoire des inégalités : www.inegalites.fr

(197) Perronin M., Pierre A., Rochereau T. « *La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès* », Irdes, Questions d'économie de la santé, n° 161, janvier 2011.

(198) 634 euros pour une personne seule au 1^{er} juillet 2010, 648 euros au 1^{er} juillet 2011

réellement¹⁹⁹, avec de surcroît des contrats de complémentaire santé de qualité limitée. La charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de cette aide, puisque un peu moins d'un demi-mois de revenus est nécessaire pour financer annuellement leur complémentaire santé²⁰⁰. Ils restent assujettis aux franchises et ne sont par ailleurs pas dispensés de l'avance de frais.

Le déficit d'information sur le dispositif, sur son existence, sur son principe de fonctionnement et sur les démarches à entreprendre explique également ce non-recours²⁰¹, ce que nos équipes de terrain constatent de façon unanime.

Ajoutons que ces effets de seuil conduisent à exclusion de la CMU complémentaire un grand nombre de personnes qui vivent pourtant sous le seuil de pauvreté, sans compter les bénéficiaires du minimum vieillesse ou de l'allocation adulte handicapé dont le montant ne dépasse que de quelques euros le seuil d'attribution de la CMU complémentaire.

Les revenus de ces personnes, trop élevés au regard des seuils, ne leur permettent pas d'accéder aux dispositifs de couverture des dépenses de soins, une situation qui génère des renoncements aux soins : 30 % des personnes non protégées par une complémentaire santé ont renoncé aux soins, essentiellement dentaires et d'optique, selon l'enquête Santé protection sociale 2008.

Ce que les équipes de Médecins du Monde pressentaient comme effet de la crise financière commence à être visible dans certains centres : l'arrivée de personnes disposant de ressources trop importantes pour bénéficier de la CMU complémentaire mais pas assez pour souscrire à une assurance complémentaire. Ces situations demandent un accompagnement de la part de nos travailleurs sociaux comme en témoigne l'assistante sociale du Caso de Bordeaux.

« DEPUIS QU'IL EST
AU CHÔMAGE, IL
N'A PLUS DE
MUTUELLE PARCE
QUE DANS
L'IMPOSSIBILITÉ
DE LA PAYER »



M. X. vient au Caso pour consulter un médecin. C'est la première fois qu'il vient, donc je le reçois pour remplir le dossier social et faire un point sur sa situation, notamment par rapport à ses droits à la couverture maladie. Il m'explique qu'il a une assurance maladie (sécurité sociale de base) mais que, depuis qu'il est au chômage, il n'a plus de mutuelle parce que dans l'impossibilité de la payer.

Il est orienté à Médecins du Monde par une assistante sociale de secteur. Je la contacte par téléphone pour en savoir un peu plus sur la situation de monsieur. Elle m'apprend qu'il est en situation de surendettement, qu'il ne peut plus faire l'avance de frais pour le médecin et qu'elle l'a trouvé dans un tel état de nervosité qu'elle lui a proposé de consulter un médecin à Médecins du Monde.

Monsieur touche environ 1 000 euros par mois d'allocations chômage, ce qui ne lui permet de bénéficier ni de la CMU complémentaire ni d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Il a pourtant besoin de consulter un médecin, il est très faible physiquement, il dit ne plus avoir le courage de faire quelque démarche que ce soit, et me parle également de ses crises de colère incontrôlées.

Une semaine plus tard, M. X. revient au Caso pour une nouvelle consultation médico-sociale. Je reprends contact avec l'assistante sociale de secteur, qui m'explique avoir orienté monsieur vers une association de conseillers en économie sociale et familiale, pour constituer un dossier de surendettement, et vers le service social de la caisse régionale d'assurance maladie d'Aquitaine, pour tenter de résoudre le problème de la mutuelle. Je rappelle à monsieur qu'il est important qu'il effectue ces deux démarches en même temps, de sorte que la cotisation pour la mutuelle soit prise en compte dans l'échelonnement de sa dette (si son dossier de surendettement est accepté).”

Les résultats d'une enquête de l'Irdes publiée en avril 2010 confirment que **la seule solution pour lever les inégalités d'accès aux soins est de relever le seuil d'attribution de la CMUc²⁰²**. « Au total, si l'objectif de l'aide à la complémentaire santé est de corriger l'effet inégalitaire sur l'accès aux

soins des différences de couverture complémentaire selon le revenu, il semblerait préférable de réfléchir à un relèvement du seuil de revenus rendant éligible à la CMUc. Cela aurait aussi comme conséquence positive de supprimer l'inégalité de traitement selon l'âge et le handicap, générée par le fait

(199) Fonds CMU, Références n° 43, avril 2011.

(200) Rapport d'activité 2009 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : www.cmu.fr

(201) Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Després C. « Le recours à l'aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille », Irdes, décembre 2010.

(202) Grigon M., Kambia-Chopin B. « Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé ? », Irdes, Questions d'économie de la santé, n°153, avril 2010.

que le seuil actuel est situé juste au-dessous des montants du minimum vieillesse et de l'allocation adulte handicapé, privant ainsi les personnes âgées et les handicapés du bénéfice de la CMUc. »

Dans son avis du 5 juillet 2011, précédemment cité, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale demande une « **revalorisation immédiate du seuil de la CMUc** » : « Pour étendre l'accès à une complémentaire santé à tous ceux qui vivent en dessous du seuil de pauvreté, le seuil CMUc devrait être valorisé à hauteur du seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian. Grâce à cette revalorisation, toutes les personnes vivant avec moins de 949 euros par mois²⁰³ bénéficieraient d'une complémentaire santé gratuite. »

Quant aux personnes exclues de l'AME pour un euro au-dessus du plafond, le problème reste entier car elles n'ont alors droit à aucune couverture maladie. Elles doivent payer l'intégralité des soins, y compris pour leurs enfants, alors qu'elles vivent très largement sous le seuil de pauvreté. En lien avec nos partenaires associatifs, dans l'attente d'un système unique d'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France, **nous souhaitons réfléchir au principe de la création d'une AME contributive (comme c'est déjà le cas pour la CMU de base), pour les étrangers dont le niveau de ressources dépasse le plafond de ressources de l'AME, afin qu'une couverture maladie de base soit assurée à tous.**

D'ailleurs, les inspecteurs de l'IGAS et de l'IGF suggèrent dans leur rapport de novembre 2010, précédemment cité, de réfléchir à l'hypothèse d'une contribution de 8 % des revenus, dans les mêmes conditions que celles retenues pour bénéficier de la CMU de base, afin de corriger les effets de seuil qui empêchent certaines personnes malades d'accéder à une couverture maladie.

Les refus de soins persistent

L'importance des refus de soins a largement été démontrée ces dernières années. Un premier rapport de Médecins du Monde publié en 2002 faisait état de plus de 40 % de refus de soins des dentistes envers les bénéficiaires de l'AME et de la CMU. La publication de l'enquête du fonds CMU en juin 2006, qui faisait suite aux interpellations récurrentes des associations pour dénoncer ce phénomène, a contribué à éclairer de source officielle le tabou des refus de soins²⁰⁴. Le

rapport d'enquête de MdM « *Je ne m'occupe pas de ces patients* » publié en 2006 faisait état de 37 % de refus de soins des médecins généralistes envers les bénéficiaires de l'aide médicale d'État et de 10 % de refus de soins envers les bénéficiaires de la CMU complémentaire²⁰⁵.

La même année, l'Inspection générale des affaires sociales remettait un rapport au ministère de la Santé indiquant que 15 % des professionnels de santé refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU complémentaire²⁰⁶.

Une enquête de la Drees publiée en juillet 2008 démontrait que plus d'un tiers des bénéficiaires de l'AME avaient déjà été confrontés à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent médecin ou pharmacien²⁰⁷. Une autre enquête de l'Irdes diligentée par le Fonds CMU révélait, à la fin 2008, un taux de 25 % de refus de soins pour la CMUc chez les professionnels de santé parisiens (dentistes, ophtalmologues, gynécologues et radiologues)²⁰⁸. Le Ciss, la Fnath et l'Unaf ont également procédé à un testing auprès de médecins, dont les résultats confirment tous ces constats.

Même si le Fonds CMU émet quelques précautions sur la représentativité de l'échantillon testé, « *il n'en reste pas moins que le travail réalisé par l'Irdes démontre que, malgré une condamnation unanime de tous les acteurs de ce dossier, le refus de soins existe et son ampleur ne saurait être qualifiée de marginale et anecdotique*²⁰⁹ ».

Le débat a été vif et une série de mesures ont été prises. La Cnam a précisé dans une circulaire les modalités de saisine des conciliateurs au sein des Cnam ainsi que la possibilité pour les associations d'alerter les caisses sur les situations de refus de soins portées à leur connaissance²¹⁰.

Les nouvelles dispositions du Code de la santé publique, issues de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, prévoient désormais que toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre concerné. Elles prévoient ainsi une procédure de conciliation.

Le projet de loi initial prévoyait la possibilité de recourir au testing comme mode de dénonciation des refus de soins ainsi que l'aménagement de la charge de la preuve à l'égard de la victime, engageant ainsi le professionnel incriminé à démontrer qu'il n'y a pas eu de refus de soins illégitime. Nous déplorons que ces dispositions n'aient pas survécu au débat parlementaire.

(203) Seuil de pauvreté selon les revenus 2008. Ce seuil s'établit selon les revenus 2009 à 954 euros par mois.

(204) Desprès C., Naiditch M. « *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiaires de la CMU* », DIES, rapport final, mai 2006.

(205) Médecins du Monde, « *Je ne m'occupe pas de ces patients* », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, novembre 2006.

(206) Igas, Rapport pour M. le ministre de la Santé et des Solidarités, « *Les refus de soins des bénéficiaires de la CMU* », novembre 2006.

(207) Dress, « *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins* », Études et Résultats n°645, juillet 2008.

(208) Irdes, « *Les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris* », 2009.

(209) Rapport d'activité 2009 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

(210) Circulaire Cnam 33-2008 du 30 juin 2008 relative à la prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé.

La conférence nationale de santé a également établi une série de recommandations pour lutter contre les refus de soins, publiée en juin 2010⁽²¹¹⁾.

Les refus de soins restent toutefois largement minimisés par les professionnels de santé au regard du faible nombre de plaintes remontées au niveau des conseils de l'ordre. Comme le soulignait notre enquête « *Je ne m'occupe pas de ces patients* », il y a des refus extrêmement directs, mais la plupart sont insidieux. Une personne qui s'entend dire par son interlocuteur au téléphone qu'il est désolé, que l'agenda du médecin est plein, que le rendez-vous ne pourra être honoré que bien plus tard, ne va pas forcément imaginer qu'il s'agit d'un refus de soins...

Nos équipes de terrain recueillent toujours un grand nombre de témoignages de patients victimes de ces pratiques (refus

directs, exigence de l'avance de frais, dépassements d'honoraires...). Les causes sont toujours les mêmes : méconnaissance des dispositifs, complexité des démarches en l'absence de carte vitale, délais de remboursements trop longs, ou simplement le fait que « *ce type de patientèle n'est pas adapté au cabinet* ».

Les patients doivent ainsi parfois faire face à des attitudes discriminatoires, voire humiliantes, de la part des professionnels – ainsi d'un pédiatre qui a répondu à une demande de rendez-vous de notre équipe de Marseille pour une mère rom et son enfant que « *sa salle d'attente n'était pas adaptée* ».

Les procédures pour effectuer les signalements aux instances concernées ne sont pas simples. Les équipes de Médecins du Monde hésitent à accompagner dans cette démarche les personnes victimes, vu la complexité et le peu de résultats, persuadées que cela ne sert à rien.

➔ RAPPEL DE L'ENQUÊTE DE L'ÉQUIPE DE NICE MENÉE EN 2008-2009 AUPRÈS DES GYNÉCOLOGUES, DENTISTES ET MÉDECINS GÉNÉRALISTES

L'équipe de Nice a souhaité poursuivre son travail engagé en 2008 de contacter les médecins par téléphone et de leur demander, après s'être présentée, si elle pouvait leur adresser les patients qui disposent de droits ouverts.

En 2008, l'équipe avait contacté les gynécologues. En 2009, elle a contacté les dentistes et les médecins généralistes.

Rappel des résultats auprès des gynécologues (58 sur 68 avaient pu être joints) :

- 29 % ont refusé sous différents motifs dont il est difficile de savoir si ces derniers correspondent à une réalité ou si ce sont des « refus déguisés » : « *On ne prend plus de nouvelles patientes* », « *Je les accepte, mais là, j'ai déjà mon quota* », « *Je ne fais que de la procréation maternelle assistée* », « *Les délais de rendez-vous sont trop longs* » ;
- 25,5 % ont très clairement refusé : « *Non, on ne les prend pas* », « *Non, on ne pratique pas la dispense d'avance de frais* » ;

- 23 % ont accepté sans condition ;
- 14 % n'acceptent que les bénéficiaires de la CMU avec une carte vitale à jour ;
- 8,5 % ont dit « *oui mais* » et ont annoncé de très longs délais de rendez-vous.

Concernant les médecins généralistes, 239 sur 329 ont été contactés :

- 18 % ont refusé ;
- 11 % ont accepté sous certaines conditions (carte vitale, peu de place, « *s'ils sont propres* ») ;
- 70 % ont accepté sans condition.

Concernant les dentistes, 217 sur 257 ont été contactés :

- 48 % ont refusé ;
- 7 % ont accepté sous condition ;
- 45 % ont accepté.

Rappelons qu'il ne s'agissait pas d'un testing, **ce qui démontre qu'une partie des professionnels de santé affiche et assume pleinement de refuser les soins aux publics les plus précaires** (près de la moitié des dentistes), malgré les

mesures prises pour tenter d'enrayer le phénomène. Quels auraient été les résultats si on avait procédé à un testing ?

(211) www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-dusysteme-de-sante.html

CONSÉQUENCE DE CES OBSTACLES : UNE PERSISTANCE DES RETARDS DE RECOURS AUX SOINS

LES POINTS ESSENTIELS

- > Près de 1 patient sur 4 reçus en 2010 (24 %) aurait dû être pris en charge plus tôt. Ce phénomène de retard de recours aux soins est en constante augmentation et a été multiplié par plus de 2 par rapport à 2007, où il se situait à 11 %.
- > Plus de 58 % des patients concernés ont besoin d'une prise en charge à moyen ou à long terme (6 mois ou plus), avec parmi eux des femmes enceintes.
- > La fréquence du retard de recours aux soins est majorée avec l'âge, les difficultés de logement et l'absence de couverture maladie. Elle l'est aussi pour les étrangers ayant besoin d'un traducteur. À signaler une augmentation de la fréquence des retards de recours aux soins parmi les patients français, qui sont presque au même niveau que les étrangers.
- > Par ailleurs, plus de 11 % des patients dépourvus de couverture maladie nécessitaient une ouverture immédiate des droits, eu égard à leur état de santé.

Chaque médecin évalue à partir de sa pratique, de son interrogatoire et de l'examen médical du patient si le problème de santé aurait dû être pris en charge plus tôt.

En 2010, près du quart des patients reçus en consultation accusaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins. La fréquence des retards de recours aux soins est en constante augmentation depuis ces dernières années. En effet, elle est passée de 11 % en 2007 à 17 % en 2008, 22 % en 2009 et enfin 24 % en 2010.

Par ailleurs, plus de 11 % des patients dépourvus de couverture maladie nécessitaient une ouverture immédiate des droits eu égard à leur état de santé²¹² (tableau 58).

Sur le même principe qu'en matière de complémentaire CMU pour les assurés sociaux (procédure d'admission immédiate), il existe une procédure d'instruction rapide d'une demande d'AME. L'instruction prioritaire est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). La demande doit être sollicitée par un médecin, qui doit délivrer un certificat médical pour que le demandeur le joigne à son dossier complet de demande d'AME. Comme le rappelle le guide du Comede pour la prise en charge médico-sociale des migrants en situation administrative précaire, l'instruction prioritaire

n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence, mais à éviter l'hospitalisation en urgence, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis. Or, trop souvent, les interlocuteurs des Cnam méconnaissent la procédure (y compris celle de la CMU en admission immédiate). De plus, le fait que certaines Cnam obligent désormais une prise de rendez-vous pour instruire les dossiers rend impossible tout traitement en instruction prioritaire.

Le retard de recours aux soins ne concerne pas que des affections bénignes nécessitant une prise en charge ponctuelle, mais également des pathologies souvent chroniques pouvant avoir un retentissement important en l'absence de prise en charge. En effet, plus de 58 % des patients qui auraient dû être traités plus tôt nécessitent une prise en charge au long cours d'au moins 6 mois (vs 45 % des autres patients).

Ces affections, nécessitant un suivi à moyen ou à long terme, regroupent des troubles cardiovasculaires (hypertension artérielle : 11 % des patients en retard de soins ; cardiopathies : 3,5 %), des pathologies ostéoarticulaires (syndrome dorsolombaire : 8,3 % ; autre diagnostic locomoteur : 9,8 %), des affections métaboliques (diabète : 7,5 % ; autres diagnostics métaboliques : 3,8 %), ou encore des troubles anxieux (8,8 %). Par ailleurs, 5,4 % des patients ayant un retard de recours aux soins sont des femmes enceintes.

Tableau 58 : Retard de recours aux soins et soins urgents nécessitant une ouverture immédiate des droits

	%	nombre de patients
Retard de recours aux soins	24,1	1 961
Soins urgents nécessitant une ouverture immédiate des droits*	11,3	694

* Parmi les patients n'ayant aucun droit ouvert à la couverture maladie

(212) Taux de réponses Retard recours aux soins : 38,4 % ; Ouverture immédiate des droits : 31,8 %

La fréquence des retards de recours aux soins varie selon les caractéristiques des patients (tableau 59). Parmi les étrangers, le retard de recours aux soins touche indifféremment les femmes comme les hommes mais varie en revanche en fonction de l'âge, avec une fréquence qui est maximale au-delà de 40 ans.

Les difficultés de logement sont également un facteur associé au recours tardif, ce qui paraît logique dans la mesure où les problématiques de santé peuvent apparaître comme secondaires pour les personnes qui doivent trouver un endroit où dormir.

L'ancienneté du séjour en France des étrangers n'est pas significativement associée au retard aux soins. On observe cependant une tendance, pour les patients arrivés le plus récemment, à un recours tardif plus fréquent.

Le fait d'avoir besoin d'un traducteur est un facteur discrimi-

nant dans le retard de recours aux soins.

L'analyse enfin démontre toute l'importance de la situation des personnes vis-à-vis des droits à la couverture maladie, avec une fréquence des retards aux soins très nettement majorée en l'absence de droits ouverts.

L'analyse réalisée parmi les patients français retrouve globalement les mêmes associations que parmi les étrangers, mais pour la plupart non significatives au plan statistique, en raison des effectifs beaucoup plus faibles dans ce groupe de patients.

Il faut cependant noter que la fréquence des retards aux soins des patients français rejoint presque celle des étrangers, ce qui est peut-être une évolution par rapport aux années précédentes. En 2009, 16 % des Français accusaient un retard aux soins contre environ 23 % des étrangers.

Tableau 59 : Retard de recours aux soins selon les caractéristiques des patients

	Retard de recours aux soins des patients étrangers			Retard de recours aux soins des patients français		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	24,2			21,7		
Sexe						
Hommes	23,8	réf		21,8	réf	
Femmes	24,8	1,0	ns	21,6	1,2	ns
Âge						
Moins de 20 ans	17,9	réf		17,0	réf	
20-39 ans	23,2	1,2	ns	22,2	1,8	ns
40-59 ans	27,7	1,5	**	23,6	2,4	ns
60 ans et plus	29,4	1,8	***	20,0	1,2	ns
Durée de résidence en France						
Moins de 3 mois	26,3	1,1	ns	----	----	----
3 mois à 1 an	23,9	1,0	ns	----	----	----
1 à 3 ans	21,9	0,9	ns	----	----	----
3 à 10 ans	22,7	1,0	ns	----	----	----
10 ans et plus	22,8	réf		----	----	----
Situation administrative						
Séjour régulier	23,4	réf		----	----	----
Situation irrégulière	24,7	1,1	ns	----	----	----
Logement						
Stable	21,3	réf		17,0	réf	
Sans domicile fixe	26,8	1,3	*	29,3	1,5	ns
Hébergés (organisme ou association)	24,9	1,3	*	20,4	1,1	ns
Précaire	24,7	1,2	*	21,4	1,5	ns
Besoin d'un traducteur						
Non	21,5	réf		----	----	----
Oui	27,6	1,4	***	----	----	----
Droits à la couverture maladie						
Ouverts	16,0	réf		17,3	réf	
Non ouverts	25,2	1,7	***	23,1	1,4	ns

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité d'avoir un recours tardif aux soins parmi les étrangers sans droits ouverts à la couverture maladie est multipliée par 1,7 (OR significatif p<0,001) par rapport aux étrangers disposant de droits ouverts, toutes choses égales par ailleurs.

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS SELON LE NIVEAU DE COUVERTURE MALADIE

L'objet de cette dernière partie sur la couverture maladie est de décrire le profil général des patients, les obstacles qu'ils rencontrent dans l'accès aux soins et leurs besoins de prise en charge selon la nature de la couverture maladie dont ils disposent.

Sont ainsi distinguées les personnes disposant d'une couverture complète (AME ou CMUc), les personnes ayant uniquement une couverture de base et devant s'acquitter du ticket modérateur, les personnes sans couverture maladie mais disposant de droits potentiels et enfin les personnes sans couverture maladie et n'ayant aucun droit possible. Les personnes disposant de droits dans un autre pays européen (2 % de l'ensemble des patients) n'ont pas été prises en compte dans cette typologie.

La première analyse (*tableau 60*) détaille les caractéristiques des patients selon leurs droits à la couverture maladie.

Dans le *tableau 61* sont examinés les liens entre les obstacles à l'accès et à la continuité des soins et l'état des droits à la couverture maladie.

Les analyses sont ajustées selon le sexe, l'âge et le fait d'être français ou étranger.

Pour plus de lisibilité, certains obstacles ont été regroupés :

- obstacles administratifs : difficultés administratives ; absence de carte vitale ; démarches en cours mais délais d'instruction trop longs ;
- difficultés d'accès aux droits : aucun droit possible (en France depuis moins de 3 mois, visa touriste) ; pas de preuves de présence en France depuis 3 mois ; pas de renouvellement des droits ;
- discriminations, expériences négatives : mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits ou aux soins ; CMU ou AME refusée par les professionnels de santé.

Le *tableau 62* enfin détaille les durées nécessaires de prise en charge des patients, toujours en référence à leur situation concernant leur couverture maladie.

■ Les patients sans aucune couverture maladie lors de leur première consultation mais disposant de droits théoriques au regard de leur situation administrative

Ce groupe, qui rassemble la plus grande partie des patients (près de 62 %), est en moyenne plus jeune (73 % ont moins de 40 ans vs 55 à 60 % pour les autres groupes) et presque exclusivement composé d'étrangers, dont la majorité (60 %) résident en France depuis moins de 1 an. Leur logement est le plus souvent précaire.

C'est dans ce groupe de patients que l'on trouve le plus de personnes exerçant une activité pour gagner leur vie ; leur niveau de ressources est cependant très faible.

Si la majorité de ces personnes (73 %) s'adressent à MdM pour un problème de santé, elles sont par ailleurs près de 31 % à souhaiter un accompagnement social.

Ces personnes sont en règle générale, de façon plus fréquente que les autres patients, confrontées à toute une série d'obstacles, qu'ils soient de nature administrative, liés à une méconnaissance de leurs droits et bien sûr aux difficultés d'accéder à ces droits. Ils sont 44 % environ à nécessiter un suivi médical à moyen ou à long terme.

C'est parmi ce groupe de patients (avec le groupe suivant) que le retard de recours aux soins est le plus fréquent (1 patient sur 4).

■ Les patients ne pouvant prétendre à aucune couverture maladie

Ce groupe d'environ 25 % des patients présente des caractéristiques très tranchées.

Il est en effet beaucoup plus féminisé, avec près de 49 % de femmes (vs 35 à 40 % pour les autres groupes), et composé exclusivement de patients étrangers, présents en France depuis moins de 3 mois pour la quasi-totalité d'entre eux.

Ces patients sont très peu nombreux à exercer une activité pour gagner leur vie ; c'est parmi eux que l'on rencontre le plus de personnes complètement dépourvues de ressources (64 % vs 17 à 28 %).

Leurs motifs de recours à MdM sont très largement motivés par des besoins de santé nécessitant pour près de 54 % d'entre eux un suivi médical d'au moins 6 mois ; près de 26 % par ailleurs recourent tardivement aux soins. Ils sont en revanche assez peu demandeurs d'un accompagnement social, tout au moins lors de leur première visite à MdM.

Très logiquement, l'obstacle à l'accès aux soins qui domine largement chez eux est précisément l'impossibilité d'obtenir une couverture maladie du fait de leur situation administrative.

■ Les patients disposant uniquement d'une couverture maladie de base

Ce groupe de patients, numériquement le plus faible (environ 5 %), s'oppose assez radicalement aux précédents. C'est en effet le groupe de patients le moins féminisé et qui compte par ailleurs une proportion particulièrement élevée de Français, plus nombreux que les étrangers.

Les étrangers présents dans ce groupe résident majoritairement en France depuis plus de 3 ans.

La situation concernant le domicile parmi ces patients est très tranchée : c'est en effet dans ce groupe que l'on compte le plus de personnes ayant un domicile stable, mais aussi le plus de sans-domicile.

L'une des particularités de ce groupe de patients est également la part plus élevée de personnes dépassant le plafond d'attribution de la CMU complémentaire, ce dépassement leur interdisant d'accéder à une couverture maladie complète. L'analyse de l'origine des ressources laisse à penser que c'est parmi ces patients que l'on retrouve les travailleurs pauvres, les personnes handicapées bénéficiaires de l'AAH et les personnes âgées percevant le minimum vieillesse, que les revenus placent au-dessus du seuil d'attribution de la CMU complémentaire.

Comme les autres patients, ils s'adressent à MdM pour des motifs de santé, avec comme on peut le constater une proportion sensiblement plus élevée de personnes qui y ont recours pour des soins dentaires, illustrant les difficultés d'accès à ce type de soins notoirement mal pris en charge, *a fortiori* lorsque les personnes ne disposent pas d'une couverture complémentaire.

Ils rencontrent globalement les mêmes difficultés administratives que les autres patients ; ils sont en revanche beaucoup plus nombreux à citer l'obstacle lié à l'absence de couverture complémentaire (assurant le remboursement des soins), aux difficultés d'avance de frais et de paiement des franchises médicales.

Si les franchises de 0,5 euros par boîte de médicaments, mises en place le 1^{er} janvier 2008, avaient pour objectif d'inciter les individus à réguler leur consommation de médicaments, elles ont surtout impacté la consommation de médicaments des individus malades ou à faibles revenus, selon une étude de l'Irdes publiée en octobre 2010²¹³. Pour les personnes disposant de faibles ressources et celles en mauvaise santé, les franchises représentent une charge financière significative ayant pour effet une perte d'accès aux médicaments.

■ Les patients disposant d'une couverture complète (CMU complémentaire ou AME)

Ce dernier groupe de patients également assez peu nombreux (8 % environ de l'ensemble des patients) apparaît intermédiaire par rapport aux groupes précédents.

Rapportée à l'ensemble des patients, la part des Français y

apparaît sensiblement plus élevée ; les étrangers de ce groupe sont majoritairement (55 %) installés en France depuis au moins 3 ans.

70 % de ces patients connaissent des difficultés de logement plus ou moins aiguës, mais sans trancher véritablement avec les premiers groupes de patients (groupes sans couverture maladie).

Leur particularité en revanche est qu'ils s'adressent plus fréquemment aux Caso pour des motifs sociaux, notamment pour des questions de renouvellement de couverture maladie. Notons cependant la part relativement élevée de ces personnes se présentant à MdM pour honorer une ordonnance. Certaines pharmacies ne délivrent pas de médicaments à des personnes dont les droits AME ont été ouverts dans d'autres départements, arguant des délais de remboursements trop longs.

Ces patients citent globalement moins de freins à l'accès aux droits et aux soins, ils sont d'ailleurs nettement plus nombreux à indiquer ne rencontrer aucun obstacle.

Ils continuent cependant à être près de 28 % à évoquer des difficultés liées à l'avance des frais médicaux, proportion qui est en très nette augmentation par rapport aux années précédentes (13,6 % en 2008, 17,2 % en 2007), alors qu'ils devraient en principe en être dispensés. Certains patients sont confrontés aux dépassements d'honoraires ou au refus de certains professionnels de santé de pratiquer le tiers payant. L'AME permet à son titulaire d'être pris en charge à 100 % du tarif Sécurité sociale en secteur 1, sans avance de frais. Or, l'AME ne permet pas concrètement la prise en charge des prothèses dentaires et les lunettes, pour les adultes comme pour les enfants, cette prise en charge étant réduite à la limite du tarif de Sécurité sociale, soit un niveau extrêmement bas.

Les consultations auprès de psychologues en milieu libéral ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale, alors que les délais pour obtenir un rendez-vous dans le secteur public sont extrêmement longs.

Ce groupe de patients reste par ailleurs confronté aux refus de soins de certains professionnels de santé.

Au total, ce sont 13 % des patients qui consultent à MdM, alors qu'ils disposent d'une couverture de base ou complète. Cela témoigne d'un accès de plus en plus difficile aux soins.

(213) Kambia-Chopin B., Perronnin M. « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? », Irdes, Questions d'économie de la santé n° 158, octobre 2010.

Tableau 60 : Caractéristiques des patients selon leur situation concernant la couverture maladie (% en colonne)

	Droits à la couverture maladie			
	Aucune couverture maladie et aucun droit possible (n=4 307) %	Aucune couverture maladie mais droits potentiels (n=10 695) %	Couverture de base uniquement (n=877) %	Couverture complète : CMUc ou AME (n=1 404) %
Ensemble des patients*	24,9	61,9	5,1	8,1
Sexe				
Hommes	51,3	60,2	64,6	60,5
Femmes	48,7	39,8	35,4	39,5
Âge				
Moins de 20 ans	10,3	12,0	8,7	8,3
20-39 ans	50,2	61,1	46,5	49,4
40-59 ans	25,8	23,0	32,7	36,2
60 ans et plus	13,7	3,9	12,1	6,1
Nationalité				
Français	0,0	6,7	50,6	14,6
Étrangers	100,0	93,3	49,4	85,4
Durée résidence en France (patients étrangers)				
Moins de 1 an	96,1	60,4	26,4	19,4
1 à 3 ans	1,8	17,4	17,9	25,4
3 à 10 ans	1,9	17,6	29,5	42,1
10 ans et plus	0,2	4,6	26,2	13,1
Logement				
Stable	21,4	23,3	44,0	30,4
Hébergés (organisme ou association)	15,1	14,0	20,2	23,7
Précaire	50,8	51,1	18,6	33,8
Sans domicile fixe	12,7	11,6	17,2	12,1
Exerce une activité pour gagner leur vie	11,8	36,3	18,7	28,4
Ressources				
Aucunes ressources	64,0	27,8	17,4	22,7
Inférieures au plafond CMUc/AME	30,2	64,3	41,1	57,8
Supérieures au plafond CMUc/AME	5,8	7,9	41,5	19,5
Motif de recours à MdM				
Accompagnement social	10,7	30,9	21,5	39,1
Voir un médecin	89,9	73,1	74,1	45,3
Honorer une ordonnance	0,9	0,6	2,6	14,7
Avoir des soins infirmiers	0,9	1,8	2,0	1,3
Voir un dentiste	4,0	4,4	8,9	3,3

* Les patients disposant de droits ouverts dans un autre pays européen n'ont pas été pris en compte dans cette typologie, d'où la légère différence de proportions avec les droits théoriques de l'ensemble des patients.

Tableau 61 : Fréquence des principaux obstacles à l'accès et à la continuité des soins selon la situation des patients concernant la couverture maladie

	Méconnaissance des droits et des structures			Obstacles administratifs			Difficultés d'accès aux droits		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	27,3			31,7			36,5		
Droits à la couverture maladie									
Couverture complète : CMUc ou AME	9,3	réf	***	26,5	réf	ns	6,2	réf	ns
Couverture de base uniquement	12,0	2,0	***	30,8	1,0	ns	5,8	1,2	ns
Pas de couverture maladie mais droits potentiels	37,2	5,1	***	39,8	1,9	***	26,3	5,1	***
Pas de couverture maladie et aucun droit possible	10,4	1,0	ns	12,6	0,4	***	79,5	55,5	***

	Couverture complémentaire trop chère, difficulté avance de frais			Discriminations, expériences négatives			Pas d'obstacle		
	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p	%	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	7,1			4,4			5,8		
Droits à la couverture maladie									
Couverture complète : CMUc ou AME	27,8	réf	***	5,4	réf	ns	19,1	réf	***
Couverture de base uniquement	41,9	1,7	***	3,7	1,0	ns	8,7	0,4	***
Pas de couverture maladie mais droits potentiels	3,4	0,1	***	5,5	1,0	ns	5,7	0,3	***
Pas de couverture maladie et aucun droit possible	3,7	0,1	***	1,2	0,2	***	1,6	0,1	***

(1) Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la nationalité et l'état des droits à la couverture maladie

ns : non significatif * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité de rencontrer des difficultés d'orientation dans le système sanitaire et social est multipliée par 2 chez les patients disposant uniquement d'une couverture de base et par 5,1 chez les patients sans couverture maladie mais disposant de droits potentiels, par rapport aux patients disposant d'une couverture complète. Cette probabilité en revanche ne varie pas significativement parmi les personnes sans couverture maladie et n'ayant aucun droit possible.

Tableau 62 : Durées nécessaires de prise en charge des patients selon leurs droits à la couverture maladie (% en ligne)

	Durées nécessaires de prise en charge			
	Court terme		Moyen ou long terme	
	%	n	%	n
Droits à la couverture maladie				
Couverture complète (CMUc/AME)	47,7	246	44,4	229
Couverture de base	49,3	267	45,8	248
Aucune couverture mais droits potentiels	48,9	3 553	44,2	3 216
Aucun droit possible	44,6	1 398	53,7	1 683

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL MIS EN ŒUVRE

Il reste difficile pour un patient démuné et souvent non francophone de lever un obstacle sans l'intervention d'un professionnel averti.

Lorsque la situation le permet, les entretiens débouchent sur une information concernant l'accès aux droits (couverture maladie, accès ou continuité des soins) et, si nécessaire, à un accompagnement individuel (aide à la constitution de dossiers de couverture maladie, accompagnement physique).

Au terme du bilan social réalisé dans les Casos, près de 71 % des personnes ont été orientées pour l'accès aux droits, principalement vers un organisme de Sécurité sociale (tableau 63)²¹⁴.

Peu de patients (3,4 %) ont refusé la mise en œuvre des démarches.

Les personnes qui n'ont pas d'adresse à déclarer, pour ouvrir leurs droits à la couverture maladie, sont orientées vers le centre communal d'action sociale, lorsque celui-ci accepte de procéder à la domiciliation administrative, ou vers une association agréée pour le faire, lorsque celle-ci n'est pas saturée de demandes...

Les accueillants et travailleurs sociaux assistent par ailleurs les médecins et infirmiers pour toute orientation extérieure afin d'assurer la mise en lien avec les structures de soins

telles que les Pass ou les Lits halte soins santé pour héberger des personnes sans abri nécessitant soins et repos...

Outre la mise en lien avec les structures d'accès aux droits et aux soins, les équipes interpellent et mobilisent les acteurs sociaux de droit commun, les partenaires institutionnels ou associatifs selon les situations et les besoins des personnes : hébergement d'urgence, accès au logement, aide financière, accès aux droits sociaux, aide juridique, aide alimentaire, vestiaire...

Il ne suffit pas de donner un plan pour qu'une personne arrive à se repérer et à trouver l'adresse indiquée. Se déplacer dans un pays et dans une ville parfois inconnue ou prendre les transports en commun peut susciter une réelle appréhension pour des personnes qui ne maîtrisent pas la langue ou qui craignent des contrôles de police. Certaines personnes expriment par ailleurs d'autres barrières telles que la honte du regard de l'autre, la peur du jugement, la crainte de ne pas être reçues ou d'être mal reçues. Ce sont les raisons pour lesquelles il importe de rassurer les patients, de les aider à reprendre confiance, de tisser le lien avec les structures qui vont assurer le relais de la prise en charge, parfois par des prises de contact en direct mais également en assurant des accompagnements physiques. **Il s'agit là d'un véritable rôle de médiation.**

Tableau 63 : Orientations des patients à l'issue du bilan social

	%	n
Information/orientation pour l'accès aux droits et/ou aux soins	70,5	10 315
Types d'orientation		
Caisse primaire d'assurance maladie	50,4	3 751
Caisse générale de Sécurité sociale*	7,9	591
Association	5,6	418
Centre communal d'action sociale	2,6	191
Permanence d'accès aux soins de santé	2,2	162
Organisme complémentaire	0,2	10
Autres	35,4	2 639

* Caisses de Sécurité sociale dans les départements d'outre-mer

(214) Taux de réponses Orientation : 67,4 % ; Types d'orientations : 72,4 % ; Refus des démarches : 66 %



© MdM

MAYOTTE, DÉSORMAIS UN « DÉPARTEMENT FRANÇAIS », MAIS TOUJOURS D'EXCEPTION

La politique migratoire de la France s'est considérablement radicalisée depuis quelques années, y compris à Mayotte, où 26 405 personnes, dont 6 400 mineurs, ont été expulsées en 2010¹, soit presque 13 % de la population, et à peu près autant d'expulsions que dans l'Hexagone. ■

Statistiques communiquées par la préfecture au cours de 2010, collectif Migrants outre-mer : www.migrantsoutremer.org

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2010, le centre pédiatrique a reçu 2 477 enfants et effectué 5 286 consultations médicales.
- En fonction du type de vaccins, entre 70 et 90 % des enfants reçus sont à jour de leurs vaccinations. Il s'agit essentiellement d'enfants suivis en PMI ou scolarisés.
- Les problèmes de santé sont liés dans 81 % des cas à une infection. Il s'agit essentiellement de problèmes respiratoires et ORL (52 %), de pathologies dermatologiques (31 %) et de problèmes d'ordre digestif (13 %).
- Même si les résultats doivent être pris avec précaution et demandent à être confirmés, la malnutrition semble atteindre des proportions non négligeables : le retard de croissance staturale concerne 17,2 % des enfants de moins de 5 ans, dont 3,3 % en déficit de croissance important ; la malnutrition aiguë globale concerne quant à elle 13,8 % des enfants de moins de 5 ans, dont 11,6 % en situation modérée et 2,2 % présentant des formes sévères.
- Pour quasiment tous les enfants reçus, l'accompagnant déclare des obstacles pour l'accès et la continuité des soins : méconnaissance des « bons enfants » ou « bons roses » (76 %), difficultés financières (72 %), barrière linguistique (58 %), difficultés administratives (40 %), mais aussi peur permanente de se déplacer et d'être expulsés (65 %).
- Seuls 20 % des enfants rencontrés sont affiliés à la Sécurité sociale. Or, si l'un des deux parents est français ou en situation régulière, l'enfant devrait être affilié. La moitié des enfants qui pourraient être affiliés ne le sont pas.
- Le retard de recours aux soins a été constaté dans un tiers des consultations.
- Les obstacles ont conduit 46 % des parents à renoncer aux soins pour leurs enfants.

Mayotte, île de l'archipel des Comores d'environ 200 000 habitants, est devenue le 101^e département français au début d'avril 2011.

Depuis 1975, alors que les trois autres îles de l'archipel choisissaient l'indépendance, Mayotte reste dans le giron de la France, en violation du droit international, ce que condamneront une vingtaine de résolutions de l'ONU. La circulation entre les quatre îles de l'archipel était libre et les liens familiaux et commerciaux se poursuivaient sans grand changement. Le « visa Balladur » institué en 1995 a rompu ces liens historiques entre les Comoriens. Et, au fil des années, une fabrique de sans-papiers s'est mise en place, les cousins, parents, frères sont devenus à Mayotte des « clandestins », risquant d'être expulsés d'un territoire sur lequel certains vivent depuis longtemps, ont construit leur vie et fondé une famille.

La politique migratoire de la France s'est considérablement radicalisée depuis quelques années, y compris à Mayotte, où 26 405 personnes, dont 6 400 mineurs, ont été expulsées en 2010⁽²¹⁵⁾, soit presque 13 % de la population, et à peu près autant d'expulsions que dans l'Hexagone...

Cette politique répressive en vient à séparer des familles, y compris des parents et des enfants gravement malades, au

mépris de la Convention internationale des droits de l'enfant. L'équipe de MdM suit la situation de quelques familles, dont celle avec une fillette d'une dizaine d'années, hospitalisée en juillet 2010 pour poussée d'insuffisance cardiaque sur découverte d'une insuffisance mitrale sévère grade II-IV post-RAA. L'enfant est née à Mayotte et vit sur le territoire avec son père en situation irrégulière. Sa mère est retournée vivre à Anjouan depuis plusieurs années car elle ne supportait plus la peur quotidienne de l'arrestation. Depuis plus d'un an, le père est en attente de régularisation en tant qu'accompagnant d'enfant malade. Il continue le suivi médical de sa fille malgré la peur omniprésente de se déplacer. Le 19 mai 2011, le père est arrêté près de son domicile. Prévenue par l'entourage, l'équipe de MdM explique aux autorités la situation médicale de l'enfant et la nécessité pour le père de rester sur le territoire. Malgré les démarches effectuées, le père de la fillette a été expulsé dès le lendemain soir à Anjouan, l'enfant devenant une mineure isolée, gravement malade.

L'équipe suit également la situation d'une autre famille, dont la petite fille a été évacuée sanitaire vers la métropole en décembre 2009, alors qu'elle n'avait que 4 mois. À ce jour, l'enfant est toujours prise en charge médicalement à Paris. Voilà

(215) Statistiques communiquées par la préfecture au cours de 2010, collectif Migrants outre-mer : www.migrantsoutremer.org

plus d'un an et demi que la famille n'a pas été réunie, la petite n'a jamais pu revoir ses parents, à qui aucun titre de séjour n'a été délivré, alors qu'ils vivent à Mayotte depuis plus de 10 ans. Ils n'ont jamais obtenu de visa vers la métropole. Pourtant, les différents certificats médicaux spécifient que la présence des parents auprès de leur fille est nécessaire au développement de l'enfant et présente un net intérêt thérapeutique. Comment pourrait-il en être autrement ?

En termes de protection sociale, les dispositions applicables à Mayotte sont spécifiques, distinctes de celles en vigueur en métropole. Le dispositif de sécurité sociale mis en place depuis 2005 a modifié l'offre de soins, supprimant progressivement le système de dispensaires ouverts gratuitement à tous. Il exclut les personnes qui ne peuvent pas remplir les démarches administratives requises. Il s'agit des étrangers sans titre de séjour (pour la plupart comoriens), mais aussi d'une partie de la population mahoraise dans l'incapacité de justifier son état civil, soit au total environ un tiers de la population. Pour eux, en l'absence de toute aide sociale substitutive, les soins ou les consultations dans les structures publiques de soins ne sont assurés, le plus souvent, qu'après paiement d'une provision trop élevée au regard des moyens financiers de la population (de 10 euros pour une consultation de médecine générale à 300 euros pour un accouchement⁽²¹⁶⁾). Seules sont prises en charge financièrement les pathologies pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et les maladies transmissibles graves.

En 2008, les associations Aides, la Cimade, le Gisti, Médecins du Monde et le collectif Migrants ont saisi la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde) et la Défenseure des enfants pour dénoncer les inégalités générées par cette situation.

Le dispositif spécifique de prise en charge de la maladie à Mayotte est en effet discriminatoire par rapport à celui de l'ensemble des départements français, y compris les départements d'outre-mer, par l'effet conjoint de deux facteurs :

- **inexistence de l'aide médicale de l'État**, dont devraient bénéficier les étrangers pauvres exclus de l'assurance maladie ;
- **interprétation des soins urgents plus restrictive**, notamment en ce qui concerne les mineurs étrangers. La circulaire relative à la création du Fonds pour les soins urgents et vitaux⁽²¹⁷⁾ n'est pas applicable à Mayotte alors qu'elle garantit la prise en charge de l'accès aux soins des enfants et des

adolescents présumés répondre à la condition d'urgence en raison de leur vulnérabilité particulière.

La venue de la Défenseure des enfants en 2008 a montré que la situation des enfants est particulièrement alarmante aussi bien pour l'accès aux soins que pour l'application de leurs droits (éducation, droit de vivre en famille, non-respect du droit international...)⁽²¹⁸⁾.

Ainsi, depuis août 2009, un système de « bons enfants » ou « bons roses » a été mis en place dans le secteur public pour garantir un accès aux soins aux mineurs. Cette disposition permet l'exemption de la provision pour les enfants non affiliés dont les parents ne peuvent payer. Mais ce dispositif n'est pas appliqué de manière systématique.

La Halde a, quant à elle, rendu ses conclusions le 1^{er} mars 2010⁽²¹⁹⁾. Elle souligne que le refus d'extension à Mayotte de l'AME, ou d'une couverture médicale équivalente, constitue une entrave au droit à l'assistance médicale prévu par la Constitution et plusieurs traités internationaux ratifiés par la France. Elle rappelle également, conformément à la jurisprudence du Conseil d'État interprétant la Convention internationale des droits de l'enfant, que le seul fait d'être mineur devrait donner un accès immédiat aux soins de santé. **Les mineurs doivent par conséquent directement être affiliés à la Sécurité sociale**, comme l'a rappelé une décision du tribunal des affaires de sécurité sociale de Mamoudzou, le 17 décembre 2010, en jugeant le droit de la santé et de la sécurité sociale à Mayotte contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant.

Un centre de soins pédiatriques a ouvert ses portes en décembre 2009

Pour améliorer l'accès aux soins des enfants en situation précaire et témoigner de leur situation, Médecins du Monde a décidé de mettre en place un projet spécifique auprès des mineurs au cœur d'un quartier défavorisé. Il s'agit de la population la plus fragile parmi les exclus, même s'il y a un suivi gratuit (mais sans soins curatifs) par la PMI pour les moins de 6 ans. Un centre de santé a ouvert ses portes en décembre 2009 dans un quartier de la commune de Koungou.

À partir de mars 2010, des consultations médicales décentralisées ont été organisées sur différents sites lors de cliniques mobiles hebdomadaires.

(216) Arrêté du 9 août 2005 relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte.

(217) Circulaire n° DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005. Une circulaire du 7 janvier 2008, n° DSS/2A/DGAS/DHOS/2008/04, a précisé que les mineurs ne relevaient plus du Fonds pour les soins urgents et vitaux, puisque pouvant bénéficier de l'aide médicale d'État, sans condition de présence sur le territoire.

(218) Annexe au rapport 2008, « *Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte* » : www.defenseurdesenfants.fr/rapports.php

(219) Délibération 2010-87 du 1^{er} mars 2010.

■ 5 286 consultations médicales effectuées pour 2 477 enfants reçus

Pour l'année 2010, 5 286 consultations médicales ont été réalisées, soit une moyenne de 440 consultations par mois, pour 2 477 enfants reçus. Parmi ces enfants, 77 % ont été rencontrés au centre de santé de Koungou et 23 % ont été vus lors des cliniques mobiles.

Les deux tiers des enfants rencontrés ont moins de 6 ans, un quart ont entre 6 et 12 ans, 10 % ont plus de 12 ans. La très large majorité des enfants rencontrés (90 %) sont nés à Mayotte. Les autres sont arrivés en bas âge. Ainsi, 69 % des enfants de plus de 12 ans rencontrés par l'équipe sont arrivés à Mayotte depuis plus de 5 ans, dont la moitié depuis plus de 10 ans.

Les mères sont plus souvent de nationalité étrangère que les pères : 6 % des mères sont de nationalité française vs 20 % des pères. La nationalité comorienne est la plus représentée avec 93 % de mères comoriennes et 78 % de pères comoriens. Lorsque les mères sont de nationalité étrangère, 84 % vivent en situation irrégulière à Mayotte. En ce qui concerne les pères non français, 75 % se trouvent à Mayotte en situation irrégulière.

Au moment de la première consultation, 4 % des enfants reçus ne vivent avec aucun de leurs parents. Lorsque l'information a pu être obtenue, il s'agit de situations qui durent puisque ces enfants vivent sans leurs parents depuis plus de 12 mois pour près de la moitié d'entre eux.

Il s'agit essentiellement d'enfants confiés durablement par leurs parents à la famille élargie ou à l'entourage.

Il est plus difficile de quantifier les mineurs confiés ponctuellement. Les personnes qui accueillent des enfants dans l'attente d'un retour potentiel des parents assurent le quotidien mais négligent généralement, sauf urgence, le suivi médical de ces enfants. Et si la personne qui accueille l'enfant se déplace tout de même vers le centre de santé, il est probable qu'elle se présente comme le parent de l'enfant, de peur que ce dernier ne soit pas reçu par le médecin ou par crainte d'attirer l'attention sur sa situation. Durant la période d'expulsion des parents, l'accès aux soins des mineurs isolés est particulièrement problématique.

« INTERPELLÉE ET
EXPULSÉE LE JOUR
DE LA SORTIE DE
LA MATERNITÉ »



N., 1 an, consulte pour une infection ORL. L'enfant n'a bénéficié d'aucune vaccination, excepté la première injection du vaccin contre l'hépatite B faite à la naissance. L'enfant est né à Mayotte. Le jour de la sortie de la maternité, la mère s'est fait interpellé et expulser tandis que N. est resté sur le territoire mahorais. Deux mois plus tard, la mère est revenue en kwasa-kwasa [barques de fortune]. Depuis, redoutant une nouvelle interpellation, elle ne sort pratiquement jamais de chez elle. Une première injection a été réalisée au centre de MdM. Après de longues explications à la mère sur l'importance de la vaccination, celle-ci a commencé un suivi en PMI pour poursuivre le rattrapage vaccinal."

Au moment de la première consultation, 7 % des pères sont expulsés contre 1,6 % des mères. De manière générale, nous constatons que c'est la mère qui emmène son enfant voir le médecin. L'hypothèse selon laquelle l'enfant ne consulte pas lorsque la mère est absente pourrait expliquer la différence de proportion.

■ La couverture vaccinale doit encore être améliorée

L'état des vaccinations des enfants reçus par MdM en 2010 n'atteint pas la couverture optimale de 95 %. Mais les résultats sont encourageants²²⁰. Notons que 95 % des enfants de moins de 6 ans rencontrés en 2010 lors des consultations ont déjà été en contact avec la PMI, et 95 % des enfants en âge d'être scolarisés (entre 6 et 16 ans) le sont effectivement.

Le statut vaccinal, quel que soit le vaccin, est inconnu pour 5 % des enfants.

Concernant le ROR, 71 % de l'ensemble des enfants reçus sont vaccinés et à jour, 19 % ne le sont pas et 5 % présentent un retard vaccinal.

Concernant le DTP et la coqueluche (proportions identiques pour les deux vaccins), 73 % des enfants sont à jour, 8 % ne sont pas vaccinés et 14 % sont en retard.

Concernant le BCG, 84 % des enfants sont vaccinés, 11 % ne le sont pas.

Concernant l'hépatite B, 91 % des enfants sont vaccinés, 2 % n'ont pas eu toutes les injections requises, et 2 % ne sont pas vaccinés.

La comparaison entre l'état des vaccinations des enfants reçus au centre de santé (Koungou) et celui des enfants vus en clinique mobile montre systématiquement davantage de retard et/ou d'absence de vaccination à Koungou. Cela révèle probablement une inadéquation entre les moyens attribués à chaque centre et la réalité de la population totale concernée par les vaccinations.

Ces résultats de relative bonne vaccination masquent toutefois des situations inquiétantes.

(220) Des efforts en termes de rattrapage vaccinal ont été faits ces dernières années. En 2008, la Direction des affaires sanitaires et sociales de Mayotte a organisé une campagne de rattrapage vaccinal. Le centre hospitalier de Mayotte a vacciné les enfants scolarisés tandis que, de novembre 2008 à juillet 2009, Médecins du Monde s'est occupé de la vaccination des enfants non scolarisés.

■ Les problèmes de santé sont liés, dans 81 % des cas, à une infection

Les viroses respiratoires et ORL sont très fréquentes chez les enfants (52 %). Il faut noter également qu'il y a eu une épidémie de bronchiolite en début d'année 2010.

Les pathologies de la peau sont nombreuses (31 %). Les conditions de vie difficiles favorisent les infections cutanées et leur récurrence : manque d'hygiène, difficultés d'accès à l'eau et au savon, promiscuité, qui favorisent les infections bactériennes et parasitaires.

À la saison des pluies, le taux d'humidité de l'air favorise encore plus les infections cutanées primaires telles que l'impétigo, les abcès, mais aussi les surinfections des autres pathologies cutanées présentes toute l'année : gale, dermatophytose, teigne.

Les caractéristiques de l'habitat des quartiers précaires de Mayotte génèrent de nombreuses brûlures (cuisine à même le sol sur des réchauds à pétrole ou au feu de bois) et plaies (habitat en tôle, non-ramassage des déchets dans des ruelles étroites et glissantes...) chez les enfants avec des risques de surinfections liés aux conditions d'hygiène.

Les problèmes d'ordre digestif ont concerné 13 % des consultations. Il s'agit essentiellement de diarrhées associées

aux viroses ORL chez les enfants en bas âge. Il y a eu également une épidémie de gastro-entérite au début de 2010.

■ Une situation de malnutrition préoccupante

En raison de leur manque de moyens, la sous-alimentation est fréquente pour les familles démunies et devient une habitude. La malnutrition²²¹ est rarement le motif d'une consultation médicale. Le médecin a diagnostiqué des cas de malnutrition au cours de 44 consultations pour 40 enfants différents. La moitié d'entre eux avaient moins de 2 ans, le tiers entre 2 et 3 ans.

Pourtant, la situation apparaît préoccupante.

Lors de la consultation médicale, les médecins mesurent et pérent de façon quasi systématique les enfants. La taille et le poids sont ainsi renseignés dans le dossier médical et font ensuite l'objet d'une saisie informatique.

Ces données ainsi recueillies, combinées avec la date de naissance et le sexe, ont permis de calculer les indices anthropométriques taille-âge, poids-taille et poids-âge des enfants pour lesquels toutes les informations étaient disponibles lors de la première consultation médicale au centre, **soit 1 117 enfants de moins de 5 ans** (85 % de l'ensemble des enfants de moins de 5 ans rencontrés en 2010).

➔ Le principe de l'approche anthropométrique, utilisée dans les enquêtes de nutrition, est de comparer la mesure anthropométrique de chaque enfant à des normes de référence. L'écart éventuellement constaté entre les mesures observées et les normes de référence est attribué à la malnutrition. L'évaluation du statut nutritionnel d'un individu est réalisée sur la base de trois indices calculés à partir de ces mesures anthropométriques : indice poids-taille, indice taille-âge, indice poids-âge. Les mesures nécessaires sont le poids et la taille, accompagnés de l'âge et du sexe. Cette approche n'est pas destinée à explorer les carences en vitamines ou en micronutriments.

L'indice poids-taille exprime le poids d'un enfant selon sa taille. Il compare le poids de l'enfant au poids de référence pour sa taille. C'est une mesure de la malnutrition aiguë. Il permet d'apprécier le degré de maigreur (ou émaciation). Une diminution brutale de la ration alimentaire ou une maladie entraînant une perte d'appétit provoquent

une perte de poids rapide qui se répercute sur cet indice poids-taille. L'indice taille-âge exprime la taille d'un enfant selon son âge. Il compare la taille de l'enfant à la taille de référence pour son âge, il permet d'identifier les retards de croissance staturale (malnutrition chronique). Cet indice indique l'histoire nutritionnelle passée d'un enfant plutôt que son état nutritionnel courant. Il reflète la forme de malnutrition la plus répandue et celle qui ne présente aucun signe clinique. Le déficit de croissance peut passer inaperçu si l'indice taille-âge de l'enfant n'est pas connu, le poids a pu rester en correspondance avec la taille, donnant un indice poids-taille normal.

L'indice poids-âge exprime le poids d'un enfant selon son âge. Il compare le poids de l'enfant au poids de référence pour son âge, il apprécie un déficit ou un excès pondéral. Cet indice permet de suivre les tendances de l'état nutritionnel mais ne peut à lui seul déterminer le type de malnutrition.

(221) La malnutrition est l'inadéquation de l'alimentation en quantité/qualité par rapport aux besoins nutritionnels d'un individu. La malnutrition chronique est caractérisée par un retard de croissance et la malnutrition aiguë par une nette insuffisance de poids par rapport à la taille. Les termes *sévères* et *modérés* sont employés pour décrire le degré de sévérité de la malnutrition aiguë, les deux stades constituant une urgence médicale et nécessitant une prise en charge efficace et rapide. On parle de malnutrition aiguë compliquée quand une maladie associée à la malnutrition nécessite des soins médicaux plus importants.

Les mesures anthropométriques recueillies ont donc été comparées à des normes de référence recommandées par l'OMS, qui ont fait l'objet d'une révision en 2005²²².

Même si les résultats doivent être pris avec précaution et demandent à être confirmés²²³, la malnutrition semble atteindre des proportions non négligeables.

Parmi les 1 117 enfants de moins de 5 ans, 17,2 % présenteraient un retard de croissance staturale (malnutrition chronique), dont 13,9 % en déficit de croissance modéré (indice taille-âge < -2 DS) et 3,3 % en déficit de croissance important (indice taille-âge < -3 DS).

C'est parmi les enfants de 12 à 24 mois que le retard de croissance serait le plus important, puisque 29 % d'entre eux sont concernés.

Le retard de croissance, aboutissement d'un processus de stagnation de la croissance, apparaît après une période significative d'inadéquation nutritionnelle et souvent après le début de la période de sevrage. Plusieurs phénomènes interagissent : des difficultés à couvrir les besoins nutritionnels au moment de l'introduction d'aliments complémentaires à l'allaitement, un faible poids de naissance, la fréquence de pathologies infectieuses.

Moins lié à des problèmes de santé aigus de type infectieux et à la nécessité de répondre à une urgence parfois vitale, le retard de croissance ne suscite pas la même inquiétude ou attention que la perte de poids. Dans ce contexte de précarité, d'absence de suivi, la stagnation de la croissance de l'enfant, sans signe clinique, peut « s'installer ».

La malnutrition aiguë globale concernerait 13,8 % des enfants de moins de 5 ans, dont 11,6 % en situation de malnutrition aiguë modérée (indice poids/taille < -2 DS) et 2,2 % présentant des formes sévères (indice poids/taille < 3 DS). La saisonnalité serait fortement associée : l'augmentation des cas de malnutrition aiguë au cours de la saison des pluies suggère des situations de perte de poids importante du fait de pathologies respiratoires ou intestinales plus fréquentes, dans un contexte où l'alimentation est insuffisante.

Pour rappel, au sein d'une population, on estime en général qu'un taux de malnutrition aiguë globale (sévère et modérée) de 5 à 10 % indique une situation précaire et qu'un taux

entre 11 et 20 % indique une situation grave...

L'insuffisance pondérale concernerait quant à elle 15,9 % des enfants.

Une précédente enquête menée par l'InVs en population générale à Mayotte en 2006 indiquait un retard de croissance staturale de 6,4 % pour les enfants de 0 à 4 ans. La maigreur concernait 7,5 % des enfants. Lorsque les enfants étaient dénutris, il s'agissait le plus souvent de formes modérées : à l'exception des formes sévères de maigreur (1,6 %), les formes sévères de retard de croissance staturale (0,1 %) et d'insuffisance pondérale (0,1 %) étaient rares²²⁴.

Médecins du Monde a donc décidé de mener en 2011 une enquête spécifique sur ce sujet, pour affiner ces premiers résultats, évaluer la gravité de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, vus par l'équipe MdM, et envisager éventuellement un mode d'intervention.

Les objectifs spécifiques sont :

- d'estimer le nombre d'enfants souffrant de malnutrition parmi les enfants de 0 à 5 ans ;
 - d'identifier le type de malnutrition, évaluer la proportion d'enfants qui présentent une maigreur, une insuffisance pondérale et/ou un retard de croissance ;
 - de repérer les problèmes de santé associés.
- Pour les enfants de moins de 5 ans en situation de malnutrition repérée vus par MdM, il s'agit :
- de décrire leur environnement social ;
 - de décrire leurs modes alimentaires ;
 - de décrire les prises en charge antérieures.

Les résultats seront disponibles à la fin de 2011.

■ Pour quasiment tous les enfants reçus, l'accompagnant déclare rencontrer des obstacles pour l'accès et la continuité des soins : méconnaissance des « bons roses », difficultés financières, barrière linguistique, difficultés administratives mais aussi peur permanente de se déplacer, des arrestations et des expulsions

■ La méconnaissance des « bons roses »

Depuis août 2009, un système de « bons enfants » ou « bons

(222) www.who.int/childgrowth/standards

Pour plus d'informations, se référer à « Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant », Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations unies pour l'enfance, 2009.

http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789242598162_fre.pdf

Ce changement de référence à partir de 2005 a entraîné une difficulté du point de vue du suivi de l'évolution de la prévalence et de la comparabilité des études.

La mesure utilisée est le score-Z (ou l'unité d'écart type, la déviation standard (DS), qui est définie comme la différence entre la valeur pour un individu et la valeur médiane de la population de référence pour le même âge ou la même taille, divisée par l'écart type de la population de référence.

Chez les enfants, la prévalence de la malnutrition chronique et aiguë est estimée par la proportion d'individus présentant :

- un retard de croissance staturale, indice taille-âge : score-Z < -2 DS et \geq -3 DS = déficit de croissance ; score-Z < -3 DS = déficit de croissance important ;
- une malnutrition aiguë (maigreur), indice poids-taille : score-Z < -2 DS et \geq -3 DS = malnutrition aiguë modérée ; score-Z < -3 DS = malnutrition aiguë sévère ;
- une insuffisance pondérale, indice poids-âge : score-Z < -2 DS et \geq -3 DS = insuffisance pondérale modérée ; score-Z < -3 DS = insuffisance pondérale sévère).

(223) Quelques biais ont été repérés et pris en compte (comme l'inversion à la saisie de la taille ou du poids ou des valeurs aberrantes qui ont été supprimées), mais il se peut qu'une tendance à l'arrondi pour le poids lors de la saisie informatique ait eu lieu, sans que l'on puisse revenir sur l'information initiale.

(224) Vernay M., Ntab B., Malon A., Gandin P., Sissoko D., Castetbon K. « Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte : l'étude NutriMay, 2006 », Institut de veille sanitaire, 2006 : www.invs.sante.fr
Pour l'étude NutriMay, ce sont les courbes de référence du National Center for Health Statistics (NCHS), Centers for disease control et l'OMS de 1978 qui ont été retenues.

roses » a été mis en place dans le secteur public pour garantir un accès aux soins aux mineurs. Cette disposition permet l'exemption de la provision pour les enfants non affiliés dont les parents ne peuvent payer. Un bon de circulation doit être remis au bureau des entrées de la structure de soins, permettant de consulter un médecin, qui complète le bon selon qu'il s'agit de soins urgents ou courants.

76 % des parents déclarent ne pas connaître le dispositif des « bons roses ». Lorsque les deux parents sont en situation

irrégulière, 89 % disent ne pas connaître cette possibilité d'exemption. Aucune communication n'a été faite par les services publics pour informer la population à ce sujet.

On relève fréquemment, et notamment dans les dispensaires, des refus de délivrer ce bon permettant d'accéder aux soins ou un manque d'informations sur l'existence de ce dispositif conduisant à des refus d'accès à la consultation. Des témoignages le soulignent.

« REFUS D'UNE CONSULTATION À UN DISPENSAIRE POUR UN NOURRISSON SOUFFRANT D'UNE BRONCHIOLITE »



La mère de deux enfants malades vus lors d'une clinique mobile à Vahibé avait tenté de consulter au dispensaire le plus proche. Elle s'est vu refuser l'accès à la consultation médicale par l'agent d'accueil. Le plus jeune des deux enfants avait 3 semaines et souffrait de bronchiolite."

Par ailleurs, quand le bon rose est délivré, un autre papier est remis en même temps, sur lequel est mentionné le coût des soins, pour signifier qu'ils ne sont pas gratuits. Mais il n'est pas clairement expliqué que les parents n'auront pas à payer cette somme. Cela génère de la confusion. Certains parents n'osent ainsi plus demander les « bons roses », craignant d'augmenter leur dette ou ayant tout simplement honte d'en avoir une.

■ **Des difficultés financières qui dissuadent les parents de faire soigner les enfants**

Les difficultés financières pour la consultation ou le traitement sont citées dans 72 % des cas. Lorsque les deux parents sont étrangers en situation irrégulière, cet obstacle est mentionné dans 88 % des situations.

Selon l'Insee, en 2005, 1 personne sur 10 possède un niveau de revenu inférieur à 838 euros par an, soit moins de 70 euros par mois, et la moitié des habitants ont moins de 200 euros par mois pour vivre²²⁵.

La population étrangère est particulièrement vulnérable. Seuls les étrangers en situation régulière peuvent exercer une activité salariée officielle. Les autres se débrouillent « avec la campagne », c'est-à-dire grâce à la culture vivrière, ou en exerçant des petites activités informelles.

L'accès aux prestations sociales est limité. Les montants sont moindres (l'allocation familiale pour le premier enfant est de 57,28 euros puis décroît à mesure que le nombre d'enfants augmente) et l'accès est réservé aux Français ou aux étrangers possédant une carte de résident de 10 ans. Les étrangers en situation régulière mais ayant un titre de séjour temporaire doivent justifier d'une première entrée sur le territoire avant 2001 puis d'une présence régulière et continue depuis plus de 5 ans.

Certains enfants dont le père est de nationalité française n'arrivent pas non plus à bénéficier des allocations familiales. Pour les ménages en situation précaire et sans ressources fixes, le coût du forfait d'une consultation médicale apparaît trop important et dissuade de recourir aux soins.

« NE POUVANT PAYER À NOUVEAU 10 EUROS, LES PARENTS ONT ARRÊTÉ LE TRAITEMENT »



N., âgée de 6 ans, est porteuse d'une tétraparésie spastique séquellaire d'une méningite à pneumocoque aggravée d'une épilepsie secondaire. Cette enfant était suivie en pédiatrie et en service de rééducation jusqu'en octobre 2009. En décembre 2010, l'équipe de Médecins du Monde est alertée par la Croix-Rouge. En effet, N. était en rupture de soins. En situation irrégulière, ses parents craignaient de plus en plus de se déplacer jusqu'au centre hospitalier. L'intervention de MdM a permis d'accompagner la famille et de réinsérer la petite N. dans un suivi médical, notamment de stabiliser son épilepsie avec le neuropédiatre. On note également une amélioration des douleurs et de la rigidité musculaire grâce à des injections médicamenteuses et de la rééducation.

Mais la situation reste précaire et instable. Les parents sont toujours en attente d'une régularisation de leur situation et chaque déplacement pour une consultation engendre la crainte d'être interpellé et expulsé. L'enfant grandissant, seul le père réussit à la porter pour se rendre aux consultations. Sur le plan économique, les parents de l'enfant ont des difficultés à acheter de quoi nourrir N., qui nécessite une alimentation exclusivement liquide à cause des fausses routes.

En juin 2011, l'enfant est à nouveau en rupture de traitement antiépileptique. À la pharmacie, il a été demandé aux parents de payer 10 euros pour obtenir le renouvellement mensuel du traitement épileptique de l'enfant. Après cela, ne pouvant payer à nouveau 10 euros, les parents ont arrêté le traitement le mois suivant."

(225) Insee, « Le revenu des habitants de Mayotte en 2005 », Insee Infos n° 28, février 2007.

Le coût de l'accès aux soins ne se résume pas uniquement à la possibilité de consulter. Le déplacement représente un frein supplémentaire pour les ménages précaires. Sans moyen de locomotion, l'accompagnant doit prendre un taxi. Cela est particulièrement compliqué pour les parents d'enfants handicapés qui expliquent que les chauffeurs de taxi veulent souvent leur faire payer des frais supplémentaires pour les fauteuils roulants ou les poussettes.

L'obstacle financier lié au déplacement est mentionné dans 64 % des situations. La proportion passe à 78 % lorsque les deux parents sont en situation irrégulière.

■ **La barrière linguistique reste importante**

La barrière linguistique est citée dans 58 % des situations.

La barrière linguistique est mentionnée plus fréquemment lorsque les parents sont étrangers, mais elle apparaît toutefois dans 21 % des cas lorsque la mère est française et dans 45 % des cas lorsque le père est français.

Le français est la langue officielle à Mayotte utilisée dans les institutions mais il ne s'agit pas pour autant de la langue parlée au sein des foyers. D'après l'évaluation nationale des acquis des élèves des CE1 et CM2 réalisée en juin 2011, Mayotte figure à la dernière place du classement de l'ensemble des départements²²⁶. 57 % des élèves à Mayotte ont des acquis insuffisants en français contre 7 % en moyenne nationale.

L'interprétariat apparaît comme un enjeu essentiel lors des consultations médicales. En effet, la majorité des médecins sont métropolitains et ne parlent pas la langue locale. Les aides-soignantes assurent la traduction en fonction de leurs disponibilités sans forcément être formées à cela. De plus, les patients craignent une diminution de la confidentialité du fait de la présence d'une tierce personne, qui habite parfois le même village ou qui connaît des personnes en commun.

■ **Des difficultés administratives au sein d'un système difficilement compréhensible**

Les difficultés administratives sont évoquées dans 40 % des situations. Pour une population de tradition orale, le système administratif français apparaît particulièrement compliqué. L'affiliation à la Sécurité sociale peut apparaître difficile même pour ceux pouvant y prétendre.

Parmi les enfants qui pourraient être affiliés, c'est-à-dire dont au moins un des parents est français ou en situation régulière, seuls 47 % le sont effectivement.

La personne doit fournir un justificatif de son identité. Or, l'état civil est en cours de révision depuis 2000. Les personnes ne sont donc pas toujours en mesure de fournir un acte de naissance. La personne doit également fournir un justificatif de domicile, ce qui est compliqué lorsque les gens vivent dans des cabanes en tôle sans accès à l'eau ni à l'électricité. Il est demandé aussi de fournir des coordonnées bancaires. Cela devient une pratique courante, alors que ce n'est pas obligatoire pour être affilié à la Sécurité sociale. Sans ressources, la majorité des personnes en situation précaire ne disposent pas de compte bancaire.

■ **Un sentiment de peur et de stress permanent**

La peur de se déplacer est citée dans 65 % des situations. La proportion atteint 86 % lorsque les deux parents sont en situation irrégulière. L'intensification de la lutte contre l'immigration clandestine, associée aux risques d'un retour illégal par *kwasa-kwasa*, ces barques de fortune, engendre un sentiment de peur et de stress permanent.

L'anxiété liée à la menace quotidienne d'expulsion est exprimée au cours de presque toutes les consultations médicales, aussi bien par les parents que par les enfants eux-mêmes. Lorsque l'un des parents a été interpellé, celui qui reste hésite encore plus à sortir de chez lui.

« ELLE NE SORT PLUS JAMAIS DE CHEZ ELLE »



Suite à la menace de l'école de ne plus accueillir en classe son enfant de 10 ans quasiment aveugle, la mère a demandé à une voisine de l'accompagner au centre de santé de Médecins du Monde. Le médecin a pris les rendez-vous nécessaires auprès du centre hospitalier. La mère étant en situation régulière, la voisine a accepté de conduire l'enfant consulter l'ophtalmologue. L'enfant a été opéré d'un glaucome bilatéral et a recouvré la vue. La mère a expliqué à l'équipe de MdM sa peur d'une arrestation. Elle avait déjà été expulsée une première fois, ainsi que son mari, qui n'a pas pu revenir. Elle s'occupe seule de ses 7 enfants et ne sort plus jamais de chez elle."

(226) L'évaluation des acquis des élèves en CE1 et CM2 est consultable sur le site du ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative à la rubrique école : www.education.gouv.fr

Ce contexte conduit à des situations tragiques.

« DÉCÈS D'UN ENFANT MALGRÉ UNE INTERVENTION DU SMUR, CAR LA MAMAN N'A PAS OSÉ SORTIR DE CHEZ ELLE... »



Un nourrisson de 3 mois, ancien prématuré, est arrivé en arrêt cardio-respiratoire au centre. Après une première consultation au centre de santé de MdM, il avait été hospitalisé un mois en réanimation pédiatrique. Quelques jours après son retour à domicile, l'état de santé de l'enfant s'est dégradé. Lorsque la mère s'en est aperçue, les forces de l'ordre effectuaient des contrôles dans le quartier. Elle n'a osé sortir de chez elle qu'à la fin de l'opération pour venir consulter au centre de santé situé à 500 mètres. L'enfant est décédé malgré une réanimation avec intervention du SMUR.

En créant un centre de santé au cœur d'un quartier précaire et en organisant des cliniques mobiles, MdM a privilégié la proximité pour éliminer l'obstacle de la distance à parcourir. Les patients vivent à proximité du lieu de consultation. Ainsi, 91 % des enfants reçus au centre de santé de Koungou viennent du quartier où se situe le centre. Lors des cliniques mobiles, la totalité des enfants reçus viennent du quartier concerné.

■ Le retard de recours aux soins a été constaté dans un tiers des consultations

Au cours de 33 % des consultations, le médecin a estimé qu'au moins un des problèmes de santé aurait dû être pris en charge ou traité plus tôt.

Ainsi, 72 % des abcès ont été diagnostiqués tardivement, 72 % des infections posttraumatiques de la peau, 69 % des brûlures cutanées, 66 % des carences nutritionnelles, 55 % des cas de gale, 52 % des pathologies dentaires. Nous faisons l'hypothèse d'une banalisation de certains problèmes de santé dont les conséquences ne sont pas correctement mesurées.

■ Un renoncement aux soins pour près de la moitié des personnes rencontrées

Ces obstacles ont conduit 46 % des parents à renoncer aux soins pour leurs enfants. De nombreux parents expriment par ailleurs un renoncement de principe : la certitude de ne pas être reçu en consultation du fait de l'impossibilité de payer le forfait, associée au risque d'être interpellé en chemin, conduit à ne même plus tenter de se déplacer pour voir un médecin.

La situation administrative des parents augmente le nombre d'obstacles et impacte le renoncement aux soins. Les obstacles sont rencontrés beaucoup plus fréquemment lorsque la mère est en situation irrégulière. Le renoncement aux soins est plus important (71 %) lorsque le père ne vit pas à Mayotte et que la mère est étrangère en situation irrégulière.

Les mères seules étrangères en situation irrégulière sont particulièrement vulnérables.

L'affiliation à la Sécurité sociale des enfants influence l'accès aux soins. 20 % des enfants reçus sont affiliés à la caisse de Sécurité sociale de Mayotte et consultent pourtant au centre. L'affiliation des enfants réduit les obstacles mais ne les fait pas disparaître. La barrière linguistique devient alors l'obstacle principal mentionné dans 36 % des cas, avant les difficultés financières pour se déplacer dans 30 % des cas. Le renoncement aux soins diminue mais persiste dans 32 % des cas.

■ Une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé

Le droit de la santé et de la sécurité sociale à Mayotte a été jugé contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989, ratifiée par la France le 7 août 1990²²⁷.

À Mayotte, les enfants de personnes sans papiers ou les mineurs isolés n'ont accès ni à la sécurité sociale ni à l'aide médicale de l'État car ce dispositif national n'existe pas sur ce territoire.

Seules sont prises en charge financièrement les pathologies pour lesquelles le défaut de soins peut entraîner une altération grave et durable de l'état de santé et les maladies transmissibles graves.

Un système de « bons enfants » ou « bon roses » délivrés par le bureau des entrées a été mis en place au centre hospitalier de Mayotte mais il est très insuffisant : manque d'informations non-application systématique de la prise en charge des soins courants et infirmiers. Les bons roses ne permettent pas non plus une prise en charge des soins délivrés par les professionnels du secteur libéral.

Cela dissuade les personnes de faire soigner les enfants en dehors de situations extrêmes et expose donc indéniablement les enfants à des risques de santé.

Face à cette situation, qui ne permet pas un accès satisfai-

(227) La France a signé la Convention internationale des droits de l'enfant le 26 janvier 1990 et l'a ratifiée le 7 août 1990. Cette Convention est entrée en vigueur en France le 6 septembre 1990 : www.diplomatie.gouv.fr

sant aux soins, et estimant que le droit applicable à Mayotte relatif à la santé est contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant²²⁸, notamment aux articles 3, 24 et 26,

Médecins du Monde a déposé plusieurs demandes d'affiliation directe d'enfants malades sans sécurité sociale auprès de la caisse de Sécurité sociale de Mayotte.

→ Extrait de la Convention internationale des droits de l'enfant²²⁹

Article 2

[...]

2. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

[...]

Article 24

1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent des mesures appropriées pour :

- a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ;
- b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ;
- c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel ;
- d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés ;
- e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information ;
- f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

[...]

Article 26

1. Les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

[...]

Cinq demandes ont été adressées en juin 2009 à la caisse de Sécurité sociale. Toutes ont été refusées. Trois ont fait l'objet d'un recours devant la commission de recours amiable. Un de ces refus a abouti à la saisine en mars 2010 du tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass) de Mamoudzou.

Dans un jugement du 17 décembre 2010, ce tribunal a jugé que l'ordonnance modifiée du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte est **contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant, en ce qu'elle ne permet pas à tous les enfants d'avoir accès aux services médicaux et de rééducation, et de jouir du meilleur état de santé possible, et a donc ordonné l'affiliation directe du mineur concerné à la**

Sécurité sociale. Le tribunal a estimé qu'en l'absence de dispositif lui permettant la prise en charge correcte de ses soins un mineur dont les parents sont sans sécurité sociale doit être affilié directement à la Sécurité sociale.

C'est la première fois qu'un tribunal d'une part impose l'affiliation directe d'un mineur à une caisse de Sécurité sociale et d'autre part considère que le droit français dans le domaine de la santé est contraire à la Convention internationale des droits de l'enfant.

Cette décision est une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé.

La caisse de Sécurité sociale de Mamoudzou a fait appel de ce jugement ; l'audience est prévue en novembre 2011.

(228) Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme : www2.ohchr.org/french/law/crc.htm

(229) <http://www.droitsenfant.com/cide.htm>



© Benoît Guenot



© Virginie De Galzain



© Julien De Weck



© Christina Modolo



© Élisabeth Rull



© MdM

FOCUS

POPULATIONS

- Les mineurs
- Les personnes sans domicile
- Les demandeurs d'asile
- Les personnes en situation irrégulière

LES MINEURS

En principe, les mineurs doivent être protégés et bénéficier du meilleur accès à la santé possible et de la sécurité sociale en vertu de la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989, entrée en vigueur en France le 6 septembre 1990.

En signant et en ratifiant cette Convention, la France s'est engagée à ce que l'intérêt supérieur des enfants soit une considération primordiale et à leur assurer la protection et les soins nécessaires à leur bien-être. Pourtant, en France, des enfants dorment à la rue ou dans des conditions insalubres, n'ont souvent pas accès à une couverture maladie et sont exclus des dispositifs de soins.

LES POINTS ESSENTIELS

- > 2 465 mineurs ont été reçus pour la première fois en 2010 dans les Caso, soit plus de 11 % de l'ensemble des patients, proportion aussi élevée qu'en 2009.
- > 1 mineur sur 2 est âgé de moins de 7 ans ; c'est parmi les Français que la part des mineurs les plus jeunes est la plus élevée.
- > Plus de 9 mineurs sur 10 sont étrangers, principalement de l'Union européenne (34 %) et d'Europe hors UE (24 %) ; 24 % sont Roumains et 11 % originaires de Tchétchénie.
- > Près de 1 mineur sur 10 vit à la rue, les autres sont hébergés par un organisme ou une association (33 %) ou vivent dans un logement précaire (près de 38 %). Seuls 2 mineurs sur 10 vivent dans un logement stable. Le logement des enfants, s'il existe, est souvent considéré comme néfaste pour la santé (40 %) et très souvent surpeuplé (75 %).
- > 88 % des mineurs reçus n'ont aucun droit ouvert à la couverture maladie.
- > Deux tiers des enfants de moins de 6 ans ne sont pas suivis par les services de PMI.
- > Seul un tiers des enfants de moins de 6 ans sont à jour des vaccinations.
- > Les problèmes de santé des mineurs se concentrent autour des pathologies infectieuses, principalement respiratoires, et nécessitent le plus souvent un suivi à court terme. Néanmoins, près de 15 % d'entre eux nécessitent une prise en charge supérieure à 6 mois pour des affections telles que l'asthme, l'épilepsie ou les cardiopathies.
- > Certaines mineures par ailleurs sont enceintes.

Au cours de l'année 2010, 11,6 % des patients reçus dans les Caso étaient mineurs.

Cette proportion demeure aussi élevée qu'en 2009, où l'on avait enregistré une augmentation significative du nombre de mineurs parmi les patients (tableau 64).

Certains Caso reçoivent une proportion plus élevée de mineurs que la moyenne, c'est le cas de Grenoble et Lyon (22 à 27 %), ainsi que d'Aix-en-Provence, Angers et Bordeaux (14 à 18 %).

Tableau 64 : Évolution du nombre et de la proportion de mineurs parmi les patients de MdM de 2000 à 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
%	10,5	10,0	9,2	9,2	9,8	9,6	8,1	9,5	9,8	11,9	11,6
Effectif	1 813	2 423	2 025	1 721	1 974	2 101	1 756	1 772	1 912	2 471	2 465

La moitié des mineurs reçus en 2010 sont âgés de moins de 7 ans, 25 % ont entre 7 et 12 ans, 24 % sont âgés de 13 à 17 ans.

On compte approximativement la même part de mineurs chez les patients français et étrangers (respectivement 10,3 % et 11,2 %). Parmi les étrangers cependant, la proportion de jeunes mineurs (moins de 7 ans) est plus faible que parmi les Français (49,6 % vs 60,4 %).

Comme parmi le reste des patients de Médecins du Monde, plus de 9 mineurs sur 10 sont de nationalité étrangère. Les jeunes patients se distinguent cependant par leur origine : 34 % sont originaires d'un pays de l'Union européenne

(vs 19 % des adultes), 24 % d'un autre pays européen (vs 11 %). Ils sont en revanche beaucoup moins nombreux à être originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb. La part élevée de mineurs originaires de l'Union européenne et d'Europe hors UE (1 mineur sur 4 est originaire de Roumanie, 11 % de Tchétchénie et près de 8 % d'ex-Yougoslavie) est liée au fait que les migrations issues de ces pays sont souvent des migrations familiales (tableau 65).

La plus grande partie des mineurs d'origine étrangère réside en France depuis peu de temps, 84 % depuis moins de 1 an, 58 % depuis moins de 3 mois.

Tableau 65 : Répartition des patients mineurs par nationalité

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	24,2	Cameroun	2,0
Russie-Tchéchénie	11,4	Arménie	1,8
Ex-Yougoslavie	7,7	Guinée	1,7
France	7,4	Angola	1,4
Bulgarie	6,9	République Dém. du Congo	1,4
Algérie	5,7	Érythrée	1,4
Maroc	2,7	Autres	24,3

Les enfants ne sont pas épargnés par des difficultés de logement

Les jeunes patients connaissent, comme l'ensemble des patients, d'importantes difficultés de logement (tableau 66). Seuls 2 sur 10 vivent dans un logement stable, la plupart soit sont hébergés par un organisme ou une association, soit

vivent dans un logement précaire (le plus souvent dans un campement ou dans un squat), et **9 % sont sans domicile.**

L'équipe de Strasbourg relate la fin de la prise en charge d'un hébergement d'une famille avec un nourrisson de quelques mois.

« L'HÉBERGEMENT N'EST PLUS POSSIBLE APRÈS L'HIVER POUR UN COUPLE ET UN BÉBÉ »



Un jeune couple, G. et S., leur bébé de 6 mois, et la maman de S. vivent tous les quatre dans une cabane construite sous un échangeur autoroutier à Koenigshoffen. Le jeune couple avait déjà été hébergé à l'hôtel après la naissance du bébé. Mais ils revenaient régulièrement sur le terrain dans la journée pour faire la cuisine, ne pouvant cuisiner à l'hôtel...

En ce début de novembre, l'hiver est déjà là et tout se complique dans cette cabane mal chauffée. Le plan hivernal est en place et nous obtenons un hébergement dans un appartement géré par l'association Horizon Amitié via le 115. La petite famille s'installe, prend ses marques, accompagnée par un travailleur social de l'association, et fait des projets. L'AME est mise en place, le nouveau-né est suivi en PMI.

Au début d'avril, fin du plan hivernal, les prises en charge se terminent. Parmi les personnes à sortir du plan hivernal : le jeune couple, leur bébé et la grand-mère.

Familles européennes dans la grande précarité mais sans droits, l'hébergement n'est plus possible après l'hiver.

« Décidément on sera toujours sur les routes », nous confie S., de retour sur le terrain avec sa famille.

Tableau 66 : Conditions de logement et situation familiale des mineurs

	%	n
Logement		
Stable	20,4	406
Hébergés (association ou organisme)	33,0	654
Précaire	37,6	746
Sans domicile fixe	9,0	178
Vivent avec :		
Les parents (père et/ou mère)	91,9	1 837
Autre famille	3,4	68
Autre(s) personne(s)	2,1	42
Sont isolé(e)s	2,6	52

Les mineurs qui ne sont pas privés de logement ne vivent pas pour autant dans un environnement favorable, 40 % environ vivent dans un lieu potentiellement insalubre, les trois quarts dans des conditions de surpeuplement.

Les effets les plus connus du mal-logement sur l'enfant sont le saturnisme lié à la présence de plomb, mais aussi les pathologies respiratoires, les infections dermatologiques ou encore les accidents domestiques provoqués par la vétusté des installations électriques ou l'exiguïté du logement. Le bruit et la promiscuité ont un effet sur la qualité du sommeil, un impact sur l'état de fatigue et plus généralement sur le développement de l'enfant.

Concernant l'environnement familial, la quasi-totalité des mineurs vivent avec leurs parents ou encore avec un autre membre de la famille, un petit nombre (52, soit 2,6 %) sont des mineurs isolés. Tous ces mineurs isolés sont de nationalité étrangère, 92 % sont âgés de 15 ans et plus.

■ La complexité du système et les mauvaises pratiques freinent l'accès aux soins des enfants
En France, l'accès aux soins des mineurs n'est censé souffrir d'aucune restriction.

Pourtant, lorsqu'ils sont reçus pour la première fois dans les Caso, près de 88 % des mineurs n'ont aucun droit ouvert à une couverture maladie.

Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les mineurs et leurs parents se superposent globalement à ceux des autres patients de MdM et concernent en premier lieu tout un ensemble de difficultés administratives (cité par

32,7 %) et la barrière linguistique (31,1 %).

Signalons également que 29 % des familles avec mineurs indiquent limiter parfois ou souvent leurs déplacements par peur d'être arrêtées.

Les difficultés concernant l'accès aux droits évoquées précédemment dans le rapport sont les mêmes pour les mineurs, puisqu'il s'agit de constituer le même dossier que pour les adultes... Rassembler toutes les pièces justificatives reste complexe. La domiciliation n'est pas toujours acquise. Il est parfois demandé des certificats de scolarité, alors que ce ne sont pas des pièces réglementaires et que l'on sait que la scolarité n'est pas non plus toujours accessible.

Des mineurs se voient encore opposer à certains endroits le délai de 3 mois pour pouvoir bénéficier de l'AME. À d'autres endroits, il n'est possible d'obtenir une AME pour un enfant présent en France depuis moins de 3 mois qu'à condition qu'une association accompagne la famille dans les démarches.

De plus, les attestations ne sont pas toujours délivrées pour 1 an. Certaines Cnam demandent que les démarches soient renouvelées 3 mois après, en même temps que la demande d'AME des parents. Mais on sait que les délais d'instructions sont longs, ce qui conduit par conséquent à une rupture des droits pour les enfants et donc à une rupture de prise en charge si des soins ont été engagés.

Les instructions de dossiers peuvent donner lieu à des suivis longs et complexes, comme en témoigne l'équipe de Nice.

« UNE OUVERTURE
DE DROITS POUR
UN ENFANT APRÈS
5 MOIS D'ATTENTE »



Mme B., connue au Caso depuis quelques années, vient pour une instruction d'aide médicale d'État. Elle se retrouve seule avec son fils de 9 ans après le départ, sur décision de justice, de son mari violent. Le montant du loyer du studio qu'elle occupe s'élève à 770 euros, somme qu'elle ne peut pas payer. Jusqu'au départ de son mari (qui est en situation régulière), Mme B. bénéficiait d'un titre de séjour que la préfecture ne lui renouvelle pas, la communauté de vie ayant cessé. Mme B. perd alors son travail et le bénéfice des allocations logement. Elle trouve quelques travaux de ménage et gagne 940 euros par mois, montant qu'elle déclare à l'occasion de sa demande d'AME. Elle reçoit un refus à sa demande d'AME car la Caf avait versé 80 euros d'allocations de soutien familial (quand elle avait son titre de séjour). L'enfant de Mme B., très perturbé en raison des violences familiales antérieures, bénéficie d'un suivi avec une orthophoniste. Cette dernière a accepté de mettre ses facturations en attente de l'ouverture des droits pour l'enfant, qui sera effective après 5 mois d'attente.

Mme B. demande à nouveau une AME pour elle quelques mois après (plus d'un an après le dernier versement de la Caf), AME qui est de nouveau refusée car l'enfant n'a pas été compté comme personne à charge. Un recours est en cours...

■ Des enfants restent exclus de tout dispositif

En 2003, la création du Fonds pour les soins urgents et vitaux a eu pour objectif de pallier en partie l'instauration du délai de 3 mois de présence en France pour accéder à l'aide médicale de l'État. Ce fonds permet un financement des hôpitaux pour les soins qu'ils délivrent à des personnes non bénéficiaires de l'AME, nécessitant des « soins urgents et vitaux », des soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité, ou pour des soins relatifs aux femmes enceintes et aux mineurs.

Un arrêt du Conseil d'État de 2006²³⁰ a imposé que les enfants mineurs des personnes étrangères en situation irrégulière puissent bénéficier de l'AME sans attendre le délai de 3 mois, considérant, en vertu de la Convention internationale des droits de l'enfant, que l'accès aux soins des mineurs étrangers ne pouvait souffrir d'aucune restriction et que la prise en charge des seuls soins urgents, y compris sur une durée limitée à 3 mois, était incompatible avec l'intérêt supérieur de l'enfant.

Tirant les conséquences de cet arrêt, une circulaire du 7 janvier 2008²³¹ a précisé que les mineurs ne relevaient plus du Fonds pour les soins urgents et vitaux, puisque, en tant que mineurs, ils doivent normalement relever de l'AME sans condition de durée de présence en France.

Or, cette circulaire a eu des conséquences graves pour certains mineurs. En effet, elle ne prend pas en compte la situation des mineurs isolés, ceux qui ne sont pas pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance (cas relativement fréquent chez des jeunes Roms, pour qui le dispositif ne répond pas réellement aux besoins, ou chez les jeunes migrants en transit dans le Nord-littoral). Ces mineurs ne pouvant pas demander une AME en l'absence de représentant légal, ils ne peuvent pas accéder non plus au Fonds pour les soins urgents et vitaux, du fait de leur exclusion du dispositif par cette circulaire.

Elle ne prend pas non plus en compte la question des enfants de parents qui dépassent le plafond de ressources de l'AME, qui se retrouvent donc sans aucune couverture maladie, pas même une couverture de base.

Ces deux catégories de mineurs se retrouvent de fait exclues de toute possibilité de prise en charge.

Pour mettre fin à ces situations, le bénéfice de la CMU avec effet immédiat (sans délai d'instruction) doit être étendu à tous les mineurs, quelle que soit la situation administrative de leurs parents, qu'ils aient ou non un représentant légal sur le territoire.

Cette disposition aurait le mérite de mettre le Code de la sécurité sociale en conformité avec la Convention internationale des droits de l'enfant. Dans l'article 2, celle-ci précise que les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique de ses représentants légaux. À l'article 26, elle précise que les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale.

■ Leur couverture vaccinale est insuffisante

Quel que soit le type de vaccin (DTP, BCG, ROR, hépatite B ou coqueluche), environ un tiers seulement des enfants de moins de 6 ans sont à jour des vaccinations (carnet de santé vérifié). Autour de 30 % semblent être à jour *a priori* (déclaratif des parents et/ou de bonnes raisons de croire que les vaccins sont à jour). Les autres ne savent pas ou ne sont pas à jour.

Parmi les mineurs âgés de moins de 6 ans, seul le tiers sont suivis par les services de protection maternelle et infantile (PMI). La principale difficulté vient de la sectorisation des PMI, qui exclut de fait des familles à cause de l'instabilité de leurs lieux de vie.

(230) Conseil d'Etat, décision n° 285576 du 7 juin 2006, annulant partiellement les deux décrets du 28 juillet 2005 relatifs à l'aide médicale d'État.

(231) Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008- 04 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.

■ Des problèmes de santé dominés par des affections respiratoires

En 2010, 2 644²³² patients mineurs ont bénéficié de 4 375 consultations, soit 1,7 consultation par personne (vs 1,8 parmi les autres patients).

L'analyse de la répartition des résultats de consultation par appareil (*figure 13*) souligne la très forte prédominance des diagnostics d'affections respiratoires (pour près de la moitié des consultations concernant des mineurs), loin devant les problèmes digestifs ou dermatologiques.

Une analyse plus précise à partir des diagnostics regroupés (*tableau 67*) révèle que les jeunes patients sont principalement affectés par des pathologies infectieuses et avant tout respiratoires (35,5 % ont présenté une infection des voies respiratoires supérieures et 11,4 % une infection des voies inférieures).

Contrairement aux adultes, les durées nécessaires de prise en charge des patients mineurs sont le plus souvent de court terme (moins de 6 mois). Cependant 15 % environ nécessitent un suivi de plus longue durée. Ces derniers souffrent d'asthme, d'épilepsie, de problèmes dermatologiques, d'anémie ou encore de cardiopathies. Certaines mineures par ailleurs sont enceintes.

La faible fréquence des problèmes psychologiques relevés lors des consultations médicales ne signifie pas que les mineurs en souffrent moins. Les médecins doivent donc être extrêmement vigilants sur ces questions pour repérer la souffrance psychique et envisager les orientations nécessaires vers une prise en charge adaptée. C'est ce dont témoigne un médecin de l'équipe de Paris.

« ILS ENTRENT À TROIS, SILENCIEUX, DANS LE CABINET DE CONSULTATION »



Venus de Tchétchénie, comme beaucoup, ils se sont arrêtés d'abord dans un autre pays. Pour eux, ce fut les Pays-Bas. La jeune femme aux traits fins, les cheveux dissimulés sous son voile, le regard triste, prend la parole... ou plutôt prend le téléphone que je lui tends. L'appel à l'interprétariat par téléphone va permettre de franchir la barrière de la langue.

Elle commence par me dire qu'elle a mal au ventre... qu'elle ne dort pas bien... mais que, finalement... le problème n'est pas là. C'est sa fillette de 10 ans, assise près d'elle, le visage fermé, qui l'inquiète. Comme beaucoup, ils ont dû fuir leur pays après des arrestations, des menaces, des violences, et puis, arrivés aux Pays-Bas, alors qu'ils marchaient dans la rue tous les trois, un groupe de skinheads les a attaqués. Ils ont bousculé l'enfant mais se sont acharnés sur la mère. Depuis, la fillette s'est enfermée dans un silence dont elle ne sort que de façon agressive quand elle a peur, quand elle sursaute au moindre bruit. À plusieurs reprises sa mère l'a retrouvée des ciseaux ou un couteau à la main, pour se défendre d'un ennemi potentiel. Elle a même retrouvé un couteau caché sous son oreiller.

Depuis, les parents vivent dans la peur... une autre que celle qu'ils ont fuie, mais une peur de chaque instant pour leur enfant.

Des larmes silencieuses coulent sur les joues de la jeune femme, le père baisse la tête, la fillette ne bouge pas.

On parle encore un peu. Un rendez-vous est pris avec le psychiatre. C'est une petite flamme d'espoir qui renaît dans leurs yeux... On se risque même à un sourire.

Au fait... le mal au ventre de la maman ? Il a perdu de son importance... mais je donne malgré tout un petit traitement symptomatique.

L'entretien se termine. Je leur serre la main, me risquant à un « da svidaniya » (au revoir). Ils me répondent cette fois avec un vrai sourire (mon accent y serait-il pour quelque chose ?) : « Spassiba » (merci).»

(232) Il s'agit des patients mineurs reçus en consultation médicale pour la première fois en 2010 ainsi que de ceux déjà connus auparavant revenus en cours d'année, ce qui explique la différence d'effectifs avec le nombre de mineurs vus pour la première fois en 2010 (2 465).

Figure 13 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients mineurs et des autres patients

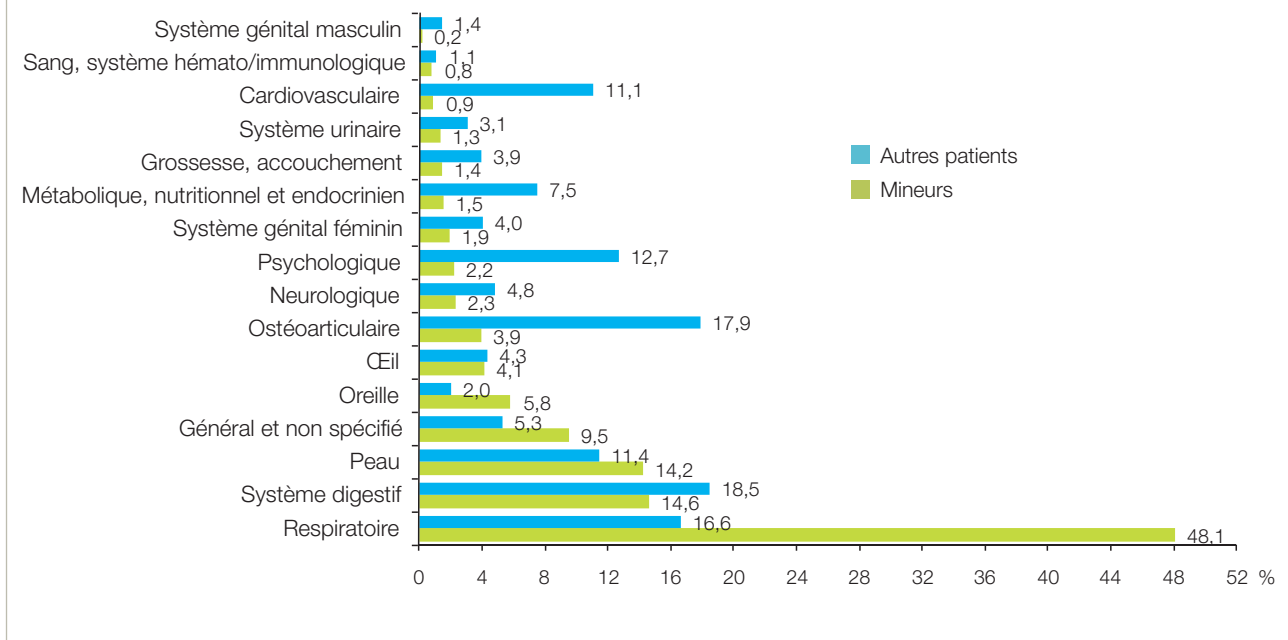


Tableau 67 : Problématiques de santé repérées chez les patients mineurs (% en colonne)

	Patients mineurs	Autres patients	p
Problématiques de santé les plus fréquemment repérées			
Infections respiratoires supérieures	35,5	10,3	***
Infections respiratoires inférieures	11,4	3,7	***
Diagnostics non classés ailleurs	7,6	3,5	***
Symptômes et plaintes du système digestif	7,4	9,0	*
Toux	6,8	2,4	***
Affections des dents et gencives	5,7	5,6	ns
Infections de l'oreille	5,7	1,3	***
Autres pathologies cutanées	4,9	4,0	ns
Infections gastro-intestinales	4,3	0,9	***
Autres diagnostics du système digestif	4,0	8,7	***
Besoins prévisibles de prise en charge			
Court terme	75,9	45,9	***
Long ou moyen terme	14,5	50,5	***

** : p < 0,001 ; * : p < 0,01 ; * : p < 0,05 ; ns : non significatif

L'équipe de Lyon témoigne de l'importance d'un travail en partenariat qui a conduit à la stabilité et à la prise en charge

psychologique d'une famille au décours d'un parcours fait d'expulsions à répétition.

« SORTIR DE LA SURVIE POUR VIVRE ENFIN »



M. est une jeune femme d'une trentaine d'années. Elle est mère de 6 enfants et vit actuellement dans une structure d'hébergement d'urgence. Elle est en situation irrégulière malgré de nombreuses tentatives de régularisation. Son mari a été expulsé à destination de l'ex-Yougoslavie. Nous connaissons la famille depuis 2001 et l'avons toujours vue dans des bidonvilles. Nous l'avons suivie au gré des 19 expulsions qu'elle a subies en une dizaine d'années, la conduisant à une forme d'errance dans l'agglomération lyonnaise. L'extrême précarité qui en a découlé a eu des conséquences sur la santé physique et psychique des membres de la famille. Ceci a aussi entraîné une scolarité très chaotique pour les enfants, malgré le désir de la maman que ses enfants aillent à l'école, et malgré l'aide du réseau Éducation sans frontières. À Noël 2010, l'équipe de MdM constatait avec une forme d'impuissance que l'état global de la famille s'était détérioré au fil des ans et était notablement moins bon qu'à son arrivée en 2001. La chance de M. fut d'être accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence. Ils ont connu quelques difficultés au début : il fallait s'habituer à des horaires, au respect d'un cadre global, vivre à sept dans une chambre.

Le temps passe, l'admirable travail de l'équipe du foyer et la coordination des différents acteurs (écoles primaire et maternelle, foyer, travailleur social du quartier, centre médico-psychologique, et les associations telles que MdM, RESF, ATD) permettent de faire aujourd'hui un bilan très positif.

Tous les enfants sont actuellement scolarisés de manière stable et régulière, ils sont heureux d'aller à l'école, alors que cinq d'entre eux la fuyaient auparavant.

La famille est parfaitement intégrée dans son lieu d'accueil et y occupe une vraie place au milieu des autres.

Un suivi psychologique régulier a été mis en place pour trois des enfants accompagnés de leur maman. Cela n'avait jamais été possible auparavant du fait de la mobilité imposée par les expulsions (6 mois pour obtenir un rendez-vous dans un centre médico-psychologique, qui doit être celui du lieu de résidence ; à l'heure du rendez-vous, la famille ne dépendait plus du centre en question puisqu'elle avait été expulsée... ; il n'a jamais été possible de transférer un rendez-vous d'un centre à l'autre du fait de leur engorgement).

Un suivi médical correct est rendu possible avec entre autres l'intervention du réseau social rue-hôpital.

La stabilité donnée par le foyer (et la certitude de ne pas pouvoir en être expulsés) se reflète dans la stabilité psychique de la famille : les enfants ont appris le respect des règles, les colères se font rares, la violence contre soi ou contre les autres a pratiquement disparu, le respect des horaires (pour aller à l'école par exemple) est grandissant, l'inquiétude est beaucoup moins présente dans les propos des enfants et de leur maman. La maman reprend des activités pour elle (cours de français), ce qu'elle n'avait jamais pu faire.

En somme, au décours d'un parcours fait d'expulsions à répétition, de grande précarité mêlée de peur et de violence, l'entrée en structure d'hébergement permet à cette famille de se reconstruire, de sortir de la survie pour vivre enfin, faire des projets, être actrice de son avenir. »

LES PERSONNES SANS DOMICILE

Même si les personnes sans domicile ne constituent pas un groupe « homogène », appelant des réponses identiques, elles cumulent toutefois toutes les précarités et subissent l'influence du mal-logement ou du non-logement sur leur santé. Les personnes déjà fragiles voient leur état de santé se dégrader en raison de la discontinuité et de l'inadaptation des conditions d'hébergement.

LES POINTS ESSENTIELS

- > **Près de 13 % des patients reçus pour la première fois en 2010 sont sans domicile.**
- > **La part des personnes sans domicile est maximale parmi les 18-45 ans et nettement plus élevée chez les hommes et les Français.**
- > **Près de 1 mineur sur 10 est sans logement. Les femmes enceintes ne sont pas non plus épargnées, 8 % d'entre elles étaient à la rue le jour de la consultation.**
- > **Les nationalités les plus représentées parmi les sans-domicile sont, hormis les Français, les Roumains, les Algériens et les ressortissants de l'ex-Yougoslavie.**
- > **1 étranger sur 2 sans domicile réside en France depuis moins de 3 mois.**
- > **Les patients sans domicile vivent plus fréquemment seuls, ils sont en outre plus de la moitié à ne disposer d'aucunes ressources.**
- > **Les trois quarts de ces patients relèvent d'un dispositif de couverture maladie, mais ils ne sont que 24 % à disposer de droits ouverts. Les obstacles à l'accès aux soins cités par ces patients sont nombreux, ils sont plus de 10 % à indiquer avoir été victimes de discriminations dans leur parcours de soins.**
- > **Les patients privés de domicile souffrent plus fréquemment de pathologies respiratoires (infectieuses), dermatologiques ou encore de traumatismes et sont plus souvent affectés de troubles psychiques.**

La question des conditions de logement des patients s'est enrichie en 2008 d'un nouvel item en précisant la situation des personnes qui sont hébergées par une structure ou une association pour une durée supérieure à 15 jours de celles qui sont sans domicile (à la rue ou en hébergement d'urgence pour quelques nuits).

Près de 13 % des patients reçus en 2010 étaient sans domicile ou hébergés seulement pour quelques nuits, proportion qui reste comparable à celle des années précédentes (tableau 68).

Mais si l'on cumule les personnes sans logement et les per-

sonnes hébergées par un organisme ou une association, on constate une tendance globale à l'aggravation des conditions de logement des personnes reçues dans les Caso. En effet, le cumul des patients hébergés par un organisme ou une association et sans domicile est passé de 24,4 % en 2008 à 27,9 % en 2009 et 28,3 % en 2010.

Certains Caso comptent une proportion élevée de patients à la rue, en particulier Angers et Ajaccio (46 à 49 %), ainsi qu'Aix-en-Provence, Rouen, Toulouse et Valenciennes (20 à 28 %).

Tableau 68 : Évolution du nombre et de la proportion de personnes sans domicile fixe parmi les patients de MdM de 2000 à 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
%	16,1	17,6	18,5	19,9	18,0	17,8	19,0	23,3	11,9 (24,4)*	13,6 (27,9)*	12,6 (28,3)*
Effectif	3 725	3 867	3 454	3 553	3 451	3 630	3 761	4 133	2 201 (4 508)*	2 654 (5 436)*	2 494 (5 632)*

* Cumul de la proportion et de l'effectif de patients sans domicile fixe et hébergés par un organisme ou une association

La proportion de personnes sans domicile varie de façon très sensible selon différents paramètres. Ainsi, deux facteurs sont étroitement liés au fait de ne pas avoir de domicile : le sexe et la nationalité, avec une part de sans-domicile multipliée par plus de 2 parmi les hommes et les Français.

Même si la part des sans-domicile est plus faible chez les plus jeunes et les patients plus âgés, on observe qu'aucune tranche d'âge n'est véritablement épargnée (tableau 69). Comme vu précédemment dans le rapport, le public des sans-abri a évolué avec l'augmentation du nombre de familles avec des enfants en bas âge²³³.

En 2010, la situation des familles ayant des enfants mineurs, rencontrées dans les Caso, est préoccupante, avec seulement 21 % d'entre elles disposant d'un logement stable. Les autres sont dans un logement précaire (37 %) ou hébergées par un organisme ou une association (33 %), **9 % sont sans logement**.

Les femmes enceintes ne sont pas non plus épargnées, 8 % d'entre elles étaient à la rue le jour de la consultation.

Au-delà de la surreprésentation des Français parmi les sans-domicile, l'analyse par nationalité révèle également une proportion plus élevée de ressortissants de l'Union européenne dans ce groupe de patients (23 % vs 20 % des autres patients). Ainsi, les Roumains sont la seconde nationalité la plus fréquemment rencontrée parmi les personnes à la rue, suivis des Algériens, des ressortissants de l'ex-Yougoslavie et des Soudanais (tableau 70).

Notons l'émergence de certaines nationalités parmi les sans-domicile et n'apparaissant pas de façon aussi importante dans l'analyse globale. Ainsi le Soudan, l'Érythrée, la Somalie et la Pologne regroupent près de 12 % des personnes sans domicile mais ne représentent que 2,7 % des patients.

Les difficultés de logement pour beaucoup d'étrangers s'inscrivent dans la durée. Ainsi, si la moitié des étrangers sans domicile résident en France depuis moins de 3 mois (vs 35 % des autres étrangers), on compte par ailleurs 15 % d'étrangers sans logement et résidant en France depuis au moins 3 ans.

Tableau 69 : Caractéristiques des personnes sans domicile rencontrées dans les Caso

	Patients sans domicile fixe			
	%	n	OR ⁽¹⁾	p
Ensemble des patients	12,5	2 494		
Sexe				
Femmes	7,1	587	réf	
Hommes	16,4	1 902	2,5	***
Âge				
Moins de 18 ans	9,0	178	réf	
18-29 ans	14,1	881	1,6	***
30-45 ans	13,2	942	1,4	***
46-60 ans	11,8	350	1,3	*
61 ans et plus	7,5	88	0,8	ns
Nationalité				
Étrangers	11,3	2 057	réf	
Français	25,7	412	2,5	***

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau

*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns : non significatif

réf : population de référence

Lecture du tableau : la probabilité d'être sans domicile fixe est multipliée par 2,5 (OR significatif p < 0,001) chez les Français par rapport aux étrangers, toutes choses égales par ailleurs.

(233) En 2010, selon l'Observatoire du Samu social de Paris, la capitale comptait 3 700 familles sans domicile, soit 11 200 personnes, contre 3 000 en 2009. Pour la première fois depuis la création du Samu social en 1993, le nombre de personnes en famille ayant recours au 115 à Paris (11 200) a dépassé celui des personnes isolées (10 300). Au sein de ces familles, plus de la moitié des mineurs ont moins de 5 ans, et près d'un quart d'entre eux ont moins d'un an : <http://observatoire.samusocial-75.fr>

Tableau 70 : Répartition des patients sans domicile fixe par nationalité

Nationalités	%	Nationalités	%
France	16,7	Maroc	3,5
Roumanie	13,0	Cameroun	2,7
Algérie	7,5	Pologne	2,6
Ex-Yougoslavie	4,6	Tunisie	2,5
Soudan	4,0	Guinée	2,2
Russie-Tchéchénie	3,9	Somalie	1,9
Érythrée	3,5	Autres	31,4

■ Isolement familial et grande précarité sociale

Les difficultés de logement et l'isolement familial vont souvent de pair.

Ainsi, les patients sans domicile vivent majoritairement seuls (84 % vs 72 % des autres patients), ils sont par ailleurs 35 % à indiquer avoir un ou plusieurs enfants mineurs, lesquels, pour une minorité d'entre eux, vivent avec leurs parents.

Ainsi, au total, les accueillants des Caso en 2010 ont été confrontés à plus de 300 situations de familles avec des enfants vivant à la rue.

Du point de vue des ressources, enfin, la situation des personnes sans logement apparaît encore plus dégradée que celle des autres patients dans la mesure où près de 54 % d'entre elles ne disposent strictement d'aucunes ressources (vs 31 %).

Sur le plan administratif, enfin, 48 % des patients sans logement sont des étrangers sans titre de séjour et 29 % sont concernés par une demande d'asile, en nette augmentation par rapport à l'année dernière (respectivement 38 % et 23 %). Rappelons que tous les étrangers dont la demande d'asile est en cours d'examen doivent théoriquement être hébergés dans les dispositifs d'accueil pour demandeurs d'asile...

Il y a quelques années, les familles trouvaient encore un toit, ce qui est de moins en moins le cas. En revanche, les demandeurs d'asile seuls, les couples sans enfants mineurs et même les femmes enceintes continuent de dormir à la rue. Comme on l'a vu avec les pratiques de certaines préfectures ou des témoignages des équipes de Médecins du Monde sur l'hébergement d'urgence, la situation administrative « influence » la mise à l'abri : « *Pas de place s'ils sont en situation irrégulière.* »

À titre d'exemple, l'équipe de Nice relate le nouveau fonctionnement de l'accueil de nuit de la ville, géré par le centre communal d'action sociale, à la fois discriminatoire et à haut seuil d'exigence pour des personnes en situation de grande précarité.

Le nouveau règlement de la structure (en vigueur depuis 2010) distingue la période de 14 jours (période de « mise à l'abri »), de la période qui lui succède, « l'hébergement », d'une durée de 60 jours (durée pouvant être prolongée). La gratuité est possible durant 30 jours, au-delà la nuitée coûte 1,50 euro.

Pour bénéficier de « l'hébergement », les conditions diffèrent en fonction de la période de l'année et du statut administratif des personnes.

Le principe de base est que seules les personnes de nationalité française, les personnes en situation régulière ou les personnes demandant l'asile qui ont une convocation en préfecture peuvent en bénéficier.

Exceptionnellement, après la période de mise à l'abri, et uniquement durant la période hivernale, les personnes sans titre de séjour doivent se présenter chaque jour (ou appeler le 115) et attendre de savoir s'il reste des places disponibles qui leur seront alors attribuées pour une nuit, et elles devront de nouveau attendre le lendemain.

Par ailleurs, pour bénéficier de « l'hébergement », les personnes accueillies doivent s'engager dans un « protocole d'accompagnement et de suivi »...

■ De nombreux obstacles à l'accès aux droits et aux soins

Les trois quarts des patients sans logement relèvent d'un dispositif de couverture maladie : 36 % de l'assurance maladie, 36 % de l'AME et 3 % d'une assurance dans un autre pays européen. Les autres, soit environ 25 %, ne relèvent d'aucun dispositif en raison pour la quasi-totalité d'entre eux du critère de résidence en France pour l'ouverture des droits.

Dans les faits, les patients sans domicile ne sont que 24 % à disposer de droits effectivement ouverts lorsqu'ils sont reçus la première fois dans les Caso.

Les personnes sans domicile ou hébergées de façon précaire qui ne peuvent fournir une adresse postale doivent disposer d'une domiciliation administrative pour l'ouverture de leurs droits.

71 % des patients sans domicile reçus dans les Caso sont dans cette situation, et parmi eux environ la moitié (49 %) ne disposent pas de cette domiciliation.

Les autres obstacles à l'accès aux droits cités par les personnes sans domicile recouvrent globalement ce que rapportent les autres patients de MdM. Les freins liés à l'impossibilité d'obtenir des droits pour les personnes en France depuis moins de 3 mois ou ne pouvant fournir la preuve de leur présence sont les plus fréquemment cités (37 %), devant les difficultés administratives (34 %) ou encore la barrière linguistique (23 %). Ils sont de plus 10 % à indiquer avoir été victimes de discriminations dans leurs parcours de soins, ce qui explique leur hésitation à se tourner vers le corps médical lorsqu'ils sont souffrants.

■ Des problèmes de santé générés et/ou aggravés par les conditions de vie

Les personnes sans domicile reçues dans les Caso ont bénéficié en 2010 de 5 230 consultations médicales pour 2 673 patients²³⁴, soit 2 consultations par personne (vs 1,8 pour les autres patients).

L'analyse des résultats de consultation concernant des personnes sans domicile met en exergue des fréquences plus élevées de troubles respiratoires, psychologiques ou encore

dermatologiques, par rapport aux autres patients (figure 14). L'analyse plus détaillée proposée dans le tableau 71 permet en effet de constater des prévalences plus importantes des infections respiratoires en particulier supérieures, ainsi que des affections dermatologiques, notamment à type de parasitoses, ou encore des problèmes de traumatismes ou d'anxiété, autant de particularités qui peuvent être mises en lien avec les conditions de vie que connaissent ces personnes.

Notons enfin que, si les durées de prises en charge des patients sans domicile sont le plus souvent de courte durée, plus de 42 % d'entre eux nécessitent néanmoins un suivi d'au moins 6 mois, suivi difficile à envisager compte tenu de leurs conditions de vie.

Les personnes sont confrontées à des problèmes de survie quotidienne, la santé n'est pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver. Souvent, les personnes sont amenées à consulter lorsque la douleur est intense ou que le problème de santé devient handicapant. Devant la complexité des situations, les médecins ont peut-être tendance à traiter la première demande, ils ne peuvent pas nécessairement explorer l'état de santé global de cette population.

L'équipe de rue de Marseille témoigne ainsi de la dégradation de l'état de santé d'un homme à la rue depuis 20 ans, qui cumule plusieurs affections graves, qu'il vient de découvrir, et pour lequel une sortie de la rue doit être organisée.

« 20 ANS DE RUE
ET TRIPLE PONTAGE
ARTÉRIEL, OPÉRATION
POUR UNE TUMEUR
À L'ESTOMAC,
AMPUTATION
DES ORTEILS »



JC, 62 ans, vit à la rue depuis 20 ans. Il est suivi par l'équipe depuis 2 ans, mais refuse le plus souvent le contact.

Quelques mois avant la fin de l'année 2010, sont « apparus » ses ennuis de santé, de toute cette vie accumulée à manger dans les poubelles et à dormir sur un matelas repoussant, dans une hygiène déplorable... Son « chez-lui », c'est un matelas et une couverture, au bord des rails de chemin de fer, pour qu'on le remarque le moins possible.

Début janvier 2011, il subit une première opération : un triple pontage artériel...

Fin janvier 2011, c'est la nécrose qui s'est formée aux deux pieds, qui sera traitée par une amputation des orteils.

Vers la mi-février, il part dans les Lits halte soins santé pour une période d'un mois de convalescence.

Puis, un mois après, le mercredi 16 mars, il retourne à l'hôpital pour une opération de l'estomac où, lors des investigations médicales précédentes, les médecins avaient localisé une tumeur.

À ce jour, l'équipe de MdM est en train de mettre en place des actions qui permettront de « pérenniser » la situation hors de la rue de JC, avec l'aide d'assistantes sociales et d'autres partenaires."

(234) Il s'agit des patients sans domicile reçus en consultation médicale pour la première fois en 2010 ainsi que de ceux déjà connus auparavant revenus en cours d'année, ce qui explique la différence d'effectifs avec le nombre de sans-domicile vus la première fois en 2010 (2 494).

L'enquête de l'Insee²³⁵, datant maintenant de 2001, rappelle que, s'il n'y a pas de pathologies spécifiques des sans-domicile, « les conditions de vie difficiles, le stress, une mauvaise alimentation fragilisent et augmentent le risque d'être malade. Ainsi, quelle que soit la maladie physique considérée, sa prévalence est toujours plus importante chez les sans-domicile que dans l'ensemble de la population ». Cette étude révèle notamment que la fréquence des maladies respiratoires et dermatologiques est beaucoup plus élevée qu'en population générale. Plus récemment, une enquête sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France²³⁶ permet d'estimer qu'un tiers de cette

population souffre de troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux), cela de façon beaucoup plus forte qu'en population générale, ce qui reflète le risque élevé de rupture sociale. De même, la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives concernent près de 3 personnes sur 10. Concernant la santé mentale, l'étude sur « la santé des personnes sans chez-soi »²³⁷ met l'accent sur le fait que la sur-morbidité psychiatrique des personnes sans domicile est constamment retrouvée dans toutes les études européennes et nord-américaines. Les prévalences notamment de la dépression et des troubles psychotiques sont respectivement de 11,4 % et 12,7 %.

Figure 14 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients sans domicile fixe et des autres patients

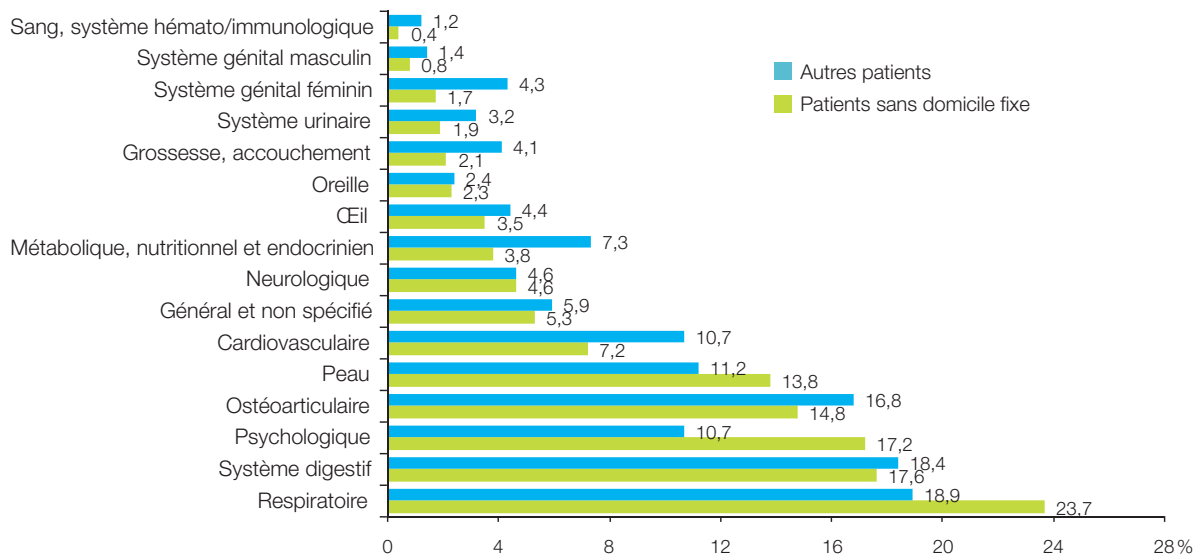


Tableau 71 : Problématiques de santé repérées chez les patients sans domicile (% en colonne)

	Patients sans domicile fixe	Autres patients	p
Problématiques de santé les plus fréquemment repérées			
Infections respiratoires supérieures	17,2	12,3	***
Symptômes et plaintes du système digestif	9,4	8,9	ns
Angoisse/Stress/Troubles somatiques	8,7	7,2	*
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	7,4	6,2	*
Traumatismes	7,2	3,9	***
Affections des dents et des gencives	6,6	5,5	*
Autres diagnostics du système digestif	6,5	8,4	**
Infections respiratoires inférieures	5,8	4,1	***
Parasitoses/Candidoses	5,6	3,4	***
Autres pathologies cutanées	4,3	4,0	ns
Besoins prévisibles de prise en charge			
Court terme	55,7 ⁽¹⁾	47,6	***
Long ou moyen terme	42,4	46,5	**

(1) Une erreur s'est glissée dans le rapport 2009 concernant les durées de prise en charge des patients sans domicile : les données correctes sont 56,6 % pour les prises en charge à court terme et 39,9 % pour le moyen ou long terme.

(235) Rochère B. « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », Insee Première, n° 893, avril 2003.
 (236) Laporte A., Chauvin P. « Rapport SAMENTA. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France », Observatoire du Samu social et Inserm, Paris, janvier 2010.
 (237) Girard V., Estécahandy P., Chauvin P. « La santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen », novembre 2009.

À partir de sa mobilisation sur le terrain, Médecins du Monde témoigne des conséquences néfastes sur la santé du non ou mal-logement. Les personnes déjà fragiles voient leur état de santé se dégrader en raison de la discontinuité et de l'inadaptation des conditions d'hébergement.

Les équipes font face à une succession de situations de personnes malades et à la rue, pour lesquelles des solutions de mise à l'abri ont été demandées, mais sans succès, malgré l'existence de quelques dispositifs de prise en charge,

remarquables à la fois par leur utilité et par leur insuffisance en nombre.

Le droit à la santé passe par le logement. L'absence d'hébergement et/ou de logement décent entraîne épuisement, stress, mauvaise alimentation, difficultés face à l'hygiène, difficultés d'observance de traitements... Il s'agit d'un obstacle majeur à l'accès aux soins et au suivi de santé, et ce, qu'il s'agisse de pathologies lourdes, d'affections plus « communes », de problèmes d'addictions, de handicap ou de santé mentale.

→ LA MISSION AUPRÈS DES SANS-ABRI DE STRASBOURG²³⁸

Depuis janvier 2003, l'équipe médicale de la mission auprès des sans-abri de Strasbourg intervient toute l'année sous forme de maraudes nocturnes dans la ville et sa périphérie. Elle a pour objectif de faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes vivant dans la rue. Il s'agit de s'assurer de l'état physique et psychologique des personnes, d'apporter les premiers soins, une écoute, de les orienter vers les dispositifs de droit commun ou structures associatives, et de favoriser l'accès à un hébergement.

Tout comme les autres programmes de rue partout en France, l'équipe rencontre une population plus diverse et instable avec des problématiques différentes. La mise en place du plan hivernal, la relative inconditionnalité de l'hébergement pendant cette période, la sortie de ce plan au 31 mars avec la remise à la rue de nombreuses personnes, dont des familles avec enfants, le déficit de places en Cada et en conséquence

l'hébergement d'urgence comme seule réponse aux demandeurs d'asile sont autant d'éléments complexes qui questionnent les objectifs de la mission.

La particularité de l'équipe de Strasbourg est d'aller à la rencontre des personnes pour les accompagner vers des structures d'hébergement d'urgence, à partir de signalements du 115, en alternance avec d'autres associations. Une ambulance sillonne les rues en fonction de ces signalements et/ou stationne sur des emplacements déjà connus.

En 2010, l'équipe de MdM a effectué 96 maraudes et établi 1 870 contacts.

L'équipe relève particulièrement cette année une augmentation du nombre de personnes à la rue atteintes de troubles psychiatriques, refusant toute orientation vers l'hébergement ou les soins.

« IL REFUSE CATÉGORIQUEMENT L'HÉBERGEMENT : SA MÈRE EST HOSPITALISÉE ET IL ATTEND, SOUS L'ARRÊT DE BUS, SA SORTIE »

“ Il s'agit d'un « couple » mère et fils de 77 et 50 ans. Ils sont slovènes mais ont aussi la nationalité australienne, pays où ils ont vécu plusieurs années. Nous rencontrons le fils à la fin de l'été, suite à un signalement. Il est seul assis sous un arrêt de bus, une énorme valise à ses côtés. Il accepte volontiers soupe, café et biscuits mais refuse catégoriquement l'hébergement : sa mère est hospitalisée en dermatologie et il attend là sa sortie. Nous les rencontrons à plusieurs reprises lors des maraudes et toujours ils refusent un hébergement, l'hôtel en l'occurrence, parce qu'ils ne veulent croiser personne et surtout ne pas partager douches et toilettes. Ils viendront une fois en consultation au Caso, le fils n'ayant plus de traitement, mais ils diront plus tard qu'ils ont été mal reçus, le médecin ayant posé trop de questions.

Novembre à Strasbourg, l'hiver est déjà là : neige et températures glaciales. Ils sont toujours à la rue. Ils se sont installés sur un banc près de l'opéra, jours et nuits enfouis sous des couvertures et bâches plastiques, refusant toutes perspectives d'hébergement. Ils sont signalés régulièrement par des passants au 115. Leur refus systématique et leur obstination les mettent en danger. Une psychiatre de l'équipe mobile de psychiatrie les rencontre dans la rue et estime nécessaire une HDT [hospitalisation à la demande d'un tiers], au vu de la pathologie du fils. Cette procédure d'HDT sera mise en place en journée, mais difficile parce que tous deux refusent de suivre le Samu dans un premier temps. Ils seront hospitalisés l'un et l'autre jusqu'à la fin de l'hiver...”

(238) Le rapport complet de la mission est disponible sur demande à la Direction des missions France : dmf@medecinsdumonde.net

En 2010, 281 transferts vers des hébergements ont été effectués, les trois quarts des cas pendant la période hivernale, pour environ 15 % des personnes rencontrées. Cette faible proportion s'explique par l'insuffisance du dispositif pouvant accueillir des couples et les personnes avec des chiens, le refus des personnes d'aller vers les hébergements et la forte diminution des places d'hébergement pendant la période estivale.

→ ACTIONS DE MÉDECINS DU MONDE À LA HALTE DE NUIT DE TOULOUSE²³⁹

L'équipe de Toulouse mène une mission de rue auprès des SDF depuis 1992. L'équipe « hébergement » existe depuis l'hiver 1996. Elle effectue aujourd'hui des permanences dans deux centres d'hébergement d'urgence ouverts à l'année et dans un centre d'accueil hivernal, la Halte de nuit. Elle assure par ailleurs le suivi de familles hébergées à l'hôtel.

La circulaire DGAS du 11 octobre 2005 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion soulignait l'impératif du renforcement des structures d'accueil dans le cadre du plan hiver 2005/2006 : « Dans chaque département et chaque grande ville, un ou plusieurs lieux d'accueil permanent(s) ou temporaire(s) seront ouverts, y compris la nuit, afin que des personnes qui ne souhaitent pas l'hébergement puissent toutefois trouver un abri momentané ».

Depuis l'hiver 2006, la Halte de nuit portée par le Collectif inter-associations de Toulouse, dont MdM est membre, s'inscrit dans une démarche d'urgence : offrir une structure consacrée à l'accueil des personnes qui vivent en situation de grande précarité et qui restent exclues ou en marge des systèmes de prise en charge. Le principe pragmatique qui a conduit à son ouverture était que les personnes en situation extrême de précarité et qui ne sont pas prêtes à accepter un cadre, même minime, accepteraient de venir dans un lieu ouvert toute la nuit, seules, en couple, en groupe, avec leurs chiens, dans lequel elles pourraient se reposer une heure ou plus, boire une boisson chaude, se laver, discuter...

La Halte de nuit est avant tout un lieu de pause car ce n'est pas une structure d'hébergement. Elle ne compte pas de lits.

C'est un « sas », une étape où la notion de temps est reconnue d'emblée comme étant essentielle. Cela pour que, autant que possible, naisse l'émergence d'une demande. La personne pourra alors se saisir de ses droits sociaux, à la santé, à l'hébergement... C'est un espace où peut être préservée l'idée d'un recours, où peut être développée la tolérance pour les allées et venues, tout en restant attentifs à proposer, dès que possible, l'admission dans un autre centre d'accueil, à plus haut seuil d'exigence. La Halte de nuit accueille en moyenne 25 personnes chaque soir. Il s'agit essentiellement d'une population masculine (83 %).

Au cours des mois d'hiver, Médecins du Monde a assuré 150 permanences, établi 3 750 contacts pour 165 personnes différentes, dont 122 nouvelles personnes rencontrées.

« PARCOURS DE QUELQUES PERSONNES VENUES À LA HALTE DE NUIT »

R. est un homme de 40 ans. Il a un parcours de rue très long, plus de 10 ans avec une grosse problématique d'alcool. Pendant très longtemps, il a dormi dans la rue ou dans des squats et, en hiver, il se réfugiait dans les wagons de la SNCF. La Halte de nuit s'est ouverte et il est venu dès la première année. C'était un lieu adapté à sa situation du fait de sa dépendance à l'alcool, de la souplesse de l'accueil, des possibilités d'allées et venues, de son long parcours de rue, du cadre proposé...

Toutefois, par moment, il n'était pas accepté du fait de son comportement, parfois violent. Cependant, il était tous les jours devant la porte. Une année, ses problèmes médicaux se sont accélérés et une orientation à la Halte santé a permis de faire un bilan complet et de traiter autant que possible son alcoolisme et ses effets somatiques. Aujourd'hui, R. ne boit plus et il est en appartement.

On peut parler d'« étapes » dans son parcours : une longue période de rue (plus de 10 ans), la Halte de nuit (3 années), la Halte santé (4 mois) et l'appartement (depuis deux ans jusqu'à aujourd'hui).

S. est une femme de 45 ans avec un parcours de rue de plus de 25 ans. Elle bénéficie de la Halte de nuit depuis son ouverture à Toulouse. Elle est toxicomane active avec des troubles psychiatriques non soignés. Elle a été hébergée sur des places de stabilisation pendant quelques mois mais le cadre proposé était trop exigeant pour elle, en termes de consommation de produits, de fonctionnement, d'engagements à tenir, de se retrouver seule dans un appartement... S. vit tout au long de l'année sous un pont, en squat. Elle vient tous les ans à la Halte de nuit pendant la période hivernale. Pour elle, c'est un lieu d'écoute, de mise à l'abri face aux températures et aux agressions, d'expression de sa souffrance et de ses troubles, d'appel quand elle n'est pas bien, de socialisation, de repos...

À l'heure actuelle, S. n'est pas en capacité de faire des demandes d'hébergement classique ou d'appartement. La Halte est la seule structure qui l'accueille la nuit et qui prend en compte sa temporalité.

(239) Le rapport complet de la mission est disponible sur demande à la Direction des missions France : dmf@medecinsdumonde.net

P. est un homme de 60 ans. Il est arrivé à la rue il y a 4 ans. Cette année, c'est sa première Halte de nuit. Les autres hivers, il les a passés dehors. Et pour lui, c'était la dernière fois qu'il le faisait mais il ne savait pas comment faire pour se mettre à l'abri. La Halte de nuit lui a été proposée. Au début, il n'était pas emballé. Car, pour lui, il ne se considère pas grand précaire, il n'a pas de problème d'alcool et puis il n'aime pas la collectivité. Ses problématiques sont l'isolement et un état dépressif assez important. Il est finalement venu dès le début et il est resté tout l'hiver. Le collectif aurait pu être un prétexte pour ne plus venir, car les conditions et l'ambiance de la Halte de nuit sont parfois difficiles. Mais il est resté et nous a dit : « La Halte de nuit m'a sauvé cette année. » Il s'est détendu au fur et à mesure des mois, était dans l'échange avec les autres, participait au jeu... et il a même évoqué l'idée d'aller en foyer traditionnel. Ce qui était important pour lui, c'est qu'on ne lui demande pas de raconter sa vie, de ne pas avoir à faire de projet, là, maintenant, de tenir compte de sa liberté de fonctionner comme cela.

À la fin de l'hiver, P. n'a pas fait de demande de foyer, car il n'était pas encore prêt pour cela.

J. est un homme d'une trentaine d'années, avec déjà un long parcours de vie à la rue. Il est venu la première année d'ouverture de la Halte, presque tous les soirs. Son état de santé bucco-dentaire était fortement dégradé. Un jour, il nous dit « je ne peux pas manger ce que je veux et ça me gêne pour trouver du travail ». Il a accepté d'aller à Médecins du Monde et d'être orienté vers la Pass dentaire. Il s'est rendu aux différents rendez-vous et a été appareillé. Pendant deux ans, il n'est plus venu à la Halte, il vivait en couple, il a eu deux enfants, avait un appartement. Puis de nouveau l'alcool, la violence, la perte de son travail, la rupture avec sa compagne, l'impossibilité de voir ses enfants, la perte de son appartement et le retour à la rue. Il est revenu à la Halte. Nous avons pu l'encourager, l'accompagner et le suivre pendant sa cure de désintoxication, il a tenu le coup. Il a pu reprendre contact avec ses enfants. Cette année, nous l'avons revu quelques jours à la Halte, en attendant de pouvoir entrer dans un hébergement d'urgence, dans lequel il s'est bien intégré."

La fermeture annuelle entraîne pour la majorité des personnes accueillies une remise à la rue brutale, ainsi que la fin d'un cadre et lieu repérant et sécurisant, avec prémisses d'accompagnement social et de soins parfois brisés. La plupart de ces personnes ne seront revues qu'au cours de maraudes, sans formulation de demande, ou à la prochaine réouverture de la structure dans 7 mois.

Les associations du collectif souhaitent développer un projet d'ouverture de deux accueils à l'année 24 heures sur 24, offrant ainsi une plus grande capacité d'accueil, et un lieu d'hébergement adapté, pour permettre à des « accueillis » des Haltes qui le souhaitent d'aller vers l'hébergement.

Médecins du Monde privilégie l'idée d' « **un toit d'abord mais adapté** » : lieu de vie ou habitat adapté, qui peut être, selon la demande de la personne, un espace communautaire, un lieu alternatif (dont les squats), un dispositif d'hébergement d'urgence, de réinsertion, de transition, un appartement de coordination thérapeutique ou un établissement d'hébergement spécialisé.

Cet habitat adapté signifie aussi un « **temps adapté** » : afin de prendre la personne là où elle se trouve dans son parcours de vie, un « toit adapté » ne peut se concevoir sans un accompagnement médico-psycho-social pluridisciplinaire de proximité et dans la durée qui prenne en considération la temporalité de la personne dans sa trajectoire de soins.

La mise à l'abri doit demeurer inconditionnelle. Toute personne dont l'état de santé est incompatible avec son cadre

de vie doit être protégée sans délai, quel que soit son statut administratif. Il faut revenir à un volume suffisant de places d'hébergement et en finir avec la saisonnalité de l'offre d'hébergement.

La diversité des parcours et des demandes nécessite de laisser une place à l'innovation. Si les approches « dirigées vers le logement » peuvent être une solution dans certaines conditions et pour certains publics, d'autres solutions doivent être renforcées ou inventées, adaptées aux personnes qui rencontrent des problématiques de santé, en fonction de leur demande, de leur degré d'indépendance et de leurs besoins médicaux. Il s'agit de créer des petites structures médico-sociales, dont l'accueil est réellement inconditionnel, à haut degré de tolérance, sans limitation de durée²⁴⁰.

(240) Extrait d'une note d'opportunité rédigée par Médecins du Monde à l'occasion d'une concertation organisée par la Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (DIHAL), au cours du 1^{er} semestre 2011.

LES DEMANDEURS D'ASILE

Les conflits, les persécutions politiques et la torture font fuir chaque année des millions de personnes de leur pays d'origine. Leurs parcours de vie, leur trajet migratoire les ont terriblement marqués : nous recevons des personnes isolées ou en famille, parfois accompagnées de très jeunes enfants, fragilisées sur le plan physique et psychologique. Les conditions de leur accueil en France ne sont en aucun cas réparatrices, bien au contraire : la demande d'asile s'assimile à un vrai parcours du combattant, de même que l'obtention des quelques droits sociaux auxquels ils peuvent prétendre.

LES POINTS ESSENTIELS

- Parmi les patients rencontrés pour la première fois dans les Caso, 38 % des étrangers hors Union européenne sont concernés en 2010 par une demande d'asile, qu'ils aient ou non déposé leur demande. La part de personnes concernées par une demande d'asile a augmenté de 45 % en 3 ans.

DEMANDEURS D'ASILE EN COURS DE PROCÉDURE

- Les demandeurs d'asile en cours de procédure (demande en cours ou recours) représentent 6,4 % de l'ensemble des patients reçus dans les Caso.
- Les demandeurs d'asile sont en moyenne plus jeunes que les autres étrangers, ils résident majoritairement en France depuis moins de 3 mois.
- Ils sont pour la plupart originaires d'Europe hors UE (Russie, Tchétchénie, ex-Yougoslavie) ou d'Afrique subsaharienne (Guinée, Congo-Brazzaville).
- 47 % des demandeurs d'asile qui devraient être hébergés dans un Cda vivent soit dans un logement précaire, soit à la rue.
- Bien qu'ils relèvent tous de la CMU (excepté les personnes placées en procédure prioritaire), seuls 17 % des demandeurs d'asile disposent de droits ouverts.
- Les demandeurs d'asile sont particulièrement affectés par la souffrance et les troubles psychiques, qui se placent au 1^{er} rang des résultats de consultation, en lien probablement avec les situations qui les ont amenés à fuir leur pays et leur parcours migratoire ainsi qu'avec les conditions d'accueil qu'ils connaissent en France.

➔ LE CONTEXTE DU DROIT D'ASILE EN FRANCE

La Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, dite Convention de Genève, définit les modalités selon lesquelles un État doit accorder le statut de réfugié aux personnes qui en font la demande, ainsi que les droits et les devoirs de ces personnes. Elle prévoit que ce statut s'applique « à toute personne (...) qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays (...) ».

En France, le statut de réfugié prévoit l'octroi d'une carte de séjour de 10 ans. Pour les personnes ne relevant pas *stricto sensu* de la Convention de Genève, une protection subsidiaire est prévue par la loi, pour une période de 1 an renouvelable. La demande d'asile est traitée par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra). En cas de rejet, le demandeur peut saisir la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour demander l'annulation de la décision de l'Ofpra. Si la CNDA rejette sa demande, il est débouté du droit d'asile. Il est possible de demander un réexamen de sa demande d'asile en faisant état de faits nouveaux venant l'étayer, survenus postérieurement à la décision de la CNDA.

■ **Une augmentation des demandes d'asile qui se poursuit mais avec une baisse continue du taux d'admission**

En 2010, selon le rapport annuel de l'Ofpra²⁴¹, la France a enregistré 52 762 demandes de protection internationale, incluant les réexamens (4 688 demandes) et les mineurs accompagnants (11 143), soit une hausse de 10,6 % par rapport à 2009, après une hausse de 12 % en 2009. L'augmentation sur 3 ans est de 49 %.

Les premières demandes d'asile (36 391 personnes en 2010) sont en augmentation de 11 % en 2010, après une augmentation de 23 % en 2009.

Les demandeurs d'asile résident principalement dans les régions Île-de-France (44 %), Rhône-Alpes (10 %) qui connaît une forte augmentation, DOM-COM (7 %), PACA, Pays-de-Loire (5 %) et Alsace (4 %). La moitié des nouveaux demandeurs sont célibataires (49 %). Plus d'un tiers sont des femmes (35 %). Ils sont relativement jeunes : l'âge moyen est de 32 ans.

Ils proviennent essentiellement du Kosovo, du Bangladesh, de RDC, de Russie, de Tchétchénie, du Sri Lanka, de Chine, de Guinée Conakry, d'Haïti, d'Arménie et de Turquie.

Le nombre de mineurs isolés demandeurs d'asile est encore en nette augmentation : + 9 % en 2009, + 36,5 % en 2010. Ils sont surtout originaires d'Afrique (64,4 %, essentiellement en provenance de RDC, Guinée, Angola, Tchad) et d'Asie (20,7 %, surtout d'Afghanistan).

Au total, 23 308 personnes ont été déboutées en 2010 (ils étaient 15 257 en 2009) et 18 800 demandes n'ont pas été examinées.

Le taux global d'admission (sur les dossiers examinés, incluant les décisions de la Cour nationale du droit d'asile) s'élève à 27,5 % en 2010, en nette baisse par rapport à 2009 et à 2008, où il était de 29,4 % et de 36 %.

Cette baisse du taux d'admission concerne également les mineurs isolés, qui n'ont été que 38,5 % en 2010 à être placés sous protection ; ils étaient 42,7 % en 2009.

Le taux d'accord en première instance (décisions Ofpra) est de 13,5 %. Ainsi, plus de la moitié de la protection effective des réfugiés relèvent des recours auprès de la CNDA. Le temps d'attente de la décision finale est de fait particulièrement long...

Au total, 10 340 nouvelles personnes ont été placées sous la protection de l'Ofpra en 2010.

La convention de Dublin II, ratifiée par l'Union européenne et entrée en vigueur en septembre 2003, prévoit qu'un demandeur d'asile arrivé dans l'Union européenne²⁴² doit déposer sa demande dans le pays par lequel il est entré : il ne peut donc pas choisir son pays d'accueil. Cette convention prévoit en effet qu'un seul État est responsable de la demande d'asile : celui qui a délivré un visa ou par lequel le demandeur est entré dans « l'espace Dublin » (27 pays de l'UE plus Islande et Norvège).

À cette fin, un fichier d'empreintes a été créé afin de savoir si une personne a été enregistrée ou contrôlée dans un autre État membre.

Dans ce cas, la personne n'est pas admise au séjour et reste susceptible d'être reconduite dans le pays par lequel elle est entrée dans l'UE, sous réserve d'acceptation de celui-ci dans un délai de 3 mois. En l'absence de reconduite dans un délai de 6 mois, l'Ofpra peut, à tout moment, se déclarer compétent pour traiter la demande. Au cours de la période pendant laquelle la personne ne peut pas déposer de demande d'asile, ses droits sociaux sont restreints : pas d'autorisation provisoire de séjour (APS), pas d'admission en centre d'accueil des demandeurs d'asile (Cada), pas d'allocation temporaire d'attente (ATA), grande disparité selon les caisses primaires d'assurance maladie quant à l'octroi d'une couverture maladie. Alors que les personnes en cours de procédure Dublin II devraient pouvoir bénéficier de l'assurance maladie et de la CMUc selon leurs ressources²⁴³, elles sont renvoyées vers l'aide médicale d'État.

En 2010, 5 396 personnes ont été placées sous procédure Dublin II.

L'assistante sociale de Bordeaux témoigne ainsi des difficultés pour trouver un hébergement à une famille placée sous procédure Dublin II.

« LA PRÉFECTURE
AVAIT REFUSÉ LE
FINANCEMENT
D'UNE CHAMBRE
D'HÔTEL »



Une famille arménienne, un couple et leurs trois enfants (8 ans, 4 ans et 2 ans), s'est présentée à Mdm. Ils souhaitent faire soigner un des enfants, manifestement grippé.

Il m'a fallu faire appel à l'ISM interprétariat pour arriver à comprendre leur situation et envisager une orientation.

Par l'intermédiaire de l'interprète, ils m'expliquent qu'ils venaient de passer la nuit à la rue avec leurs enfants n'ayant pas pu se faire comprendre, qu'ils n'avaient pas pu joindre le 115 la veille, le téléphone étant saturé, qu'ils n'arrivaient pas à déposer leur demande d'asile, qu'ils détenaient effectivement une convocation émise par la préfecture, où deux dates de rendez-vous étaient inscrites.

Le monsieur s'est effondré. Honteux d'avoir laissé dormir ses enfants dehors, fatigué d'avoir veillé et lutté contre le froid toute une nuit durant, sans avoir mangé.

Les enfants à moitié endormis étaient sagement assis dans un coin du bureau.

La maman, elle, était plutôt hébétée, les yeux rougis par une nuit sans sommeil.

Il m'a fallu contacter les partenaires de la plate-forme d'accueil des demandeurs d'asile pour

(241) Rapport 2010 de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides : www.ofpra.gouv.fr

(242) La convention de Dublin II s'applique à l'UE ainsi qu'à la Suisse, la Norvège et l'Islande.

(243) Réponse du gouvernement du 19 décembre 2006, à l'avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, sur les conditions d'exercice du droit d'asile en France du 29 juin 2006 : www.cncdh.fr

savoir quelles démarches étaient en cours pour cette famille. La plate-forme m'informa que cette famille était dans une procédure de Dublin II, et qu'à ce titre la préfecture de la Gironde avait refusé le financement d'une chambre d'hôtel, et que, depuis la veille, 5 familles étaient dans la même situation.

Après plusieurs appels pour connaître les dispositions mises en place dans ce genre de situation, invoquant la nécessité de mise à l'abri impératif pour les enfants, une possibilité d'accueil dans un gymnase m'a été proposée, tout en m'expliquant que l'on ferait poser des draps pour faire office de cloisons. Pas satisfaits de la solution proposée, nous avons décidé d'interpeller la direction départementale de la cohésion sociale afin de trouver une solution plus adéquate pour accueillir cette famille. Tout au long de la journée, un grand nombre de coups de téléphone ont été échangés, ce qui a permis de déclencher une mise à l'abri dans un hôtel, pour cette famille mais aussi pour les quatre autres.

Dans la semaine qui a suivi, la famille a « accepté un retour » en Italie pour y déposer sa demande d'asile, conformément à la législation européenne...

Une partie des demandes d'asile sont examinées en « procédure prioritaire », c'est-à-dire dans le cadre d'une procédure accélérée (en moyenne 2 semaines d'examen par l'Ofpra et pas d'entretien personnel pour exposer les raisons de la demande) qui ne donne pas droit à une place en Cada, à l'ATA ou à la sécurité sociale. La « procédure prioritaire » concerne principalement les demandes de réexamen, les demandes dites « manifestement infondées » et les personnes originaires de soi disant « pays sûrs »²⁴⁴.

Le nombre de procédures prioritaires a augmenté de 15,5 % par rapport à 2009, passant de 8 632 à 9 973. Il s'agissait essentiellement de personnes originaires de Turquie, d'Arménie, de Macédoine mais aussi d'Érythrée et du Soudan. Ayant constaté que des personnes originaires du Soudan ou d'Érythrée avaient l'extrémité de leurs doigts mutilée, les préfectures considèrent qu'il s'agit d'une fraude à l'identité et placent systématiquement ces demandes en procédure prioritaire...

■ L'insuffisance du nombre de places en Cada est une réalité...

Au 30 juin 2011, le dispositif Cada avait une capacité globale de 21 410 places²⁴⁵, couvrant de fait moins de la moitié des besoins des demandeurs d'asile.

Malgré 1 000 places créées en 2010, 30 000 personnes sont toujours en attente d'une place, dont 13 022 hébergés dans le dispositif d'urgence. Le délai moyen pour entrer en Cada est de 13 mois²⁴⁶.

Des centaines de demandeurs d'asile, y compris des familles entières, sont contraints de dormir dehors ou de squatter des bâtiments en dépit des obligations de la France de leur garantir des conditions d'accueil décentes, fixées par la directive européenne sur l'accueil des demandeurs d'asile : « Les États membres prennent des mesures relatives aux conditions matérielles d'accueil qui permettent de garantir un niveau de vie adéquat pour la santé et d'assurer la subsistance des demandeurs. »²⁴⁷

Au cours de l'année 2009, le Conseil d'État, par plusieurs

décisions, a considéré que les demandeurs d'asile avaient droit de bénéficier de conditions matérielles d'accueil décentes (logement, nourriture, habillement), ainsi que d'une allocation journalière, quelle que soit la procédure qui leur est appliquée²⁴⁸. Cette jurisprudence s'est développée en 2010 avec des injonctions à loger, parfois sous astreinte, pour des personnes en procédure prioritaire. Par exemple, le tribunal administratif de Nice a étendu le principe des conditions matérielles d'accueil pour les réfugiés statutaires en se fondant sur la convention de Genève par une décision du 23 avril 2010²⁴⁹.

Ces situations sont observées partout en France. Les demandeurs d'asile sont à la rue, sans aucune ressource, alors qu'ils ont vécu des événements traumatisants, qui les ont poussés à fuir leur pays. Ces conditions de vie ont notamment pour conséquence une dégradation importante de l'état de santé et du suivi des traitements des personnes malades, ainsi qu'une aggravation de leur état psychologique déjà très marqué par la souffrance, ce que les équipes de terrain de Médecins du Monde constatent au quotidien.

(244) Un pays est considéré comme sûr « s'il veille au respect des principes de liberté, de la démocratie et de l'État de droit, ainsi que des droits de l'homme et des libertés fondamentales ». En 2010, la liste des pays sûrs incluait les pays suivants : Albanie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Croatie, Ghana, Inde, Kosovo, Macédoine, Mali (pour les hommes uniquement), Maurice, Mongolie, Sénégal, Serbie, Tanzanie, Ukraine. L'Arménie, la Turquie, Madagascar et le Mali (pour les femmes) figuraient en 2009 dans la liste et ont été retirés à la suite d'une décision du Conseil d'État en date du 23 juillet 2010.

(245) www.ofii.fr

(246) Coordination française pour le droit d'asile, note sur la crise du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile, juin 2011.

(247) Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative aux normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres.

(248) CE 23 mars 2009 Gaghiév n° 325884, CE 6 août 2009 Mr et Mme Qerimi n° 330536, CE 17 septembre 2009 Salah n° 331950, CE 20 octobre 2009 Mirzoian n° 332631, 332632.

(249) www.cimade.org : le contentieux des conditions matérielles d'accueil.

■ ... encore aggravée depuis la régionalisation de l'admission au séjour des demandeurs d'asile

La régionalisation de l'admission au séjour des demandeurs d'asile expérimentée en 2006 dans les régions de Haute-Normandie et de Bretagne a été étendue au fil des ans aux autres régions.

Le principe est que l'admission au séjour et la délivrance de l'APS relèvent de la compétence de la préfecture de région, les préfectures de département restant compétentes pour le suivi administratif (renouvellement des récépissés), la délivrance d'un titre de long séjour ou la notification de l'OQTF (refus de séjour).

La régionalisation de l'admission au séjour des demandeurs d'asile a aggravé les conditions d'accueil, car les préfectures

compétentes n'ont pas eu de moyens supplémentaires et elles ont multiplié les obstacles pour le dépôt de la demande d'asile : *numerus clausus*, exigences extra-légales, délais de plusieurs semaines pour la prise en compte de la demande...

De plus, cette réforme a entraîné la concentration des demandeurs d'asile dans les villes-préfectures de région, aggravant les difficultés d'accès au logement pour les demandeurs, tous regroupés dans les mêmes villes.

À Grenoble par exemple, où le nombre de demandeurs d'asile a quasiment triplé en un an, des « camps » de demandeurs d'asile ont vu le jour, ce qui a occasionné pour nos équipes et leurs partenaires un important travail de suivi socio-sanitaire.

« LE CENTRE D'ACCUEIL MUNICIPAL HÉBERGE CHAQUE SOIR DANS SES COULOIRS DES FAMILLES AVEC DES ENFANTS EN BAS ÂGE »



Des demandeurs d'asile du Kosovo, de Macédoine et de Serbie se sont installés dans le square Jean Macé, à quelques mètres du centre d'accueil municipal (Cam) sous de simples toiles de tentes.

Le 26 août 2010, on comptait 15 tentes, 10 de plus le lendemain, 41 quinze jours plus tard pour un total de 130 personnes.

La majorité d'entre eux ont été placés en procédure prioritaire, une OQTF leur a été délivrée en même temps que le rejet de l'Ofpra. Non éligibles au Cada, ils sont contraints de rester dehors. Parmi toutes ces personnes se trouvent de nombreux enfants présentant des pathologies aiguës du système respiratoire mais aussi des femmes enceintes, des adultes et personnes âgées souffrant de pathologies chroniques telles que diabète, hypertension artérielle, épilepsie... ce qui a contraint nos équipes à fournir des traitements et à mettre en place une surveillance de ces personnes sur place (difficultés à se déplacer dues essentiellement au fait de ne pas pouvoir laisser les tentes et affaires sans surveillance). Pour certains cas extrêmes, des places en hôtel ont pu être débloquées (pour un jeune adulte polyhandicapé et une femme avec son bébé de 3 semaines), mais ces solutions sont restées très marginales.

Un mois après leur installation, le 20 septembre 2010, la tension était palpable au sein du groupe, certains hommes souhaitant envahir le Cam pour y mettre leur famille à l'abri. Devant la dégradation des conditions climatiques (froid et pluie), le CCAS a pris la décision le 24 septembre de mettre à l'abri 40 personnes parmi les plus fragiles du camp, dans une résidence de retraite à la Villeneuve-de-Grenoble, laissant sur place encore près de 90 personnes. Elles ont fini par être hébergées quelques jours plus tard, toujours par la municipalité, dans des maisons de retraite et dans une salle polyvalente, la préfecture devant prendre en charge l'hébergement de toutes ces personnes au 1^{er} octobre (ce qui ne s'est pas passé, puisque la municipalité a continué d'assurer l'hébergement des personnes jusqu'à leur transfert vers d'autres structures).

Dès le lendemain, de nouvelles familles se sont présentées au Cam, toujours complet, et ont dormi sur les marches.

Le directeur du Cam a alerté le réseau associatif et institutionnel à différentes reprises mais, devant l'absence de réponses, 41 personnes ont été admises en surcapacité dans les locaux du Cam (installation dans la salle de réunion, dans les couloirs...).

Le 17 novembre, une épidémie de gastro-entérite aiguë s'est déclarée, nécessitant le transport de deux familles à l'hôpital. Le Samu a par ailleurs découvert chez deux enfants une présomption d'intoxication à l'oxyde de carbone dont les conséquences peuvent être graves pour les enfants et les femmes enceintes présentes, si le diagnostic se confirme. Ce soir-là, le Cam n'a pas pu accueillir les autres familles hébergées pour des raisons sanitaires évidentes, la désinfection des locaux étant devenue indispensable.

Cette expérience fut douloureuse pour le personnel du Cam et a montré les risques sanitaires de la prise en charge de personnes en dehors des conditions d'accueil « normales »."

Enfin, le remplacement des plates-formes départementales d'accueil existantes par des plates-formes régionales dont les missions sont réduites à un simple un enregistrement dans le système informatique et à une orientation vers les associations caritatives ou vers le 115 pour l'hébergement d'urgence, a aggravé la situation des familles qui ne bénéficient plus de soutien matériel exceptionnel, social ou juridique.

■ Profil des demandeurs d'asile reçus dans les centres de MdM

En 2010, 38 % des patients étrangers originaires d'un pays hors Union européenne sont concernés par une demande d'asile, qu'ils aient ou non déposé leur demande le jour où ils sont reçus dans les Caso.

L'augmentation largement amorcée en 2008 est accentuée encore en 2010. Ainsi, la part des personnes concernées par l'asile affiche une augmentation relative de 45 % entre 2007 et 2010 (tableau 72).

La part des personnes concernées par l'asile dans la file active des Caso varie de façon importante avec pour certains des proportions particulièrement élevées. C'est le cas de Pau, Angers, Le Havre et Valenciennes (71 % à

94 %), mais aussi de Bordeaux, Grenoble, Nantes et Cayenne (59 % à 69 %).

Comme évoqué précédemment dans le rapport (*en référence au tableau 23*), les personnes concernées par une demande d'asile sont près des deux tiers (64 %) à indiquer avoir déjà déposé leur demande. Parmi elles, plus de la moitié (59 %) sont en attente d'une décision de l'Ofpra, 16 % ont déposé un recours, 2 % sont en procédure prioritaire, 20 % ont été déboutées et 3,5 % reconnues réfugiées. Les motifs de venue au centre de ces derniers sont essentiellement de renouveler leurs droits à la couverture maladie, ou encore sont liés au fait qu'ils se retrouvent parfois en ruptures de droit compte tenu des délais d'instruction, qu'ils ont besoin de conseil devant les démarches complexes à entreprendre, ou qu'ils se retrouvent à la rue du jour au lendemain (pour ceux qui ont pu être hébergés en Cada...).

36 % des étrangers concernés par une demande d'asile n'ont pas encore déposé leur demande le jour de la consultation à MdM, le plus souvent en raison de leur arrivée trop récente sur le territoire. 14 % cependant indiquent rencontrer des difficultés pour mener les démarches ; 30 % enfin sont en attente du déroulement des procédures Dublin II et Eurodac.

Tableau 72 : Évolution du nombre et de la proportion des demandeurs d'asile reçus à MdM de 2001 à 2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
%	30,0	28,5	27,0	31,2	27,7	19,3	26,2	27,4	32,8	38,0
Effectif	5 810	5 137	3 480	4 515	4 059	2 677	2 379	2 765	3 304	3 775

Rappel du Tableau 23 (précédemment évoqué dans le rapport) : Demandes d'asile des patients étrangers*

	%	n
Étrangers concernés par une demande d'asile	38,0	3 775
dont...		
– demande non déposée	36,0	1 359
– demande déposée	64,0	2 416
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
Débouté(e)s	19,9	372
Demande Ofpra en cours (ou procédure prioritaire)	60,8	1 136
Recours en cours	15,8	295
Reconnu(e)s réfugié(e)s	3,5	66
Motif(s) de non-dépôt de la demande d'asile		
Arrivée trop récente	56,8	614
Difficultés pour les démarches	14,0	151
Placement en procédure Dublin II ou Eurodac	30,1	325

* Ne concerne que les étrangers originaires d'un pays hors UE

Nous présentons, dans les analyses qui suivent, les principales caractéristiques des demandeurs d'asile dont la procédure est en cours, soit 1 431 personnes, qui représentent un peu plus de 6 % de l'ensemble des patients reçus dans les Caso.

Près de 60 % des étrangers demandeurs d'asile en cours de procédure sont des hommes, proportion identique à celle des autres patients étrangers. Ils sont en revanche en moyenne plus jeunes (30,6 ans vs 34,8 %), 80 % d'entre eux sont âgés de moins de 40 ans contre 69 % pour les autres patients étrangers. Par ailleurs, 10 % d'entre eux sont mineurs.

Leur présence en France est récente pour la majorité d'entre eux : 53 % sont présents sur le territoire depuis moins de 3 mois (vs 35 %).

Du point de vue des nationalités, les demandeurs d'asile se distinguent des autres patients étrangers par une proportion particulièrement élevée de ressortissants européens (hors UE) (35 %), juste devant les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (33 %). Les demandeurs d'asile en provenance du Maghreb en revanche sont assez peu nombreux (4 %). Cette prédominance d'européens se traduit, lorsque l'on considère les nationalités les plus représentées, par une forte représentation des Russes et des Tchétchènes (tableau 73).

Les étrangers demandeurs d'asile vivent majoritairement seuls, ils sont cependant plus nombreux que les autres étrangers à vivre en couple (28 % vs 22 %) ou à avoir un ou plusieurs enfants mineurs (53 % vs 37 %). Dans un cas sur deux environ, ces enfants vivent avec leurs parents. Ainsi, il est plus fréquent de rencontrer des familles parmi les patients en demande d'asile.

■ Des conditions de logement difficiles

Comme évoqué plus haut en référence aux normes minimales d'accueil des demandeurs d'asile, s'ils sont en cours de procédure, les demandeurs d'asile bénéficient de quelques droits spécifiques, et notamment d'un droit à l'hébergement. Dans les faits, lorsqu'ils sont reçus dans les Caso, seule une petite majorité vivent dans un logement qu'ils considèrent stable (12 %) ou sont hébergés par un organisme ou une association (41 %), les autres (28 %) vivent dans un logement précaire et 19 % environ à la rue (en 2009, 25 % vivaient dans un logement précaire et 17 % étaient sans domicile). Comme dit précédemment, les familles trouvaient encore un toit il y a quelques années, ce qui est de moins en moins le cas. En revanche, les demandeurs d'asile seuls, les couples sans enfants mineurs, même les femmes enceintes continuent de dormir à la rue...

■ Un accès difficile à la couverture maladie

Outre un logement en Cada, le statut de demandeur d'asile ouvre droit à l'assurance maladie et à la CMU complémentaire (sous condition de ressources) sans durée préalable de séjour en France, dès lors que la demande a été déposée, y compris pour les personnes placées sous procédure Dublin II. Ces derniers sont cependant très souvent indûment orientés vers l'aide médicale d'État.

Les demandeurs d'asile reçus dans les Caso sont très peu à bénéficier de ce droit dans la mesure où plus de 83 % d'entre eux n'ont aucune couverture maladie lors de leur première visite à MdM.

Notons cependant que la part des demandeurs d'asile sans couverture maladie est en baisse par rapport aux deux années précédentes, où elle se situait autour de 90 %.

Tableau 73 : Répartition des patients demandeurs d'asile reçus à MdM par nationalité

Nationalités	%	Nationalités	%
Russie-Tchéchénie	13,3	Haïti	3,6
Ex-Yougoslavie*	9,3	République dém. du Congo	3,2
Pérou	6,1	Nigéria	3,1
Arménie	4,3	Soudan	3,1
Guinée	4,2	Algérie	2,9
Congo-Brazzaville	4,2	République dominicaine	2,9
Guinée-Bissau	3,7**	Autres	36,1

* Slovénie ; Bosnie-Herzégovine ; Croatie ; Macédoine ; Serbie ; Monténégro ; Kosovo

** Les ressortissants de Guinée-Bissau, d'Haïti et de la République dominicaine n'apparaissent pas auparavant dans les nationalités les plus représentées parmi les demandeurs d'asile. Il s'agit de patients qui ont été reçus dans le Caso de Cayenne pour la quasi-totalité d'entre eux.

Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les demandeurs d'asile ne sont pas spécifiques et recouvrent globalement ce que déclarent les autres patients étrangers, avec toutefois des fréquences plus importantes pour certains types de freins. Ainsi, les demandeurs d'asile citent avant tout l'obstacle linguistique (39 % vs 23 % des autres étrangers), devant leur méconnaissance vis-à-vis des droits auxquels ils peuvent accéder et des structures délivrant des soins (33 % vs 30 %), ou encore les obstacles administratifs (26 % vs 25 %).

Signalons également qu'ils sont deux fois plus nombreux que les autres étrangers à indiquer avoir été victimes de discriminations²⁵⁰ (10 % vs 5 %).

Même si un certain nombre de personnes n'ont tout simplement pas encore entamé les démarches d'accès à la couverture maladie, elles ont forcément été amenées à rencontrer des structures au cours de leurs démarches administratives liées à l'asile. C'est pourquoi nous continuons à constater un déficit d'information sur le système de soins, les démarches à entreprendre, ainsi qu'un déficit d'orientation et d'accompagnement, accentués par la réduction des missions des plates-formes d'accueil.

Alors qu'ils devraient pouvoir bénéficier de la CMU, des demandeurs d'asile sont indûment orientés vers l'aide médicale d'État. Certaines Cpm exigent par ailleurs des pièces non prévues par la réglementation ou clairement abusives.

C'est notamment le cas à Paris, où une circulaire de la Cpm d'août 2009 ne permet aux demandeurs d'asile d'obtenir la sécurité sociale que s'ils peuvent fournir les pièces permettant leur immatriculation définitive, dont un extrait d'acte de naissance traduit par un traducteur assermenté, qui est une pièce très difficile à obtenir compte tenu de leur situation. Cette pratique a également été relevée à Cayenne à Lyon et à Nice.

On rencontre par ailleurs des situations où la Cpm exige la notification des Assedic pour pouvoir demander la CMU, ou encore un avis d'imposition.

Une autre Cpm n'acceptait plus le récépissé de l'Ofii stipulant la date de rendez-vous à la préfecture, elle exigeait une APS, pour laquelle il faut 2 mois d'attente avant obtention. Il a fallu une rencontre avec la direction de la Cpm pour que cette pratique s'arrête fin 2010.

Une autre encore demande aux personnes de fournir la déclaration du médecin traitant (avant même d'avoir été affiliés), et ce « pour accélérer la procédure », selon le centre de Sécurité sociale en question.

Outre nos constats et ceux d'associations partenaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins ont pourtant déjà été documentés par l'Office français de l'immigration et de l'intégration²⁵¹ :

- une couverture maladie qui ne prend effet que 2 à 14 semaines après la demande, voire plus ;
- la situation spécifique des demandeurs d'asile mal connue des agents de la Cpm, ceux-ci ne la différenciant pas de celle des autres étrangers, d'où des demandes de justificatifs inutiles ; certaines Cpm leur demandent un délai de résidence de 3 mois ;
- le blocage du dossier en attendant que la situation soit tranchée par la hiérarchie ;
- des difficultés logistiques pour traiter des dossiers dans certaines Cpm...

■ Une fréquence élevée des troubles psychologiques

Les demandeurs d'asile ont bénéficié en 2010 de 2 225 consultations médicales pour 1 281 personnes²⁵², soit 1,7 consultation par patient (vs 1,8 pour les autres patients). L'analyse de l'ensemble des résultats de consultation concernant des demandeurs d'asile (*figure 15*) révèle la très nette prédominance des troubles et affections psychologiques, deux fois plus fréquents que parmi les autres patients, devant les pathologies digestives, respiratoires et dermatologiques.

L'analyse plus précise proposée dans le tableau 74 révèle que les troubles anxieux se placent quasiment au premier rang des affections les plus fréquemment diagnostiquées, de même que les syndromes dépressifs, qui n'apparaissent pas les années précédentes parmi les affections les plus fréquentes. Signalons que le tiers de ces troubles sont des syndromes de stress posttraumatiques.

La fréquence élevée de la souffrance psychique des demandeurs d'asile est un élément constamment observé. Cette souffrance psychique s'explique tant par les violences qui ont amené ces personnes à fuir leur pays, à la rapidité de leur départ non préparé, l'angoisse de ne pas avoir de nouvelles de leur famille restée au pays... que par les conditions de vie que connaissent les migrants une fois arrivés en France. Rappelons en effet que les demandeurs d'asile sont près de 23 % à indiquer avoir été victimes de différentes formes de violences, le plus souvent avant leur arrivée en France, contre environ 7 % des autres patients. Or, les conditions d'accueil imposées par la France sont loin de les aider à se reconstruire.

Il est cependant possible que cette question des violences subies soit plus systématiquement abordée dans les consultations lorsqu'il s'agit d'étrangers demandeurs d'asile, ce qui conduit à sous-estimer le problème s'agissant des autres patients.

Signalons enfin que les étrangers demandeurs d'asile se distinguent des autres patients par un retard de recours aux soins plus fréquent (29 % vs 24 %).

(250) CMU refusée par les professionnels, mauvaise expérience dans le système de soins ou d'accès aux droits.

(251) Ofii, « Accès à la CMU et aux soins des demandeurs d'asile hébergés dans le DNA », 2009.

(252) Il s'agit des patients en cours de procédure de demande d'asile reçus en consultation médicale pour la première fois en 2010 ainsi que de ceux déjà connus auparavant revenus en cours d'année, ce qui explique la différence d'effectifs avec le nombre de demandeurs d'asile en cours de procédure vus la première fois en 2010.

Notons que la souffrance psychique est également largement présente parmi les étrangers qui ne sont pas ou plus en cours de procédure : ainsi, 23 % des demandeurs déboutés et 34 % des étrangers reconnus réfugiés souffrent de tels troubles.

L'équipe de Bordeaux témoigne de la situation d'un jeune homme de 19 ans, débarqué en France après avoir été torturé, pour lequel il a fallu organiser la prise en charge et l'accompagnement de sa demande d'asile.

« 19 ANS, TORTURÉ ET SON PÈRE ASSASSINÉ SOUS SES YEUX »



M. OD est né en août 1992 au Nigéria. Il a subi des actes de torture par écartèlement des membres inférieurs à deux reprises en mars et mai 2010. Son père a été assassiné sous ses yeux.

Ce jeune homme de 19 ans, physiquement et moralement affaibli, décide d'abandonner ses quatre frères et sœurs, son pays, pour trouver refuge en Europe. Son oncle l'aide en lui payant un billet d'avion via Paris. Il débarque le 8 février 2011 à Roissy. Son accompagnateur l'achemine ensuite par le train jusqu'à Marseille, en lui dérobant son passeport.

Il se retrouve seul, maîtrisant mal la langue française, sans argent, sans papiers. À Marseille, il est approché par un homme qui lui propose de se prostituer auprès d'un public homosexuel, pour régler tous ses problèmes. Il lui promet de gagner beaucoup d'argent pour se soigner et surtout se loger. Le jeune homme refuse. Se sentant de nouveau menacé, il prend le premier train et se retrouve à Bordeaux. Un compatriote, qui le trouve en errance à la gare Saint-Jean, le conduit à MdM. Le jeune homme présente des lésions musculaires de la cuisse gauche nécessitant des soins chirurgicaux. Il est orienté vers un partenaire de MdM, qui réalise une échographie où il constate une désinsertion du gracile au niveau de son insertion inférieure avec une rétraction au niveau de la racine de la cuisse.

Par ailleurs, il présente des troubles psychologiques graves, une orientation vers un service spécialisé lui est proposée. Nous l'accompagnons pour le premier rendez-vous vers l'équipe mobile de psychiatrie de Bordeaux, où il est désormais pris en charge en alternance par un psychologue, une infirmière et le médecin spécialisé. En lien avec la plate-forme d'accueil des demandeurs d'asile, nous avons pu amener M. OD à déposer sa demande d'asile et sa demande de CMU. Il va prochainement débiter les cours de français auprès de l'équipe de MdM qui anime cette action."

Figure 15 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients demandeurs d'asile et des autres patients

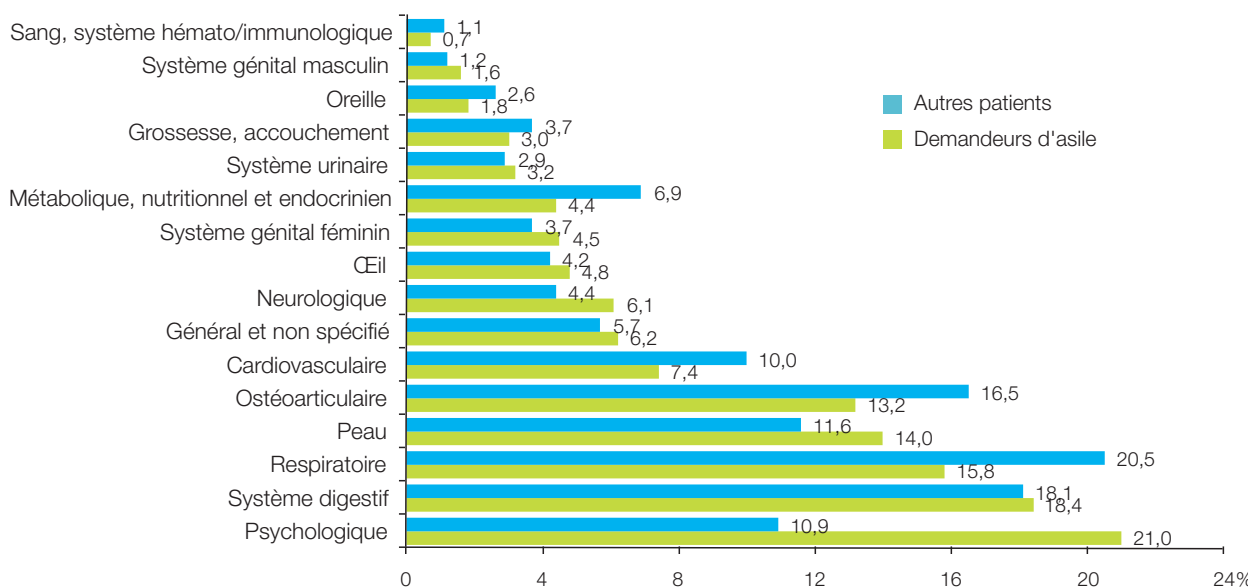


Tableau 74 : Problématiques de santé repérées chez les patients demandeurs d'asile (% en colonne)

	Demandeurs d'asile	Autres patients	p
Problématiques de santé les plus fréquemment repérées			
Symptômes et plaintes du système digestif	13,3	8,5	***
Angoisse/Stress/Troubles somatiques	12,9	6,9	***
Infections respiratoires supérieures	11,2	13,6	*
Traumatismes	6,3	4,2	***
Syndrome dépressif	6,1	2,7	***
Autres diagnostics du système digestif	5,6	8,3	**
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	5,4	6,3	ns
Parasitoses/Candidoses	5,3	3,6	**
Syndrome dorsolombaire	4,6	4,7	ns
Affection des dents et des gencives	4,5	5,8	ns
Besoins prévisibles de prise en charge			
Court terme	50,4	49,5	ns
Long ou moyen terme	41,4	46,0	*

➔ LES CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES AUPRÈS DES DEMANDEURS D'ASILE AU HAVRE ET LES ACCOMPAGNEMENTS DANS LEURS RÉCITS DE PARCOURS DE VIE

Comme à Nantes, le Caso du Havre se démarque de la plupart des centres de MdM par la baisse importante de consultations médicales, du fait notamment de l'existence et de l'efficacité de la permanence d'accès aux soins de santé, qui reçoit et prend en charge désormais un grand nombre de patients.

L'équipe du Havre continue toutefois d'assurer des consultations de soutien psychologique auprès des demandeurs d'asile, activité qu'elle mène depuis 2001.

Deux psychothérapeutes et une psychologue clinicienne proposent des consultations individuelles aux adultes mais aussi aux enfants. Il s'agit de soutenir psychologiquement les demandeurs d'asile en souffrance ayant subi des traumatismes lourds dans leur pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire. L'équipe intervient aussi pour soulager les traumatismes liés à l'exil, aux conditions d'accueil en France et à la procédure d'asile :

conditions (ou manque) d'hébergements, impossibilité de travailler et de subvenir aux besoins de sa famille, exigence autour du récit, attente, auditions, refus, recours ...

L'équipe apporte une attention particulière pour l'accompagnement et la préparation de l'audition à l'Ofpra ou à la Commission des recours des réfugiés. Les entretiens ne sont pas stéréotypés. Il s'agit d'un accompagnement individuel et personnel. L'intervention d'interprètes est primordiale, la compréhension et le respect de la culture et des rituels des patients sont essentiels.

L'important est de restaurer la confiance en soi et ce, de façon suffisante pour avoir la force de témoigner de son histoire, ce dont témoigne l'une des psychothérapeutes au sujet d'un jeune homme de 30 ans pour lequel un stress posttraumatique a été précédemment diagnostiqué.

« IL EST PERSUADÉ QU'IL A ÉTÉ EMPOISONNÉ ET IL CHERCHE UN MÉDECIN QUI VA LE "GUÉRIR" »



A. est un jeune homme de 30 ans, orienté vers la consultation de MdM par un partenaire de la structure dans laquelle il réside. Il souffre d'insomnies, il craint de s'endormir car il a peur de ses cauchemars et de son somnambulisme. Il se plaint de maux de tête importants et évoque également des picotements importants, internes et externes. Il a l'air traqué et dit qu'il a peur. Il reste cloîtré dans la chambre de son foyer. Le jeune homme est persuadé qu'il a été empoisonné et il cherche un médecin qui va le « guérir ».

Au fil des entretiens, il se fait doucement à l'idée que ses manifestations somatiques sont liées à son histoire et à son vécu traumatique. Il vient régulièrement aux rendez-vous, reste parfois peu de temps mais est toujours reconnaissant de pouvoir venir et manifeste l'importance de cet espace d'écoute.

Il dort mieux, a moins peur et gère un peu mieux les contacts avec son environnement.”

La prise en charge de ces publics dans le système de droit commun reste un objectif. Pour cela, un travail de partenariat est mené depuis 3 ans avec l'équipe mobile précarité psychiatrie rattachée au groupe hospitalier. Le nombre de consultations a ainsi progressivement diminué, passant de 1 046 en 2006 à 209 en 2010 pour 23 patients différents, dont 3 enfants, soit en moyenne 9 consultations par personne.

Les patients sont originaires de Géorgie, d'Arménie, de Russie, d'Iran, d'Afghanistan, de pays africains comme la République démocratique du

Congo, le Rwanda, le Cameroun, le Nigéria, mais aussi l'Algérie.

L'équipe mobile précarité n'est pas encore en situation de prendre complètement le relais de MdM, notamment du fait du manque de moyens financiers, de la nécessité de recourir à l'interprétariat professionnel, des délais de rendez-vous encore quelquefois trop longs et des difficultés de prise en charge de la part des centres médico-psychologiques, essentiellement pour les enfants.

LES PERSONNES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

Le taux d'acceptation des demandes d'asile chute d'année en année, les régularisations sont désormais quasiment impossibles, y compris pour les personnes gravement malades qui n'ont pas un accès aux soins effectif dans leur pays d'origine, et le renouvellement des cartes de séjour est soumis à de drastiques limitations : la loi française crée les sans-papiers et les pourchasse chaque jour davantage. Leur santé, déjà souvent précaire en raison de leur pauvreté et de conditions de vie toujours plus difficiles, est menacée par les restrictions non seulement administratives, mais désormais financières pour l'obtention de la couverture maladie.

Avec le démantèlement du droit au séjour des étrangers gravement malades, les personnes seront renvoyées vers des pays « où l'accès aux soins est un luxe », vers un risque de mort prématurée.

LES POINTS ESSENTIELS

- **En 2010, 67 % des étrangers devant justifier d'un titre de séjour n'en possédaient pas, proportion en baisse par rapport aux années précédentes et notamment par rapport à 2009, où ils étaient 71,2 %. Au total, les étrangers sans titre de séjour représentent 48 % de l'ensemble des patients reçus pour la première fois en 2010.**
- **Il s'agit de patients en moyenne plus jeunes et plus fréquemment de sexe masculin (par rapport aux autres étrangers), et dont la majorité (57 %) séjournent en France depuis moins de 1 an. 25 % cependant sont en France depuis au moins 3 ans.**
- **Plus de la moitié des étrangers sans titre de séjour sont originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb. En termes de nationalité, les Roumains sans droit au séjour restent cependant les plus représentés, devant les personnes originaires d'Algérie, du Maroc et de la Tunisie.**
- **Leurs conditions de logement sont, comme les autres patients, globalement très dégradées : 57 % vivent dans un logement précaire, 11 % à la rue.**
- **Alors que 84 % des étrangers en situation irrégulière remplissent les conditions d'accès à l'AME, seuls 12 % d'entre eux disposent de droits ouverts. Les principaux obstacles sont la méconnaissance des dispositifs, les freins administratifs, notamment l'absence de domiciliation, ou encore la barrière de la langue.**
- **58 % des étrangers sans titre de séjour indiquent limiter leurs déplacements par peur d'être arrêtés.**
- **Ils sont près de la moitié à nécessiter un suivi médical à moyen ou long terme et 25 % à présenter un retard de recours aux soins lors de la première consultation.**

À l'exception des personnes mineures, tous les étrangers ressortissants d'un pays n'appartenant pas à l'Union européenne doivent posséder une autorisation de séjour pour résider en France.

Les ressortissants communautaires, au titre de la liberté de circulation, peuvent séjourner librement en France pour une durée de 3 mois. Au-delà, ils doivent remplir certaines conditions pour être en situation régulière : avoir un travail déclaré ou, pour les inactifs, des ressources suffisantes et une couverture maladie. Ainsi, les ressortissants de l'UE présents en France depuis plus de 3 mois, inactifs, sans ressources et sans sécurité sociale, sont considérés comme en situation irrégulière et relèvent à ce titre du dispositif AME et non de la CMU.

Si le nombre absolu des étrangers en situation irrégulière augmente légèrement par rapport à 2009 (10 379 personnes vs 10 067 en 2009), leur part accuse cependant une baisse sensible (67,2 % vs 71,2 % en 2009), dans la continuité de celle amorcée en 2009, notamment du fait de l'augmentation de demandeurs d'asile (*tableau 75*)²⁵³.

Les étrangers sans titre de séjour représentent au total 48 % de l'ensemble des patients reçus au cours de l'année dans les Casos.

Les personnes en situation irrégulière sont, par rapport aux autres patients, en moyenne plus jeunes (36 ans vs 40 ans)

et plus fréquemment de sexe masculin (62 % vs 51 %).

Les groupes continentaux les plus représentés sont par ordre d'importance l'Afrique subsaharienne (31 %), le Maghreb (25 %), l'Union européenne (20 %) et l'Europe hors UE (10 %).

Malgré la forte représentation des ressortissants d'Afrique subsaharienne, les Roumains demeurent les plus nombreux parmi les personnes en situation irrégulière, devant les ressortissants des trois pays du Maghreb : Algérie, Maroc et Tunisie (*tableau 76*).

La majorité des étrangers sans titre de séjour (57 %) réside en France depuis moins de 1 an, mais ils sont 25 % à compter une durée de résidence supérieure à 3 ans (vs 13 % des autres étrangers).

Les ressortissants du Maghreb se distinguent sur ce point des autres étrangers sans titre de séjour avec des durées de résidence en France globalement plus élevées.

Rappelons cependant que la durée de séjour prise en compte est déterminée à partir de la dernière date d'entrée en France (notamment pour l'attribution de l'AME). Or, environ 22 % des personnes sans titre de séjour indiquent avoir vécu antérieurement en France, proportion qui atteint 31 % parmi les ressortissants de l'Union européenne. Les personnes qui ont fait des allers-retours entre la France et leur pays d'origine sont pour l'essentiel roumaines (80 %) ou bulgares (12 %).

Tableau 75 : Évolution du nombre et de la proportion de patients sans autorisation de séjour de 2000 à 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
%	49,3	44,2	46,6	47,3	58,7	71,0	76,8	72,3	73,8	71,2	67,2
Effectif	7 697	7 914	6 544	6 086	8 564	10 855	11 312	8 472	9 696	10 067	10 379

Tableau 76 : Répartition des patients sans autorisation de séjour par nationalité

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	15,5	Moldavie	3,6
Algérie	11,0	Côte d'Ivoire	3,3
Maroc	6,5	Mali	3,0
Tunisie	6,2	Congo-Brazzaville	2,2
Cameroun	5,4	Sénégal	2,1
Pakistan	4,2	Bulgarie	2,0
Comores	3,9	Autres	31,1

(253) Rappelons que les personnes relevant de l'AME et les étrangers sans titre de séjour ne constituent pas strictement le même groupe de patients, ce qui explique les différences d'effectifs. En effet, le groupe des étrangers en situation irrégulière ne comporte pas les patients mineurs (qui peuvent eux aussi relever de l'AME), de plus les étrangers sans titre de séjour présents en France depuis moins de 3 mois n'ont aucun droit à la couverture maladie et ne relèvent donc pas de l'AME.

Les étrangers sans titre de séjour vivent très majoritairement seuls (75 %), cela plus fréquemment que les autres patients (69 %), et 40 % indiquent avoir un ou plusieurs enfants mineurs, enfants qui la plupart du temps ne vivent pas avec eux. Leurs conditions de logement sont globalement aussi dégradées que celles des autres patients de MdM avec seulement 22 % d'entre eux qui indiquent vivre dans un logement stable. La plupart d'entre eux en effet (57 %) vivent dans un logement précaire (le plus souvent hébergés provisoirement par des amis ou de la famille), 10 % sont hébergés par une association ou un organisme et 11 % sont sans domicile. Comme évoqué précédemment dans le rapport, les sans-papiers, seuls ou même en famille, ne sont pas les premières personnes hébergées dans les dispositifs d'urgence...

Une récente étude sur le rôle des réseaux d'entraide dans l'insertion professionnelle et l'état de santé des bénéficiaires de l'AME montre que ces réseaux conditionnent directement les modalités d'existence des personnes concernées²⁵⁴.

■ Un accès déjà difficile à l'AME

Les étrangers sans titre de séjour relèvent tous théoriquement du dispositif de l'AME (sous condition de ressources), sous réserve qu'ils puissent justifier d'une présence ininterrompue en France d'au moins 3 mois.

Ainsi près de 84 % d'entre eux remplissent les conditions ad-

ministratives pour accéder à l'AME. Ils ne sont cependant qu'un peu moins de 12 % à disposer de droits ouverts à la couverture maladie lorsqu'ils sont reçus dans les Caso, ce qui souligne les difficultés importantes qu'ils rencontrent pour accéder aux droits de base.

Et, de fait, les obstacles à l'accès aux droits cités par ces patients sont nombreux et recouvrent aussi bien la méconnaissance des dispositifs (34 %) que les freins administratifs (33 %) ou encore la barrière de la langue (27 %).

Notons par ailleurs que 42 % ne disposent pas d'une adresse pour recevoir leur courrier (vs 37 % des autres patients) et que, parmi eux, 79 % n'ont pas de domiciliation administrative.

Les centres communaux d'action sociale n'acceptent pas tous de domicilier les demandeurs d'AME, ou le font en appliquant des critères rédhitoires. Les associations agréées pour la domiciliation AME sont débordées, voire saturées, et certaines en viennent à appliquer des critères de sélection. Signalons également que ces personnes sont très nombreuses (58 %) à indiquer limiter parfois ou souvent leurs déplacements par peur d'être arrêtées.

L'équipe de Toulouse raconte le cas d'une jeune femme dans une situation qui montre à quel point le harcèlement des forces de l'ordre et les arrestations répétées peuvent avoir des conséquences sur l'état de santé.

« UN HARCÈLEMENT INCESSANT »



Une équipe de MdM suit une jeune femme de 37 ans souffrant d'une maladie chronique grave qui doit recevoir des soins réguliers. Elle a reçu une OQTF, une date de retour a été fixée au milieu de sa période de soins. Après un contact pris avec l'Ofii, la date est repoussée, mais pas suffisamment. La jeune femme est obligée de quitter le pays avec ses enfants et par conséquent d'interrompre ses soins. Elle reviendra au bout de quelques semaines, les médecins spécialistes qui la suivent sont inquiets des conséquences négatives de cette interruption. Affaiblie par le traitement, elle fait un malaise un matin dans un squat. Une opération chirurgicale majeure a été réalisée à la fin du traitement. De nouveau expulsée d'un squat, elle se retrouve sous une tente, plusieurs fois inondée, près de la Garonne. Là, un médecin de MdM vient effectuer les pansements et piqûres nécessaires, en attendant qu'elle puisse se déplacer. Mais les visites répétées de la police continuent et, un mois après l'opération, elle reçoit une nouvelle OQTF. Elle est arrêtée quelques jours plus tard à proximité du restaurant social par des agents de la police de l'air et des frontières, qui l'emmènent dans ses bureaux à l'aéroport. Un contact de MdM avec le service des étrangers à la préfecture permet qu'elle soit relâchée. Finalement, face à ce harcèlement incessant, la jeune femme décide de quitter le pays."

La réforme de l'aide médicale d'État, votée dans le cadre de la loi de finances pour 2011 avec l'introduction du droit annuel de 30 euros par adulte, laisse à penser qu'une partie de la population ne réussira pas à rassembler la somme

nécessaire pour payer la couverture maladie.

(Pour plus de détails, voir le chapitre sur les obstacles à l'accès aux droits et aux soins).

(254) Drees, « Insertion socioprofessionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide », Dossiers solidarité et santé n°19, 2011.

→ LE PARLEMENT EUROPÉEN ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE TOUTE L'EUROPE RÉCLAMENT UN ACCÈS AUX SOINS SANS DISCRIMINATION POUR LES SANS-PAPIERS²⁵⁵

Le Parlement européen a adopté le 8 mars 2011 une résolution sur la réduction des inégalités de santé dans l'UE dans laquelle il demande aux États membres de mettre fin aux inégalités dans l'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour. Dans cette résolution, le Parlement européen souligne que « *les inégalités de santé sont la conséquence non seulement de multiples facteurs économiques, environnementaux et de modes de vie, mais aussi des difficultés d'accès aux soins de santé* » et que, « *dans plusieurs États membres de l'Union, l'accès équitable aux services de santé n'est pas garanti pour tous, en pratique ou dans la loi, pour les personnes sans autorisation de séjour* ».

Également, le Parlement européen « *invite les États membres à veiller à ce que les groupes les plus vulnérables, notamment les migrants sans papiers, puissent bénéficier – et bénéficient réellement – d'un accès équitable aux soins de santé* », « *à avoir une réflexion sur la viabilité des financements publics en matière de soins apportés aux populations migrantes en situation irrégulière, en définissant par référence à des principes communs une offre de soins de base, comme le prévoit leur législation nationale* » et « *à garantir que toutes les femmes enceintes et tous les enfants, indépendamment de leur statut, aient droit à la protection sociale et en bénéficient effectivement, tel que défini dans leur législation nationale* ».

C'est la première fois que le Parlement Européen prend aussi clairement

position en faveur du respect du droit à la santé des personnes sans autorisation de séjour. Cet engagement est le résultat d'années de travail d'organisations œuvrant pour les droits des migrants, dont Médecins du Monde.

Le 22 mars 2011, Médecins du Monde, ses partenaires du réseau HUMA, des associations médicales ainsi que des eurodéputés ont remis la Déclaration européenne des professionnels de santé « *pour un accès aux soins sans discrimination* » à la présidence hongroise de l'Union européenne. Ils ont demandé aux institutions européennes et aux États membres de prendre des mesures afin que l'exercice médical reste en accord avec leur déontologie. La Déclaration européenne des professionnels de santé « *pour un accès aux soins sans discrimination* », diffusée par le réseau Médecins du Monde / HUMA dans 16 pays auprès des personnels de santé, a été signée par 141 organisations de santé, représentant un nombre important de professionnels de santé.

Ce succès souligne l'engagement des organisations et professionnels de santé pour soigner tous leurs patients sans discrimination.

Or, en France, les restrictions apportées à l'aide médicale d'État et le démantèlement du droit au séjour des étrangers gravement malades confirment la remise en cause de l'accès aux soins des sans-papiers.

■ Un retard de recours aux soins important

Au cours de l'année 2010, 17 714 consultations médicales ont été dispensées à 9 510 étrangers en situation irrégulière, soit 1,9 consultation par personne, moyenne identique à celle des autres patients.

Les sans-papiers viennent ou reviennent cependant plus souvent à MdM pour des questions d'ordre social, notamment pour l'hébergement, ou liées à la couverture maladie, ou encore pour des questions d'ordre juridique.

Les résultats de consultation concernant les étrangers sans titre de séjour (figure 16) sont dominés par les affections digestives, ostéoarticulaires, respiratoires et les troubles psychologiques, sans différence très marquée avec les autres patients étrangers, à l'exception des variations essentiellement liées à l'âge (moins d'affections cardiovasculaires et métaboliques).

On note cependant que l'état de santé de près de 1 étranger sur 2 en situation irrégulière nécessite une prise en charge à moyen ou long terme d'au moins

6 mois, ce qui montre l'importance de l'accès aux droits pour ces personnes afin d'éviter l'aggravation de leurs problèmes de santé par manque de soins (tableau 77).

Parmi ces affections nécessitant un suivi au long cours figurent des pathologies potentiellement graves telles que l'hypertension artérielle (6,7 % des étrangers en situation irrégulière), le diabète (4 %), l'asthme (2,2 %) et même pour certains un cancer (0,9 %).

Ils sont par ailleurs près de 25 % à présenter un retard de recours aux soins lorsqu'ils se présentent pour la première fois dans les Casos.

Les travaux menés en France sur la santé des étrangers mettent en évidence que l'état de santé des migrants est moins bon que celui de l'ensemble de la population et que cette situation est liée à différents facteurs. Alors que la migration opère une sélection sur les personnes en bonne santé, les difficultés du parcours migratoire, les conditions de vie dans la société d'installation, l'isolement social ainsi que les diffi-

(255) Pour plus d'informations, voir le site : www.huma-network.org

cultés d'accès aux soins des migrants peuvent expliquer cette dégradation²⁵⁶. Une étude menée par l'Inserm en Guyane montre que les plus vulnérables en matière de santé sont les étrangers en situation irrégulière installés depuis plus de 10 ans, ce qui suggère, à long terme, que l'absence de statut juridique a un effet délétère sur la santé²⁵⁷.

Les analyses de cette même étude mettent en lumière un

état de « *précarité sanitaire* » lié en partie à des niveaux de gravité plus élevés à l'arrivée aux urgences, mais aussi à des difficultés d'accès aux soins. Une tendance similaire est observée pour les enfants dont les parents sont en situation irrégulière. Ces résultats interpellent sur l'état de santé et les prises en charge en amont de ces enfants.

Figure 16 : Répartition par appareil des résultats de consultation des patients étrangers sans autorisation de séjour et des autres patients

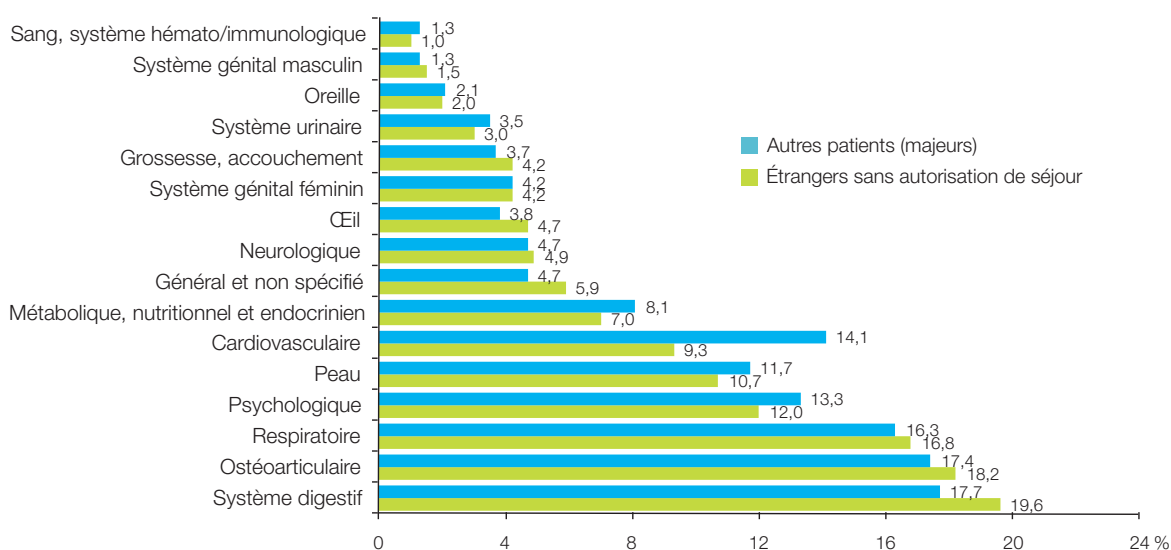


Tableau 77 : Problématiques de santé repérées chez les étrangers sans autorisation de séjour (% en colonne)

	Étrangers sans autorisation de séjour	Autres patients (majeurs)	p
Problématiques de santé les plus fréquemment repérées			
Infections respiratoires supérieures	10,1	10,5	ns
Autres diagnostics du système digestif	9,3	7,8	**
Symptômes et plaintes du système digestif	9,3	8,7	ns
Angoisse/Stress/Troubles somatiques	7,8	8,5	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	6,8	7,0	ns
Hypertension artérielle	6,7	9,4	***
Autres diagnostics locomoteurs	6,5	6,9	ns
Syndrome dorso-lombaire	5,9	4,3	***
Affection dents-gencives	5,5	5,7	ns
Symptômes et plaintes du rachis	5,3	5,0	ns
Besoins prévisibles de prise en charge			
Court terme	44,9	45,4	ns
Long ou moyen terme	48,7	52,2	***

(256) Drees, « Insertion socioprofessionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide », Dossiers solidarité et santé n° 19, 2011.

(257) Jolivet A., Cadot E., Carde E., Florence S., Lesieur S., Lebas J., Chauvin P. « Migration et soins en Guyane », Rapport final à l'AFD, UMRS 707, Inserm-UPMC, Paris, novembre 2009.

« SORTI DE L'HÔPITAL,
SANS SOLUTION
D'HÉBERGEMENT,
AVEC UNE
PRESCRIPTION
D'INJECTIONS
ET DE SÉANCES
DE KINÉSITHÉRAPIE »



B., homme d'origine algérienne de 30 ans, vit en France à Marseille depuis 2004. Il ne sollicite jamais les associations et encore moins les institutions. Il vit dans le même quartier depuis son arrivée et s'est installé dans la rue. Il est atteint d'une poliomyélite des membres inférieurs très handicapante, ce qui implique pour lui des difficultés de mobilité et de déplacement. Sa peur d'être arrêté, son handicap physique et sa difficulté à solliciter de l'aide ont maintenu B., dans une grande précarité et dans l'isolement. Ce sont des problèmes de santé graves qui vont l'obliger à se faire hospitaliser et à accepter d'être aidé dans ses démarches. Le 1^{er} juin, il est conduit aux urgences par les pompiers dans un hôpital de l'APHM. Il sera hospitalisé pour une algodystrophie aiguë sévère du membre inférieur droit compliquant une entorse de cheville sur des antécédents de poliomyélite. Il y effectue un séjour de deux semaines. Une demande d'AME ainsi qu'une domiciliation sont mises en place par l'assistante sociale de l'hôpital. À l'issue de ces 15 jours d'hospitalisation, B. marche très difficilement, avec des béquilles. Il a sur lui les documents de l'hôpital (certificat médical, attestations de dépôts AME et domiciliation) ainsi qu'une ordonnance. Le traitement indiqué est lourd (avec notamment des injections) et complété par des séances de kinésithérapie. Il a un bon de réhospitalisation pour le mois suivant. Il sort de l'hôpital mais reste sans solution d'hébergement. Il ne peut même pas se rendre jusqu'à son abri, qui se trouve dans un quartier éloigné de l'hôpital et est mal desservi. Il n'a pas d'argent pour se nourrir ni d'AME valide pour prendre ses médicaments en pharmacie. Il s'installe alors dans une cabine téléphonique située aux abords de l'hôpital pour dormir. Il restera dans sa cabine jusqu'au 18 juin où un homme du quartier s'inquiète et l'accueille chez lui. Le 21 juin, cette personne, ayant épuisé toutes les solutions d'hébergement dont il disposait, amène B. chez Médecins du Monde. Le traitement lui est alors délivré. Parallèlement, l'assistante sociale contacte les Lits halte soins santé (LHSS) afin de permettre son admission. La première demande d'admission est refusée au motif que la pathologie de B. est trop lourde et que la structure LHSS n'a pas accès aux médicaments prescrits dans la mesure où les droits AME n'étaient pas encore ouverts au jour de la demande et que leur budget ne leur permettait déjà plus de prendre en charge ces frais. Médecins du Monde propose alors de fournir la pharmacie nécessaire aux soins. Le 25 juin, B. est admis aux LHSS jusqu'à son hospitalisation prévue en juillet 2010. Il passera une semaine à l'hôpital avant d'être réadmis aux LHSS, compte tenu de la gravité de son état et de la précarité de sa situation..."

■ Le mythe de la migration pour soins

L'immigration pour soins a été largement évoquée dans les récents débats visant à restreindre l'accès aux soins des sans-papiers et le droit au séjour des étrangers gravement malades en France, alors que, comme le démontrent de nombreuses études, le fait que des personnes migrent dans le but de recevoir des soins est un mythe. Selon une enquête de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde²⁵⁸ menée auprès de 1 218 adultes sans titre de séjour dans 11 pays européens, dont la France, seuls 6 % citent la santé parmi les raisons qui les ont poussés à

partir. Les sans-papiers rencontrés sont venus en Europe pour fuir la pauvreté, la guerre, les restrictions à leur liberté et pour assurer un meilleur avenir à leurs enfants. Ils ne sont pas venus pour obtenir des traitements médicaux ni pour profiter du système de santé et de protection sociale des pays européens. Ces données sont corroborées en France par des études menées par l'Inserm, notamment à Mayotte et en Guyane.

À Mayotte, la majorité de la population étrangère a migré pour des raisons économiques (50 %) et familiales (26 %). Les migrations sanitaires, quant à elles, sont très minoritaires.

(258) Chauvin P., Parizot I., Simonnot N. « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, septembre 2009.

Au total, 11 % de la population migrante née à l'étranger a migré et/ou s'est installée pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue²⁵⁹.

En Guyane, l'étude de l'Inserm a montré que les raisons de migration déclarées sont majoritairement économiques à Cayenne (46,3 %) et familiales à Saint-Laurent du Maroni (56,1 %). Seuls 3,1 % des étrangers ont migré ou se sont installés en Guyane pour une raison de santé²⁶⁰.

Le Comede, qui assure la prise en charge médico-psychosociale d'environ 5 000 patients par an, note que moins de

10 % des patients rencontrés souffrant d'un psycho-traumatisme, d'une hépatite B, du VIH ou de la tuberculose, avaient découvert leur pathologie en France²⁶¹. Il faut en revanche noter que certaines pathologies comme le diabète sont déjà souvent connues dans le pays d'origine. D'après une étude menée en 2002 par l'Invs, seuls 8 % des séropositifs interrogés avaient été dépistés dans leur pays d'origine²⁶².

Ces résultats vont à l'encontre de la thèse d'un effet d'« appel d'air » de la migration pour soins mise en avant dans certains discours politiques.

→ LE DROIT AU SÉJOUR POUR RAISONS MÉDICALES : UNE LOI DÉFINITIVEMENT BATTUE EN BRÈCHE

En 1997, la France s'est dotée d'une loi qui interdit l'expulsion des étrangers gravement malades qui ne peuvent avoir un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine.

L'année suivante était votée une autre loi, qui prévoyait pour les personnes concernées l'obtention d'une carte de séjour de 1 an renouvelable, portant la mention « vie privée et familiale ».

Les étrangers gravement malades (et les parents d'enfants gravement malades) étaient ainsi protégés de l'expulsion pendant la durée nécessaire des soins pour affronter leur pathologie dans un environnement plus stable, favorable au combat contre la maladie.

La mise en place d'un tel droit au séjour pour raison médicale devait marquer la fin des expulsions de malades et, dans ce cadre, des régularisations exceptionnelles soumises au bon vouloir du préfet.

10 ans après avoir été reconnu par l'Assemblée nationale, le droit au séjour pour raison médicale a vu son application pratique se dégrader considérablement.

En 2006, un avant-projet de loi et un projet de circulaire visaient déjà à substituer les préfets aux médecins de l'administration dans l'appréciation des risques médicaux encourus en cas d'éloignement du malade. Ces textes ont été abandonnés sous la pression des associations et des soignants²⁶³. Les ministres concernés avaient alors déclaré publiquement leur attachement à l'esprit de la loi.

En mars 2007, de façon plus insidieuse, le comité interministériel de contrôle de l'immigration a publié sur les sites intranet des ministères de l'Intérieur et de la Santé des « fiches pays » qui recensent « l'existence de l'offre de soins » et sa « répartition géographique » dans les pays d'origine. Elles sont destinées à informer de l'existence de traitements dans les pays

d'origine, sans tenir compte de l'accessibilité effective aux soins. Ainsi, ces instructions laissent penser qu'il suffit qu'un médicament ou une unité d'hospitalisation existent dans un pays pour refuser qu'un malade reste en France. Or, tout le monde sait qu'il y a un gouffre entre l'existence d'un équipement dans un pays et l'accès réel de la population aux soins.

L'utilisation de ces fiches a conduit des médecins inspecteurs de santé publique (devenus depuis médecins de l'agence régionale de santé – Mars) à donner aux préfets la liste des traitements nécessaires au malade, ce qui a impliqué une rupture du secret médical. Une conférence de presse de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)²⁶⁴ a été organisée au siège de MdM le 26 avril 2007 et une pétition lancée le même jour « *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine* »²⁶⁵ : 200 organismes signataires et 8 000 signatures individuelles. Ces fiches sont toujours accessibles en 2010 sur le site du ministère de l'Immigration ; les préfets s'y réfèrent en cas de recours contentieux.

Des médecins de plus en plus nombreux ont été confrontés aux refus des préfetures d'instruire la demande car le « *rapport médical* » n'émanait pas d'un confrère « *médecin agréé* » ou « *d'un praticien hospitalier* », un soupçon de « complaisance », « d'angélisme » ou de militantisme pesant ainsi sur eux. Ne pouvant ainsi accepter que les principes de la déontologie médicale s'effacent devant les mécanismes de la lutte contre l'immigration, des médecins ont lancé en 2008 un appel à pétition auquel MdM a répondu : « *La déontologie médicale est universelle : elle s'applique aussi pour les malades étrangers.* »²⁶⁶

L'ODSE a publié un rapport « *La régularisation pour raison médicale en France, un bilan de santé alarmant, 10 ans d'application du droit au séjour des étrangers malades* »²⁶⁷, faisant état d'une loi sans cesse attaquée, alors que **la régularisation pour raisons médicales est un acte essentiel de protection des patients.**

(259) Florence S., Lebas J., Lesieur S., Chauvin P. « *Santé et migration à Mayotte* », Inserm-UPMC, avril 2008.

(260) Jolivet A., Cadot E., Carde E., Florence S., Lesieur S., Lebas J., Chauvin P. « *Migration et soins en Guyane* », Rapport final à l'AFD, Paris, UMRS 707, Inserm-UPMC, novembre 2009.

(261) Comede, « *La santé des exilés, rapport d'activité et d'observation 2010* » : www.comede.org

(262) InVS, « *2005 : sida, grande cause nationale, Épidémiologie du VIH/sida chez les migrants en France* », Unité VIH/sida – IST – VHC, Département des maladies infectieuses, septembre 2005.

(263) www.odse.eu.org/Lettre-ouverte-a-Jacques-Chirac

(264) L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) est un collectif d'associations luttant contre les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins, du droit au séjour pour raisons médicales et de la protection contre l'éloignement des étrangers malades : www.odse.eu.org

(265) « *Peut-on renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine ?* » : www.odse.eu.org/Petition-Peut-on-renvoyer-des

(266) www.comede.org/La-deontologie-medecale-est

(267) Le rapport « *La régularisation pour raison médicale en France – un bilan de santé alarmant* » est téléchargeable sur le site de l'ODSE : www.odse.eu.org

Les pratiques administratives allant à l'encontre de l'esprit de la loi se sont ainsi multipliées dans bon nombre de préfectures²⁶⁸ et ont été constatées tout au long de l'année 2010, en dépit de leur censure fréquente par les juridictions administratives et de l'instruction de la Direction générale de la santé du 29 juillet 2010²⁶⁹.

Les demandes de documents et justificatifs non prévus par la loi, relevés par les équipes de MdM impliquées auprès des étrangers gravement malades et par les associations partenaires, sont courantes : exigence d'un passeport en cours de validité ; exigence d'une adresse réelle ou auprès de certaines structures uniquement ; exigence d'un justificatif de rendez-vous ultérieur chez un médecin agréé ou un praticien hospitalier ; exigence d'une preuve de présence par trimestre (une par mois étant fortement apprécié...) ; demande de justificatifs pour prouver la bonne intégration de la personne (activité sociale, promesse d'embauche) ; pas de délivrance de récépissé de première demande ou de renouvellement (dans un cas, le dossier n'est réputé complet que lorsque l'avis du Mars est donné), etc. Les délais d'instruction peuvent aller jusqu'à 8 mois, voire 1 an en Guyane. Lorsqu'une personne obtient sa régularisation pour soins, il lui est le plus souvent délivré une autorisation provisoire de séjour (APS) au lieu d'une carte de séjour temporaire d'un an comme cela est prévu par la loi. À noter que les APS ne donnent pas toutes droit au travail (leur courte durée est également un frein pour pouvoir trouver du travail), ce qui laisse les personnes dans une logique d'assistance.

En avril 2010, le Conseil d'État a publié deux arrêts²⁷⁰ très importants et positifs dans lesquels il réaffirme la protection contre l'éloignement et le droit au séjour des étrangers malades résidant en France n'ayant pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine. La seule existence du traitement dans le pays ne doit pas suffire, il faut également vérifier les possibilités effectives de la personne d'en bénéficier en fonction de ses ressources ou encore de la région dont elle est originaire²⁷¹. Les associations de défense des étrangers se sont félicitées, estimant que l'esprit de la loi de 1998 était ainsi réaffirmé²⁷².

Mais ces deux arrêts serviront paradoxalement de prétexte pour sonner le glas du droit au séjour des étrangers gravement malades dans le cadre des discussions autour du projet de loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, les détracteurs considérant qu'il s'agit d'un revirement de jurisprudence qui est venu modifier la loi. Selon eux, ce serait pour être mieux appliquée que la loi doit être changée.

Or, le Conseil d'État n'a fait, face à certaines dérives des préfectures, que rappeler les termes de la loi et de l'ensemble des textes pris pour son application depuis 1998.

Pendant toute la durée des débats parlementaires, du vote en première lecture à l'Assemblée nationale en septembre 2010 au vote de la commission mixte paritaire en mai 2011, la mobilisation s'est organisée et amplifiée, au-delà des associations de défense des étrangers, au travers de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, en partenariat avec le Ciss, la Fnars et l'Uniopss²⁷³. Plusieurs instances, organisations et personnalités du monde scientifique et médical ont pris position publiquement de façon forte : le Conseil national du sida, des sociétés savantes telles que la So-

ciété française de santé publique, la Fédération française d'inféctiologie, la Société de pathologies infectieuses de langue française ou la Société française de lutte contre le sida, le Conseil national de l'Ordre des médecins, des syndicats de médecins (SMG) et de médecins inspecteurs de santé publique (SMISP), etc. Une pétition a rassemblé plus de 1 400 signatures de médecins pour « l'accessibilité effective »²⁷⁴ : « Pour des raisons éthiques, sanitaires et financières, nous nous opposons au durcissement drastique des possibilités d'obtention d'un titre de séjour pour les étrangers gravement malades résidant habituellement en France. » Dans son avis rendu le 10 février 2011, le Conseil national du sida souligne les risques et contradictions induits par la réforme de la loi²⁷⁵ :

- un rejet massif des demandes ou renouvellements de titres de séjour, dont les conséquences peuvent être extrêmement graves pour la santé des personnes, particulièrement en cas d'éloignement effectif du territoire, mais également dans le cas où les personnes demeureraient en France dans une situation d'irrégularité qui compromettrait, différerait ou interromprait leur prise en charge médicale ;
- des risques sérieux pour la santé publique et des contradictions manifestes avec les politiques de santé conduites en France et les objectifs des différents plans nationaux de santé ;
- des contradictions avec les positions soutenues par la France au plan international en matière de santé et de développement ;
- des reports de charges et un coût final accru pour le système de santé et de protection sociale français.

En dépit de la forte mobilisation, le processus législatif a aggravé les restrictions au gré des navettes parlementaires.

Ainsi, sous couvert de compromis, en contradiction avec les positions déjà soutenues à deux reprises par la commission des lois du Sénat, le gouvernement a introduit, la veille du vote en séance en 2^e lecture au Sénat, un amendement encore bien pire que les précédents, durcissant davantage le texte et démantelant définitivement la protection des étrangers gravement malades. C'est cet amendement qui sera voté et introduit dans la loi, définitivement promulguée le 16 juin 2011.

Le texte conditionne désormais le droit au séjour à la notion d'« absence » du traitement approprié dans le pays d'origine, en lieu et place de la notion d'« accès effectif », et confie au seul préfet l'appréciation d'éventuelles « circonstances humanitaires exceptionnelles », en violation du secret médical, ou tout du moins en forçant la levée du secret médical puisque obligeant l'étranger malade à dévoiler sa pathologie, ce qui revient au même.

Une telle modification est loin d'être une précision purement sémantique : cela revient à supprimer le droit au séjour des étrangers gravement malades vivant en France.

Quelle différence entre la notion d'« inexistance » initialement proposée et celle d'« indisponibilité » qui l'a remplacée, pour finalement revenir à la notion d'« absence » ?

L'existence, la disponibilité ou encore la présence d'un traitement ne garantit en rien que la personne malade puisse y avoir effectivement accès. Comme le précise le Conseil national du sida, « dans le cas de l'infection

(268) Pour exemple, se reporter au dossier de presse de l'ODSE, « Droit au séjour pour soins, la préfecture du 92 méprise la loi » de mars 2010 : www.odse.eu.org

(269) Instruction DGS du 29 juillet 2010 n° DGS/MC1/RI2/2010/297 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

(270) CE sect. 7 avril 2010, n° 301640 et n° 316625.

(271) Voir note ODSE sur l'analyse des arrêts du Conseil d'État : www.odse.eu.org/Droit-au-sejour-pour-raison

(272) ODSE, « Droit au séjour pour raison médicale : Le conseil d'État réaffirme la protection contre l'éloignement et le droit au séjour des étrangers malades résidant en France n'ayant pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine », juin 2010 : www.odse.eu.org

(273) Pour en savoir plus sur la mobilisation, voir www.odse.eu.org

(274) Pour en savoir plus, voir <http://accessibilite-effective.over-blog.com/>

(275) Conseil national du sida, note valant avis sur la réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi n° 2400 « Immigration, intégration et nationalité », 10 février 2011 : www.cns.sante.fr

à VIH mais pour de nombreuses autres pathologies également, le problème n'est plus aujourd'hui celui de l'existence des traitements appropriés dans les pays d'origine, mais uniquement celui de leur accessibilité. »²⁷⁶

Le dispositif avant le vote de la loi était pourtant clair et encadré, il répondait à des objectifs fondamentaux de santé individuelle et de santé publique.

La réforme est injustifiée compte tenu de la stabilité et de la faiblesse du nombre de cartes de séjour délivrées dans ce cadre (28 000) et de l'absence avérée de migration thérapeutique.

Mais, en dépit de toute la mobilisation, des enjeux de santé publique, de considérations éthiques, humaines et économiques, le gouvernement a persisté. C'est en connaissance de cause et en toute responsabilité qu'il met en grave danger la santé de 28 000 personnes. En cas d'expulsion, et faute d'un accès effectif aux soins, ces personnes seront exposées à un risque vital.

Le ministère de la Santé n'a pas réagi pendant toute cette période.

Pendant les débats, une ARS en particulier a décidé de s'affranchir de la loi qui était encore en vigueur et des précédentes recommandations du ministère de la Santé en matière de protection des étrangers malades. En violation de leurs obligations déontologiques, plusieurs médecins de cette ARS se sont opposés à la régularisation de personnes vivant avec le VIH et menacées de mort en cas de retour au pays d'origine, faute de pouvoir accéder aux soins nécessaires à leur état de santé.

Cette attitude préfigurait ce qui peut arriver demain à tous les étrangers malades vivant en France : ils pourront désormais être renvoyés dans leur pays d'origine dès lors que le « traitement y est présent ». Peu importe qu'il ne le soit pas en quantité suffisante, qu'il soit hors de prix, qu'aucun suivi médical ne soit possible... Cette notion d'accessibilité effective était pourtant au cœur de la protection des étrangers malades, comme le rappelaient toutes les circulaires ministérielles depuis 1998 et le Conseil d'État dans ses arrêts du 7 avril 2010.

C'est le ministère de l'Intérieur, dans une circulaire du 17 juin 2011²⁷⁷, qui est venu donner des indications sur la santé... en rappelant les termes d'une précédente instruction du ministère de la Santé : « Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est pas encore possible de dire que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH. »

Or, depuis le vote de la loi, des personnes vivant avec le VIH régularisées depuis plusieurs années se sont vus refuser le renouvellement de leur titre de séjour...²⁷⁸

Il n'y a pas d'autre solution que de rétablir la loi dans sa rédaction antérieure afin de revenir à la notion d'accessibilité effective de la prise en charge.

En tout état de cause, les médecins continueront à soigner toutes les personnes nécessitant des soins, quels que soient leur nationalité et leur statut administratif, conformément à leurs principes déontologiques.

Certaines équipes de Médecins du Monde ont mis en place depuis quelques années des actions spécifiques pour accompagner les étrangers gravement malades dans leur démarche de demande de régularisation pour raisons médicales, souvent en partenariat avec des associations œuvrant sur le plan juridique. C'est le cas notamment des équipes de Bordeaux, Cayenne, Lyon, Marseille, Nantes, Strasbourg et Toulouse.

À titre d'exemple, l'équipe de Marseille a accueilli 76 patients en 2010 dans le cadre de ces actions d'accompagnement.

Le Caso de Lyon dispose par ailleurs dans son équipe de deux médecins bénévoles agréés qui réalisent des entretiens spécifiques pour l'établissement de rapports médicaux. Ils ont en 2010 assuré 64 permanences et réalisé 263 entretiens.

Cet accompagnement professionnel et personnalisé est plus que jamais indispensable pour des personnes qui doivent déjà faire face à la maladie, affronter la crainte d'être arrêtées et désormais la certitude d'être expulsées.

(276) Courrier du Conseil national du sida adressé au président de la République le 22 septembre 2010.

(277) Circulaire n° IOC-K-11-10771C.

(278) Communiqué de presse de Aides 7 septembre 2011 ; Communiqué de presse de l'ODSE 13 septembre 2011.



© Élisabeth Rull

ANNEXES

- Méthodologie de recueil de données et d'analyse
- Dossiers social et médical des Caso en 2010
- Taux de réponses aux questions posées dans le recueil de données des Caso
- Ensemble des nationalités en 2010 (151 nationalités)
- Données sociales et médicales par Caso

ANNEXE 1

MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL DE DONNÉES ET D'ANALYSE

Recueil de données dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation

→ Les dossiers sociaux, médicaux et dentaires

Les données sont recueillies auprès des patients par nos accueillants, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins et dentistes, à l'aide de dossiers (*annexe 2*).

■ **Le dossier social** est rempli pour chaque patient lors de sa première venue au centre ou pour tout patient dont le dossier avait été rempli plus de 2 ans auparavant afin de réactualiser les informations le concernant. Le dossier social est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter quant à leurs droits à la couverture maladie, et plus généralement sur leurs démarches administratives.

■ **Le dossier médical** comporte deux parties :

- un volet contenant les antécédents médicaux et les informations recueillies dans la mesure du possible lors de la 1^{re} consultation du patient (*questions relatives aux vaccinations, addictions, statut sérologique, violences subies et antécédents obstétricaux*) ;
- une fiche de consultation médicale (*motif(s) de consultation, examen, résultat(s) de consultation, traitement prescrit, orientation(s), examens complémentaires, dépistage, retard de recours aux soins et procédure de régularisation pour raison médicale*) renseignée lors de chaque visite du patient.

■ **Le dossier dentaire** comporte deux parties :

- un volet sur les antécédents, le schéma dentaire, le recueil du nombre de dents cariées, absentes et obturées (permettant le calcul de l'indice CAO), le retard de recours aux soins, le besoin de prothèses dentaires, les observations et le plan de traitement ;
- un tableau récapitulatif du type d'interventions effectuées lors de chaque consultation et des orientations.

Les infirmiers disposent par ailleurs de fiches spécifiques leur permettant de noter le type d'actes réalisés.

Chaque année, les rubriques des dossiers sont revues une à une en mettant en regard leur objectif, leur utilité pour l'examen de la situation de la personne et leur exploitation statistique pour alimenter notre témoignage, tout en tenant compte des remarques et propositions des personnes qui utilisent ces dossiers. Les dossiers sociaux et médicaux sont ainsi réactualisés chaque année en fonction des évolutions à apporter sur leur contenu (ajouts, reformulations ou suppressions de questions) et surtout des modifications législatives. Un groupe composé d'acteurs multidisciplinaires impliqués sur le terrain, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, et formés en santé publique, valide les modifications à apporter aux dossiers¹. Des notices d'utilisation des dossiers, expliquant chaque question, son objectif et contenant par ailleurs des informations sur les dispositifs législatifs, sont disponibles. L'équipe de l'Observatoire est également à disposition des équipes pour répondre directement aux questions posées.

→ La Classification internationale des soins de santé primaires²

Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille). Son but était initialement de qualifier et de coder :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;
- et des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations).

Elle comporte initialement 680 items (hors procédures de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée : **17 chapitres** (ou appareils anatomiques) basés sur

(1) Il s'agit du groupe en charge du suivi de l'Observatoire, tant dans la validation des outils de recueil de données que de l'analyse qui en est faite.

(2) Pour plus d'informations sur la CISP, se référer au site internet du CISP-Club www.ulb.ac.be/esp/cisp, ou, pour télécharger la grille : www.globalfamilydoctor.com/wicc/pagers.html.

les systèmes corporels (*système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.*) et **7 rubriques**.

■ **17 chapitres** (ou appareils anatomiques) **identifiés par une lettre** (15 systèmes anatomiques + 1 catégorie « Général et non spécifié » + 1 catégorie « Social ») :

- A Général et non spécifié³
- B Sang, système hématopoïétique / immunologie (**B**lood, sang)
- D Système **D**igestif
- F Œil
- H Oreille (**H**earing, audition)
- K Cardiovasculaire
- L Ostéoarticulaire (**L**ocomotion)
- N **N**eurologique
- P **P**sychologique
- R **R**espiratoire
- S Peau (**S**kin, peau)
- T Métabolique, nutrition, endocrinien
- U Système **U**rinaire
- W Grossesse, accouchement, planning familial (**W**oman, femme)
- X Système génital féminin et sein (**X**romosome **X**)
- Y Système génital masculin et sein (**Y**romosome **Y**)
- Z Social⁴

■ **7 rubriques**, identifiables dans chaque chapitre par un code couleur (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant une consultation) :

- Symptômes et plaintes – **vert** : codes 01 à 29
- Procédures – **gris** : codes 30 à 69
- Diagnostics ou maladies : codes 70 à 99
 - Maladies infectieuses – **jaune**
 - Tumeurs et néoplasmes – **bleu clair**
 - Lésions traumatiques – **rose**
 - Anomalies congénitales – **bleu foncé**
 - Autres diagnostics – **violet**

Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un nombre (correspondant à une rubrique).

Exemples :

- Peur du SIDA / peur du VIH : **B 25** (**B** = sang, système hématopoïétique, immunologie / **25** = code spécifique / rubrique symptôme ou plainte (vert))
- Angine aiguë : **R 76** (**R** = respiratoire et **76** = code spécifique / rubrique infection (jaune))

Remarques :

L'ORL est répartie entre les chapitres :

- Respiratoire (*exemples : saignement de nez / épistaxis R06 ; sinusite aiguë / chronique R75*) ;
- Oreille (*exemples : otalgie H01 ; otite moyenne aiguë H71 ; surdité H86...*) ;
- et Digestif (*exemple : oreillons D71*).

Le dentaire-stomatologie correspond au chapitre Digestif (*exemple : symptôme / plainte dents / gencives D19*).

Les procédures se construisent de la même manière : association d'une lettre correspondant à l'appareil concerné par la procédure et d'un nombre.

Exemples :

- Résultats d'analyse sanguine dans le cadre d'un bilan d'une HTA : **K 60** (**K** = cardiovasculaire / **60** = code spécifique procédure (gris))
- Rencontre de suivi pour une épilepsie traitée : **N 63** (**N** = neurologique / **63** = code spécifique procédure (gris))
- Avis au sujet d'une prise en charge de grossesse : **W 45** (**W** = grossesse, accouchement et planification familiale / **45** = code spécifique procédure (gris))

La CISP est maintenant intégrée depuis 5 ans dans les dossiers médicaux de MDM.

Au cours de la consultation médicale, la CISP permet de recueillir différents types d'informations permettant de décrire « l'épisode de soins ». Elle permet ainsi de coder :

- le(s) motif(s) de recours aux soins exprimé(s) spontanément par les patients ;
- le(s) résultat(s) de consultation et le(s) problème(s) de santé identifié(s) par les praticiens.

Concernant le(s) motif(s) de recours aux soins :

L'information recueillie est le motif de recours exprimé spontanément par la personne lorsqu'elle se présente à la consultation. 3 motifs distincts peuvent être recueillis pour une même consultation. Ces motifs peuvent être de 3 types :

- un symptôme ou une plainte exprimés par le patient ;
- une procédure (*demande de vaccination, de traitement, d'un certificat médical, résultats d'examens...*) mise en œuvre au décours de la consultation ;
- un diagnostic, dans le cas par exemple où le patient connaît déjà l'existence de sa pathologie.

(3) Cette catégorie regroupe toutes les maladies et symptômes qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique générale de la CISP. On y retrouve par exemple des symptômes généraux (fièvre, douleur) ; des maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, varicelle, etc.) quand elles ne sont pas classables ailleurs, comme dans les maladies du foie (hépatite virale) ou du système immunitaire (infection par le VIH) ; des cancers quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué ; mais aussi les polytraumatismes, les effets secondaires des médicaments, les allergies non pulmonaires et non cutanées, etc.

(4) Cette catégorie n'est pas utilisée, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

Concernant le(s) résultat(s) de consultation et/ou le(s) problème(s) de santé :

Il s'agit des problèmes de santé ou résultats de consultation ou diagnostics identifiés par le médecin à l'issue de la consultation. Les résultats de consultation sont le plus souvent des diagnostics mais sont aussi parfois des symptômes et plaintes lorsque par exemple le diagnostic est en attente de résultats d'examen complémentaires. Ainsi, lorsqu'il y a suspicion d'une pathologie, on notera les symptômes et plaintes et non la pathologie. Il s'agit par ailleurs de noter les pathologies en cours, y compris celles qui ne font pas l'objet de la demande de consultation⁵, l'objectif étant, dans la mesure du possible, de rendre compte le plus fidèlement possible de l'état de santé des personnes rencontrées.

Au cours d'une même consultation, 3 motifs de recours et 3 résultats de consultation peuvent être codés par les médecins⁶.

→ Saisie des dossiers

En 2010, un nouveau système de saisie en réseau a été déployé à l'ensemble des Caso via le portage de l'application sur internet du logiciel informatique utilisé jusqu'à présent. Ce nouveau système permet désormais aux personnes de saisir en mode « multipostes » et facilite l'ensemble des opérations de gestion des données (sauvegarde, installation et mise à jour du logiciel, rapatriement des données, etc.). Il permet également de collecter quotidiennement l'ensemble des données sur un serveur informatique hébergé au siège de MdM avec une mise à disposition en temps réel des données nationales ayant pour atout majeur un meilleur suivi de

Analyse globale des données

La Direction des missions France a confié l'analyse des données des Caso, pour la huitième année consécutive, à l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (Orsmip), qui a rédigé le présent rapport avec la Direction des Missions France.

Le service informatique de Médecins du Monde a préparé les données informatiques pour qu'elles soient directement exploitables par l'Orsmip.

L'analyse porte sur les données recueillies dans les 21 centres.

la qualité du recueil et des possibilités d'alerte en direct sur l'état de santé et l'accès aux soins des personnes reçues dans les Caso.

Les dossiers sont saisis, directement dans les centres, via internet avec le logiciel Eurêka Serveur V5.0.0.89, le plus souvent par des personnes bénévoles.

La saisie continue de s'effectuer sur deux fichiers différents :

- un fichier dénommé « base patients » ; où sont saisies les données du dossier social (lors de la première visite du patient au centre ou pour tout patient dont le dossier a été rempli plus de 2 ans auparavant afin de réactualiser les informations le concernant) ;
- un fichier dénommé « base visites » ; où sont saisies les consultations médicales et dentaires (lors de chaque visite du patient) ainsi que les données concernant les questions relatives aux vaccinations, addictions, statut sérologique, violences subies et antécédents obstétricaux⁷.

L'unique clé entre ces 2 fichiers est le numéro de dossier, lequel est attribué selon un code homogène pour chaque centre : code centre / code année / rang.

Chaque équipe dispose en temps réel de ses propres données, sous forme de tableaux de bord programmés en amont par la Direction des missions France, pour en faire une analyse (reprise dans les différents rapports d'activité).

Les données quotidiennement centralisées au siège de Médecins du Monde et traitées par le service informatique sont préparées (élimination des doublons, des enregistrements vierges...) et compilées en vue de l'analyse nationale⁸.

Les résultats présentés dans ce rapport s'appuient sur deux bases de données distinctes :

- les caractéristiques démographiques et sociales des patients (motif de recours, logement, emploi, ressources, situation administrative, accès aux soins, etc.) sur la « base patients » ;
- les diagnostics médicaux, la santé bucco-dentaire et les orientations médicales sur la « base visites » comportant les informations recueillies lors de chaque consultation médicale.

La « base patients » contient 21 710 enregistrements.

(5) Pour une personne diabétique traitée qui se présente pour une grippe, on codera les deux pathologies.

(6) Il a été décidé en 2010 de réduire le nombre de motifs de recours et résultats de consultation à 3 (au lieu de 4 jusqu'en 2009) car très peu de consultations comprennent plus de 3 motifs de recours et/ou résultats de consultations.

(7) Ces données (vaccinations, addictions, statut sérologique, violences subies et antécédents obstétricaux) peuvent être complétées (et non modifiées) lors de la 2^e consultation, 3^e consultation, ou plus tard... si celles-ci n'ont pas pu être toutes renseignées lors de la 1^{re} consultation.

(8) Grâce au nouveau système de saisie, l'ensemble des données des Caso est également disponible à tout moment en cas de nécessité de réagir et d'alerter en direct sur l'état de santé et l'accès aux soins des personnes rencontrées.

La « base visites » contient 59 316 enregistrements dont, – 38 606 consultations médicales⁹ pour 21 236 patients différents ;

– et 3 919 consultations dentaires pour 1 742 patients différents.

Les autres enregistrements concernent d'autres consultations, non exploitables au niveau national sur un plan statistique. En effet, depuis 2004, nous enregistrons progressivement sur support informatique les différentes activités des Casos. Il s'agit pour l'essentiel de consultations sociales, de consultations de psychologues, de soins infirmiers, d'actes de kinésithérapie, etc. Les centres qui enregistrent exhaustivement leurs différentes activités peuvent toutefois disposer dans le même logiciel de leurs propres données d'activité.

Le traitement des données a été réalisé au moyen du logiciel Stata (version 8.0.).

Les variables comparées ont fait l'objet de tests statistiques. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du chi-deux de Pearson ; l'analyse de variances ou le test non paramétrique de Kruskal et Wallis ont été utilisés pour comparer les variables quantitatives.

Les données traitées par Médecins du Monde l'ont été avec le logiciel Sphinx V5.1.0.2.

Les différences observées ont été exprimées dans les ta-

bleaux par le traditionnel « p » (qui exprime la probabilité que les différences observées soient le fruit du hasard) selon la codification suivante :

- ns : différence non significative au seuil de 5%
- * : différence significative au seuil de 5%
- ** : différence significative au seuil de 1%
- *** : différence significative au seuil de 1%

Lorsqu'une relation entre deux variables est annoncée dans le texte, dans tous les cas cette relation a été évaluée par l'intermédiaire d'un test statistique, et le test utilisé s'est révélé significatif à un seuil de probabilité « p » au moins inférieur à 0,05 (5%).

L'analyse de la relation entre deux variables nécessite bien souvent de contrôler l'influence de facteurs tiers (ajustement). Nous avons pour ce faire utilisé la régression logistique multiple qui permet de créer un modèle mathématique liant une série de variables (qualitatives ou quantitatives) à une seule variable cible dichotomique. Il est ainsi possible de mesurer l'effet propre de chaque variable sur la variable cible indépendamment des autres.

La force de l'influence de chaque variable sur le modèle est exprimée par l'*odds ratio*.

La régression logistique n'a pas été utilisée ici pour construire des modèles prédictifs, mais seulement pour contrôler l'impact de certaines variables de confusion.

Analyse des données recueillies avec la CISP

Le traitement des données médicales a été réalisé selon deux approches.

Dans une première phase, l'analyse des données médicales a été réalisée à partir de l'ensemble des consultations réalisées au cours de l'année 2009 (n = 35 535) dans le but d'estimer le poids respectif de chacune des pathologies sur l'ensemble des consultations. Il ne s'agit pas ici de prévalences dans la mesure où, au cours d'un même passage, certains patients ont pu bénéficier de plusieurs consultations ou se présenter aux consultations à plusieurs reprises au cours de l'année.

Un patient souffrant par exemple d'hypertension artérielle ou d'un diabète peut être amené à consulter à de multiples reprises, contrairement à un autre patient souffrant d'une affection ponctuelle. Cette différence entraîne une surreprésentation de l'hypertension artérielle et du diabète dans l'ensemble des résultats de consultations.

Dans la suite des analyses, et en particulier pour toutes celles portant sur des populations spécifiques (mineurs, SDF, demandeurs d'asile...), le traitement des données médicales n'est plus réalisé à partir de l'ensemble des consultations délivrées, mais à partir des patients venus consulter (n = 19 481), cela dans le but d'obtenir une estimation plus précise des prévalences des différents types d'affections dans ces populations.

Rappelons enfin que le terme de « prévalence » n'est pas tout à fait approprié dans ce travail dans la mesure où les consultants de MdM ne subissent pas un examen complet permettant d'avoir une vue d'ensemble de leur état de santé. Il faut donc interpréter les prévalences en termes de fréquences de pathologies diagnostiquées, sans que l'on connaisse exactement la véritable prévalence de ces affections parmi les consultants.

(9) Nombre de consultations médicales comprenant la médecine générale et la médecine spécialisée.

Les dénominateurs utilisés dans les analyses varient selon que l'on raisonne à partir de l'ensemble des consultations délivrées ou à partir de l'ensemble des patients venus consulter.

Ils varient également selon le type d'analyse effectuée. L'ensemble des dénominateurs utilisés dans ce rapport est résumé dans le tableau suivant.

Les différents dénominateurs utilisés dans l'analyse des données médicales

Type d'analyse	Consultations ou patients sur lesquels porte l'analyse	Dénominateur
Analyse à partir des consultations délivrées en 2010		
Motifs de consultation par appareil	Consultations médicales où au moins un motif de recours a été codé par les médecins	34 044
Motifs de consultation à partir des items regroupés de la CISP (voir ci-dessous)	Consultations médicales où au moins un motif de recours a été codé par les médecins, à l'exception des motifs de consultations codés uniquement par la lettre de l'appareil	33 849
Résultats de consultation par appareil	Consultations médicales où au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins	29 410
Résultats de consultation à partir des items regroupés de la CISP (voir ci-dessous)	Consultations médicales où au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins, à l'exception des résultats de consultations codés uniquement par la lettre de l'appareil	29 329
Durées prévisibles de prise en charge	Consultations médicales où au moins un diagnostic a été codé par les médecins, à l'exception des résultats de consultations codés uniquement par la lettre de l'appareil, des résultats codés uniquement par « symptômes et plaintes », ainsi que de certains résultats de consultation pour lesquels la durée de prise en charge n'a pas de sens (gestion santé, médecine préventive...)	21 770
Analyse à partir des patients venus consulter en 2010		
Motifs de consultation par appareil	Patients ayant consulté et pour lesquels au moins un motif de recours a été codé par les médecins	19 392
Résultats de consultation par appareil	Patients ayant consulté et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins	17 753
Résultats de consultation à partir des items regroupés de CISP	Patients ayant consulté et pour lesquels au moins un résultat de consultation a été codé par les médecins, à l'exception des résultats de consultations codés uniquement par la lettre de l'appareil	17 718
Durées prévisibles de prise en charge	Patients ayant consulté et pour lesquels au moins un diagnostic a été codé par les médecins, à l'exception des résultats de consultations codés uniquement par la lettre de l'appareil, des résultats codés uniquement par « symptômes et plaintes », ainsi que de certains résultats de consultation pour lesquels la durée de prise en charge n'a pas de sens (gestion santé, médecine préventive...)	14 071

La CISP comporte initialement 680 items¹⁰ répartis en 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.). Un groupe de médecins cliniciens et de médecins de santé publique a réalisé en 2006 un travail de

regroupement de ces items permettant de présenter les résultats de façon plus synthétique et d'en faciliter la lecture. L'ensemble a été regroupé en 84 catégories, dont la liste figure ci-contre.

(10) Hors procédures de soins

Général et non spécifié (A) – Symptômes et plaintes généraux – Diagnostics non classés ailleurs – Tuberculose	Ostéo-articulaire (L) – Symptômes et plaintes du rachis – Autres sympt. et plaintes ostéoarticulaires – Syndrome dorsolombaire – Autres diagnostics locomoteurs	Métabolisme, nutrition, endocrinien (T) – Symptômes et plaintes du système métabolique – Diabète insulino et non insulino-dépendant – Excès pondéral, obésité – Autres diagnostics métaboliques
Sang. Syst. Hématop./immunol. (B) – Sympt. et plaintes syst. hémat/immuno – Anémies – HIV – Autres diag. syst. hémat/immuno.	Neurologique (N) – Symptômes et plaintes neurologiques – Épilepsie – Autres diagnostics neurologiques	Système urinaire (U) – Symptômes et plaintes du système urinaire – Infections urinaires / rénales – Autres diagnostics urinaires et néphro
Système digestif (D) – Symptômes et plaintes du système digestif – Affections des dents-gencives – Hépatite virale – Infections gastro-intestinales – Pathologies ulcéreuses – Autres diagnostics système digestif	Psychologique (P) – Angoisse, stress, troubles somatiques – Syndrome dépressif – Psychose – Utilisation de subst. psychoactives (alcool) – Utilisation de subst. psychoactives (tabac-médicaments) – Utilisation de subst. psychoactives (drogues) – Autres problèmes psychologiques	Grossesse, accouchement, planning familial (W) – Sympt et plaintes liés à la grossesse, accouchement, planning familial – Contraception – Grossesse et couche non pathologiques – Grossesse et couche pathologiques
Œil (F) – Symptômes et plaintes de l'œil – Lunettes-lentilles – Infections de l'œil – Autres diagnostics de l'œil	Respiratoire (R) – Symptômes et plaintes nez-sinus – Autres symptômes et plaintes respiratoires – Infections respiratoires supérieures – Infections respiratoires inférieures – Toux – Asthme – Autres diagnostics respiratoires	Système génital féminin et sein (X) – Symptômes et plaintes du système génital féminin – Troubles des règles – Infections sexuellement transmissibles – Autres diagnostics du système génital féminin
Oreille (H) – Symptômes et plaintes de l'oreille – Infections de l'oreille – Autres diagnostics de l'oreille	Peau (S) – Symptômes et plaintes dermatologiques – Parasitoses/candidoses – Infections cutanées – Dermatitis atopiques et contacts – Éruption cutanée/Tuméfactions – Autres pathologies cutanées	Système génital masculin et sein (Y) – Symptômes et plaintes du système génital masculin – Infections sexuellement transmissibles – Autres diagnostics du système génital
Cardiovasculaire (K) – Symptômes et plaintes cardiovasculaires – Hypertension artérielle – Cardiopathies, troubles du rythme – Pathologies vasculaires – Autres diagnostics cardiovasculaires		Catégories transversales aux appareils – Traumatismes – Peurs / préoccupations – Maladies infectieuses non classées ailleurs – Cancers

Les pathologies ont par ailleurs été classées en 3 catégories selon leur durée prévisible de prise en charge :


1. Moyen ou long terme : durée de prise en charge supérieure à 6 mois
2. Court terme : durée de prise en charge inférieure à 6 mois
3. Indéterminée : durée de prise en charge indéterminée

ANNEXE 2

DOSSIERS SOCIAL ET MÉDICAL DES CASO EN 2010

DEF dossier social Mission France – Observatoire 2010, 01/12/09

Mission France
Observatoire



DOSSIER SOCIAL
2010 Saisie ?

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.
Vous avez le droit de refuser qu'une information soit écrite dans le dossier.

Nom(s) de(s) accueillant(e)s / AS : _____

A. Numéro de dossier : _____

Année ou date de la 1^{ère} consultation au centre : _____
Evolution de la situation du patient

B. Date de consultation : __ / __ / __ (jj/mm/aaaa)

Nom : _____

Prénom : _____

C. Sexe : 1 M 2 F

D. Date de naissance : __ / __ / __ (jj/mm/aaaa)

Espace libre :

Commentaires

1. La personne a-t-elle besoin d'un traducteur ? Oui Non

2. Si oui, présence d'un traducteur à l'entretien ? Oui, sur place Oui, par téléphone Non

3. Dossier difficile à remplir (problèmes de langue, état de santé, ...)
(merci de renseigner les informations du dossier dans la mesure du possible)

4. Vous venez au centre pour (première(s) demande(s) de la personne) ?
(plusieurs réponses possibles)

1 Voir un travailleur social
2 Voir un médecin généraliste
3 Voir un médecin spécialiste
4 Honorer une ordonnance
5 Avoir des soins infirmiers
6 Voir un dentiste
7 Autre, précisez (AME, CMU,...) : _____

5. Avez vous été adressé(e) dans notre centre par ?

1 Structure de soins (hôpital, PASS, PMI, médecin libéral, centre de santé,...)
2 Institution administrative et/ou sociale (CPAM, CCAS, AS de secteur)
3 Association (foyer, autres,...) _____
4 Non adressé(e) (média, bouche à oreille,...)
5 MDM (autres programmes MDM) _____
6 Autre, précisez : _____

Personne contact : _____

DEF dossier social Mission France – Observatoire 2010, 01/12/09

CONDITIONS DE VIE

Commentaires

6. Quelle est votre situation familiale en France ? (pour les personnes majeures)

- 1 Seul(e) (avec ou sans enfant(s))
- 2 En couple (avec ou sans enfant(s))

7. Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ?

- 1 Oui 2 Non

8. [Si le patient a des enfants mineurs] Vivez-vous ?

- 1 Avec tous vos enfants
- 2 Avec une partie d'entre eux
- 3 Avec aucun d'entre eux

9. Si la personne est mineure, vit-elle ?

- 1 Avec parents (père et/ou mère)
- 2 Avec autre famille
- 3 Avec autre(s) personne(s)
- 4 Est mineur(e) isolé(e)

10. Si la personne est un enfant de moins de 6 ans, est-il suivi en PMI ?

- 1 Oui 2 Non

11. Concernant votre logement, quelle est votre situation actuellement ?

- 1 Sans domicile fixe (à la rue ou en hébergement d'urgence *pour quelques nuits*)
(aller directement à la question 16)
- 2 Hébergé(e) par un organisme ou une association (hôtels, foyers pour personnes à la rue, pour femmes, pour migrants, etc... *pour une durée supérieure à 15 jours*)
- 3 En logement précaire, précisez
- 3.1 Provisoirement hébergé(e) par de la famille ou chez des amis
- 3.2 Occupant un logement sans bail (sans contrat légal)
- 3.3 Occupant un terrain sans droit (campement illégal)
- 3.4 Autre, précisez _____
- 4 En logement stable
- 4.1 Hébergé(e) durablement 4.2 Logement personnel

12. A votre avis, ce logement est-il néfaste pour votre santé ou pour celle des enfants ? (humidité, moisissure, non accès à l'eau courante, fils électriques apparents, peintures écaillées, etc..., ou risques d'accidents domestiques)

- 1 Oui 2 Non

13. Combien de pièces y a-t-il dans ce logement ? _____ pièce(s)

(sans compter la cuisine, la salle d'eau ni l'entrée)
(si la personne vit en foyer, ne compter que sa chambre)

14. Au total, combien de personnes habitent dans ce logement ?

(en vous comptant vous-même) _____ personne(s)

15. Ne se prononce pas sur les conditions de logement (questions 12, 13 et 14)
(Situation changeante ou ne souhaite pas s'exprimer)**SITUATION ADMINISTRATIVE****16. Quelle est votre nationalité ? (+ communauté si déclarée par la personne)**

17. Dernière date d'entrée en France ? ___ / ___ / ___ (jj/mm/aaaa)

- 1 Non concerné(e) (né(e) en France et est toujours resté(e) en France)

18. Avez-vous vécu antérieurement en France ?

- 1 Oui 2 Non

19. Si oui, combien de temps avez-vous vécu en France ?

_____ mois ou _____ années

20. Avez-vous des documents justifiant votre identité ?

- 1 Oui 2 Non 3 Ne veut pas répondre

21. Quelle est votre situation au regard du séjour ? au jour de la consultation

Commentaires

- 01 N'a pas besoin de titre de séjour (français, mineur)
- Pour les ressortissants de l'Union Européenne**
- 02 n'a pas besoin de titre de séjour car en France depuis moins de 3 mois
- 03 est autorisé(e) à rester en France (a une activité déclarée ou des ressources officielles en France)
- 04 n'est pas autorisé(e) à rester en France, car en France depuis plus de 3 mois, inactif, sans ressource et sans assurance maladie
- Pour les extracommunautaires (non ressortissants de l'UE)**
- 05 Visa touriste en cours de validité avec ou sans l'intention de résider en France
- 06 RV ou convocation Préfecture
- 07 Titre de séjour valide de 1 à 3 mois, date d'échéance _____
- 08 Titre de séjour valide de 3 mois (inclus) à 1 an, date d'échéance _____
- 09 Titre de séjour valide pour 1 an, date d'échéance _____
- 10 Titre de séjour valide pour 10 ans, date d'échéance _____
- 11 Titre de séjour autre durée, précisez : __ ans, date d'échéance _____
- 12 Sans titre de séjour

22. Avez-vous déposé auprès des services de la préfecture une demande de régularisation ?

- 1 Oui en cours 2 Oui mais refusée 3 Non

23. Si oui, laquelle ? 1 Pour raisons médicales
- 2 Autre, précisez laquelle : _____

24. Souhaitez-vous ou avez-vous déposé une demande d'asile ?

- 1 Oui, mais demande non déposée (aller directement à la question 26)
- 2 Oui, demande déjà déposée
- 3 Non (aller directement à la question 27)

25. Si votre demande d'asile est déposée, quelle est votre situation à ce jour ?

- 1 Débouté(e) 3 Recours en cours
- 2 Demande OFPRA en cours 4 Reconnu(e) réfugié(e)
- 5 Placement en procédure prioritaire

26. Pourquoi n'avez-vous pas pu déposer votre demande ?

- 1 Arrivée trop récente
- 2 Difficultés pour les démarches _____
- 3 Placement en procédure Dublin II ou Eurodac

ACTIVITES ET RESSOURCES

27. Exercez-vous une activité pour gagner votre vie en France ?

- 1 Oui 2 Non

⚠ Aborder la question des ressources avec la personne permet de l'informer de la prise en compte de ses ressources pour l'attribution de la CMU ou de l'AME

28. De combien d'argent environ votre foyer dispose-t-il pour vivre par mois ici en France ?

(propres revenus, revenus du conjoint, autres revenus, ...)

environ _____ € NSP Nourri(e)/logé(e)

29. Quelle est l'origine des ressources officielles de votre foyer ?

Origine des ressources officielles	Montant mensuel
1 <input type="checkbox"/> Pas de ressource officielle	
2 <input type="checkbox"/> Salaires/Indemnités journalières	----
3 <input type="checkbox"/> RSA	----
4 <input type="checkbox"/> Allocation d'insertion / Assedic	----
5 <input type="checkbox"/> Pension au titre de la retraite	----
6 <input type="checkbox"/> Minimum vieillesse	----
7 <input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé	----
8 <input type="checkbox"/> Autre revenu ou allocation	----

30. Combien de personnes présentes en France vivent avec ces revenus ? (vous y compris) ? _____ personne(s)

DEF dossier social Mission France – Observatoire 2010, 01/12/09

COUVERTURE MALADIE, OBSTACLES A L'ACCES ET A LA CONTINUTE DES SOINS,**ORIENTATION****31. Disposez-vous d'une adresse postale pour recevoir votre courrier ?**1 Oui 2 Non*Commentaires***32. Si non, avez-vous une domiciliation pour la CMU / AME ?**1 Oui, dans un CCAS 3 Pas de domiciliation CMU/AME
2 Oui, dans une association**DROITS THÉORIQUES :****33. Selon la loi, de quel dispositif relève la personne ?**1 Relève de la CMU complémentaire
2 Ne peut relever que de la couverture de base (sécurité sociale ou CMU de base)3 Relève de l'AME4 A des droits dans un autre pays européen5 Ne relève d'aucun dispositif, précisez pourquoi5.1 Ne relève pas de l'AME car résidence de moins de 3 mois en France (*sauf mineurs*)5.2 Ne relève pas de l'AME car plafond dépassé5.3 Ne relève pas de la CMU car résidence de moins de 3 mois en France (*sauf demandeurs d'asile*)5.4 Touristes ou étrangers de passage sans l'intention de résider en France**ATTENTION !** si les personnes ont rencontré des problèmes concernant des justificatifs ou preuves à apporter, le noter dans les **obstacles** (question 35).**DROITS EFFECTIFS :****34. Avez-vous une couverture maladie ?**1 Aucune couverture maladie
2 Couverture maladie de base uniquement (SS ou CMU de base)
3 Couverture maladie de base et complémentaire
4 AME
5 Droits ouverts dans un autre pays européen
6 Demande en cours**35. Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez pour l'accès et la continuité des soins ? (4 réponses possibles)***Ne pas citer les modalités, laisser la personne répondre spontanément**Il s'agit des obstacles cités spontanément par la personne ou repérés tout au long de l'entretien par l'accueillant ou le travailleur social*01 N'a pas pu apporter de preuves de sa présence en France depuis 3 mois02 Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès aux droits, médecin traitant)03 CMU ou AME refusée par les professionnels04 Absence de carte vitale05 Pas de renouvellement des droits06 Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité des démarches,...)07 Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs08 Complémentaire trop chère, difficulté avance de frais, paiement des franchises, soins non pris en charge par la sécu, ...09 Barrière linguistique10 Peur de la dénonciation, peur de se déplacer11 Mauvaise expérience dans le système de soins12 Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits13 Aucun droit possible : personne en France depuis moins de 3 mois ou visa touriste14 Pas d'obstacles15 Autre raison exprimée : _ _ _ _ _**36. [Pour les personnes sans titre de séjour] En ce moment, vous arrive-t-il de limiter vos déplacements ou vos activités de peur d'être arrêté(e) ?**1 Très souvent 2 Souvent 3 Parfois 4 Jamais**37. Informations et/ou orientations pour l'accès aux droits et/ou aux soins**1 Oui 2 NonSi oui, précisez : _ _ _ _ _
(CPAM, CGSS, MSA, Organisme complémentaire, CCAS, Association, PASS, Autres,...)

Autres orientations : _ _ _ _ _

38. Refus des démarches 1 Oui 2 Non*Les éléments que vous jugez importants pour le suivi médical de la personne doivent être signalés sur le dossier médical*

DEF dossier médical Mission France – Observatoire 2010. 011209

**Mission France
Observatoire**



**DOSSIER MÉDICAL
2010** Saisie ?

Conformément à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Vous avez le droit de refuser qu'une information soit écrite dans le dossier.

Nom du médecin / infirmier(e) : _____

A. Numéro de dossier : _____

B. Date de consultation : __ / __ / ____ (jj/mm/aaaa)

Nom : _____

Prénom : _____

C. Sexe : 1 M 2 F

D. Date de Naissance : __ / __ / ____ (jj/mm/aaaa)

Se référer au dossier social pour connaître les éléments sociaux indispensables au suivi médical du patient

Transmission de l'accueil (données non saisies)
(Perception de souffrance psychique, conditions de logement néfastes à la santé, risque de saturnisme, état des droits à la couverture maladie,...) :

E. Nécessité d'un traducteur : 1 oui 2 non

F. Si oui, présence d'un traducteur : 1 oui, sur place 2 oui, par téléphone 3 non

ETAT DES VACCINATIONS

(Oui à priori = la personne ne peut pas présenter de carte ou carnet de vaccination mais vous avez de bonnes raisons de penser que le vaccin est à jour / NSP = Ne sait pas)

Vaccination (Cf. carnet de santé pour la suite des vaccinations)

					Faites ce jour Marque, lot, 1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} injection, rappel
a) ROR	1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour)	2 <input type="checkbox"/> Oui à priori	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> NSP	1 <input type="checkbox"/> Oui _____
b) Tétanos	1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour)	2 <input type="checkbox"/> Oui à priori	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> NSP	1 <input type="checkbox"/> Oui _____
c) Diphtérie / Polio	1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour)	2 <input type="checkbox"/> Oui à priori	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> NSP	1 <input type="checkbox"/> Oui _____
d) BCG	1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour)	2 <input type="checkbox"/> Oui à priori	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> NSP	1 <input type="checkbox"/> Oui _____
e) Hépatite B	1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour)	2 <input type="checkbox"/> Oui à priori	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> NSP	1 <input type="checkbox"/> Oui _____
f) Coqueluche / haemophilus	1 <input type="checkbox"/> Oui (à jour)	2 <input type="checkbox"/> Oui à priori	3 <input type="checkbox"/> Non	4 <input type="checkbox"/> NSP	1 <input type="checkbox"/> Oui _____

→ **Penser à orienter ou à vacciner**

DEF dossier médical Mission France – Observatoire 2010, 011209

DÉPENDANCES Problème d’abus répété ou d’addiction à :

- a) **Alcool** (ressentez-vous le besoin de consommer de l’alcool tous les jours ?) 1 Oui 2 Non
 - b) **Tabac** (+ 10 cigarettes / jour) 1 Oui 2 Non
 - c) **Autres produits psychoactifs** (cannabis, amphét, cocaïne, ecstasy, LSD, opiacés...) **ou médicaments détournés de leur usage :** 1 Oui 2 Non
- Le(s)quel(s) : _____

STATUT SÉROLOGIQUE

- | | | | | | |
|---------------|----------------------------|--|-----------------------|---|---|
| | Inconnu | Connu | | Date du dernier dépistage | Proposition de dépistage (NSP = Ne sait pas) |
| a) VHB | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> Positif* 3 <input type="checkbox"/> Négatif | _____ / _____ / _____ | 1 <input type="checkbox"/> d’accord 2 <input type="checkbox"/> pas d’accord 3 <input type="checkbox"/> NSP 4 <input type="checkbox"/> déjà fait | |
| b) VHC | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> Positif 3 <input type="checkbox"/> Négatif | _____ / _____ / _____ | 1 <input type="checkbox"/> d’accord 2 <input type="checkbox"/> pas d’accord 3 <input type="checkbox"/> NSP 4 <input type="checkbox"/> déjà fait | |
| c) VIH | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> Positif 3 <input type="checkbox"/> Négatif | _____ / _____ / _____ | 1 <input type="checkbox"/> d’accord 2 <input type="checkbox"/> pas d’accord 3 <input type="checkbox"/> NSP 4 <input type="checkbox"/> déjà fait | |

* Le médecin vous a dit que vous étiez atteint de l’hépatite B

➔ **Penser à orienter pour le dépistage** (merci de le renseigner à la 4^{ème} page du dossier)

VIOLENCES SUBIES

Nous allons à présent aborder des questions sur différentes formes de violence, que certaines personnes ont pu subir. Vous-même, au cours de votre vie... (mettre une croix dans les cases correspondantes)
 Merci de laisser la personne parler des violences subies éventuellement en suggérant les différents types.

Commentaires

	Non	Oui	Si oui, chronologie par rapport à l’arrivée en France		
			Avant	Pendant le trajet	En France
01. Avez-vous vécu dans un pays en guerre ?					
02. Avez-vous été battu(e) ou blessé(e) lors de violences familiales ou lors d’une agression ?					
03. Avez-vous souffert de la famine ou de ne pas avoir suffisamment à manger ?					
04. Avez-vous été menacé(e) physiquement ou emprisonné(e) pour vos idées ?					
05. Avez-vous été victime de violences de la part de forces de l’ordre (police, armée, ...) ?					
06. Avez-vous subi une agression sexuelle ?					
07. Avez-vous été torturé(e) ?					
08. Avez-vous été exposé(e) à un autre événement violent non évoqué dans les questions précédentes ?					
09. Précisez éventuellement : _____					
10. <input type="checkbox"/> Sujet non abordé lors de la 1^{ère} consultation médicale					

ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Question filtre pour les questions 1 à 5 → 1 Non concernée (n’a jamais été enceinte) 2 Concernée

1. Age de la patiente à sa première grossesse : __ __ ans
- Nombre de grossesses
2. Nombre de grossesses ayant donné naissance à un enfant vivant : __
3. Nombre de grossesses menées à terme et ayant donné naissance à un enfant décédé ou décédé pendant la période néo-natale : __
4. Nombre de fausses-couches : __
5. Nombre d’IVG antérieures : __
6. Pratique d’une contraception
 1 Oui 2 Non (jamais) 3 Interrompue, pourquoi :

Enceinte actuellement ? 1 Oui (W78)

1. Poids : _____ kg
2. Terme : _____ sem. de grossesse
3. Accès aux soins prénataux :
 1 Oui 2 Non
4. Retard de suivi de grossesse :
 1 Oui 2 Non
5. Demande d’IVG :
 1 Oui (code CISP : W79) 2 Non

DEF dossier médical Mission France – Observatoire 2010, 011209

ANTÉCÉDENTS / ALLERGIES / CONTRE INDICATIONS

Traitement habituel / en cours (Classe / posologie / durée)

1. NATURE DE LA PLAINTÉ / Motif(s) de consultation ou plainte(s) exprimé(s) par le patient

1.1	-----	Codage CISP	<input type="text"/>
1.2	-----		<input type="text"/>
1.3	-----		<input type="text"/>

Observation médicale

TA : _____
Fréquence cardiaque : _____

2. Poids (hors femmes enceintes) : _____ kg
3. Taille (en mètres) : _____ m
(IMC : _____)

4. DIAGNOSTIC(S) / résultat(s) de la consultation
diagnostic(s) OU symptômes et plaintes si pas de diagnostics

Codage CISP 5. Diag. en attente ? 6. Le pb de santé est-il traité ou suivi actuellement ?

4.1	-----	-----	5.1 <input type="checkbox"/> oui	6.1 <input type="checkbox"/> oui complètement 6.2 <input type="checkbox"/> oui en partie	6.3 <input type="checkbox"/> non 6.4 <input type="checkbox"/> nsp
4.2	-----	-----	5.2 <input type="checkbox"/> oui	6.1 <input type="checkbox"/> oui complètement 6.2 <input type="checkbox"/> oui en partie	6.3 <input type="checkbox"/> non 6.4 <input type="checkbox"/> nsp
4.3	-----	-----	5.3 <input type="checkbox"/> oui	6.1 <input type="checkbox"/> oui complètement 6.2 <input type="checkbox"/> oui en partie	6.3 <input type="checkbox"/> non 6.4 <input type="checkbox"/> nsp

DEF dossier médical Mission France – Observatoire 2010, 011209

RETARD DE RECOURS AUX SOINS, PROCÉDURES DE RÉGULARISATION POUR RAISONS MÉDICALES7. Le(s) problème(s) de santé aurai(en)t-il(s) dû(s) être traité(s) plus tôt ? 1 Oui 2 Non8. Le patient a-t-il besoin de soins nécessitant une ouverture immédiate de droits ? 1 Oui 2 Non*Si oui, voir avec l'accueil ou le travailleur social pour l'ouverture immédiate des droits à la couverture maladie*

9. D'après le diagnostic, le patient devrait-il engager une procédure de régularisation pour raisons médicales ?

1 Oui 2 Non 3 Diagnostic en attente*Si oui, penser à rédiger un certificat médical dit «non descriptif» et orienter le patient vers un médecin agréé**(Cf. procédure dans la notice d'accompagnement du dossier médical)***TRAITEMENTS, EXAMENS COMPLÉMENTAIRES / DÉPISTAGE / ORIENTATION**

10. TRAITEMENTS PRESCRITS : Vérifier l'état des droits à la couverture maladie

(forme, posologie, durée, quantité remise)

1 Remis 2 Non remis 3 Remis partiellement 4 Traitement pas nécessaire

11. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES / DÉPISTAGE / ORIENTATION, vers quelle(s) structure(s) ?

*date prise de rdv, date du rdv, avec qui, accompagnement, où,...*01 Examens de laboratoire _ _ _ _ _02 Radiographie/Echographie _ _ _ _ _03 Radio pulmonaire _ _ _ _ _04 Test de grossesse _ _ _ _ _05 Frottis cervico-vaginal _ _ _ _ _06 Mammographie _ _ _ _ _07 VIH, précisez 1 CDAG 2 Laboratoire _ _ _ _ _08 VHB, précisez 1 CDAG 2 Laboratoire _ _ _ _ _09 VHC, précisez 1 CDAG 2 Laboratoire _ _ _ _ _10 Autre examen de dépistage, précisez

(autre IST, plombémie, etc....) : _ _ _ _ _

11 PASS _ _ _ _ _12 Urgences _ _ _ _ _13 Consultations hospitalières (hors PASS et urgences) _ _ _ _ _14 Praticien libéral, précisez 1 généraliste 2 spécialiste 3 dentiste _ _ _ _ _15 Praticien d'un centre de santé, précisez 1 généraliste 2 spécialiste 3 dentiste _ _ _ _ _16 Consultation psychologique ou psychiatrique _ _ _ _ _17 Centre de vaccination _ _ _ _ _18 PMI _ _ _ _ _19 Centre de planification familiale _ _ _ _ _20 Autres, précisez _ _ _ _ _12. Orientation interne à MDM : 1 Oui, précisez : _ _ _ _ _

ANNEXE 3

TAUX DE RÉPONSES AUX QUESTIONS POSÉES DANS LE RECUEIL DE DONNÉES DES CASO

	Aix-en-Provence	Arles	Beaune	Bordeaux	Caen	Cherbourg	Colmar	Creteil	Dijon	Evry	Le Havre	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Nice	Paris	Rouen	Strasbourg	Toulouse	Valenciennes	Cayenne	TOTAUX
Nombre de passages	1 029	252	1 100	307	5 282	8 739	1 899	295	5 353	7 255	2 000	1 250	866	6 814	637	7 768	1 076	2 682	1 462	1 092	2 158	2 158	59 316	
Nombre de patients différents (file active)	378	92	645	174	1 920	5 500	879	135	2 452	3 139	855	420	299	3 375	273	4 104	624	744	664	477	1 011	1 011	28 160	
Nombre de nouveaux patients	242	34	579	133	1 283	4 074	656	110	1 603	2 363	654	285	238	1 976	186	3 464	497	424	483	272	669	669	20 225	
Nombre de consultations médicales	997	233	1 090	302	2 841	5 499	1 372	107	3 493	4 650	1 165	976	357	3 056	632	6 656	985	1 289	779	938	1 189	1 189	38 006	
Part des consultations médicales par rapport à la totalité	2,6%	0,6%	2,8%	0,8%	7,4%	14,2%	3,6%	0,3%	9,0%	12,0%	3,0%	2,5%	0,9%	7,9%	1,6%	17,2%	2,6%	3,3%	2,0%	2,4%	3,1%	3,1%	100,0%	
Nombre de patients différents ayant une consultation médicale	370	87	643	173	1 292	3 579	792	97	2 063	2 449	698	404	230	1 677	270	3 640	598	552	475	429	718	718	21 236	
Nombre moyen de consultations médicales par patient	2,69	2,68	1,70	1,75	2,20	1,54	1,73	1,10	1,69	1,90	1,67	2,42	1,55	1,82	2,34	1,83	1,65	2,34	1,64	2,19	1,66	1,66	1,82	
Nombre de consultations dentaires					731					369	648	195		1 112			76	750	38				3 919	
Part des consultations dentaires par rapport à la totalité					18,7%					9,4%	16,5%	5,0%		28,4%			1,9%	19,1%	1,0%				100,0%	
Nombre de patients différents ayant une consultation dentaire					331					242	202	67		545			60	262	33				1 742	
Nombre moyen de consultations dentaires par patient					2,21					1,52	3,21	2,91		2,04			1,27	2,86	1,15				2,25	
Nombre de dossiers sociaux	288	49	590	139	1 454	4 384	765	117	1 917	2 490	722	343	259	2 451	216	2 679	524	532	570	339	882	882	21 710	
Part des dossiers sociaux * du centre par rapport à la totalité	1,3%	0,2%	2,7%	0,6%	6,7%	20,2%	3,5%	0,5%	8,8%	11,5%	3,3%	1,6%	1,2%	11,3%	1,0%	12,3%	2,4%	2,5%	2,6%	1,6%	4,1%	4,1%	100,0%	
Nombre de consultations psychologiques		8			43	21	162	169	538	22	1	45	437	392									2	1 909
Nombre de consultations sociales/instruction CMU-AME **		21	4		2 665	2 884	547		1 086	4 968	166	405	54	2 209	183	12	3	651	703	395	1 515	1 515	18 471	
Nombre d'actes infirmiers **	45		5	1	55	122	31	9	233	407	222	17	122		17	476		220	176	38	829	829	3 025	

* Les statistiques sociales sont calculées à partir des dossiers sociaux

** A noter que l'ensemble des missions n'a pas forcément enregistré en informatique la totalité des actes paramédicaux réalisés, consultations sociales menées par les travailleurs sociaux (bénévoles et salariés) et instructions des dossiers CMU-AME

	Aix-en-Provence	Nîmes	Angers	Besançon	Bordeaux	Saint-Denis	Granoble	La Havre	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Nice	Pau	Paris	Rouen	Strasbourg	Toulouse	Valenciennes	Caenne
Dossier médical - Données permanentes *																					
Alcool	26,8	0,0	13,2	13,8	24,7	71,1	45,7	20,6	27,9	27,6	73,5	80,9	40,0	22,6	89,6	46,0	59,5	16,3	57,3	4,4	75,5
Tabac	26,2	0,0	13,4	13,8	25,7	73,8	47,9	20,6	28,9	28,6	74,4	81,2	41,7	23,0	90,4	46,9	58,9	17,6	57,3	0,5	76,3
Autres produits psychoactifs ou médicaments détournés de leur usage	18,6	0,0	11,7	13,8	20,9	55,1	43,7	20,6	24,2	23,7	69,3	75,2	37,4	21,6	81,9	44,6	57,7	12,3	48,4	1,9	75,5
Moyenne addictions et dépendances	23,9	0,0	12,8	13,8	23,8	66,7	45,8	20,6	27,0	26,6	72,4	79,1	39,7	22,4	87,3	45,8	58,7	15,4	54,3	2,3	75,8
Statut sérologique VHB	13,5	0,0	7,8	6,3	17,0	63,9	32,7	57,7	16,6	20,5	56,7	69,3	40,4	21,8	79,3	37,0	46,7	9,1	26,5	0,0	54,7
Statut sérologique VHC	13,5	0,0	7,8	6,3	16,7	64,0	32,4	57,7	16,8	20,5	56,7	69,6	40,0	22,2	81,5	36,5	46,8	9,1	26,7	0,0	54,9
Statut sérologique VIH	13,5	0,0	7,9	6,3	16,5	63,6	33,1	57,7	16,8	19,7	56,4	70,0	42,6	21,9	81,9	38,4	48,8	9,1	28,2	0,0	58,5
Moyenne statut sérologique	13,5	0,0	7,8	6,3	16,7	63,8	32,7	57,7	16,7	20,2	56,6	69,6	41,0	22,0	80,9	37,3	47,4	9,1	27,1	0,0	56,0
Proposition dépistage VHB	6,3	0,0	0,0	0,0	4,7	50,3	5,9	0,0	18,5	10,3	34,6	5,0	20,0	57,8	19,2	58,2	25,7	4,1	24,6	0,0	55,3
Proposition dépistage VHC	6,0	0,0	0,0	10,0	4,7	50,3	6,3	0,0	17,7	10,3	34,3	5,1	18,9	57,7	18,7	59,3	25,6	6,3	24,4	0,0	56,3
Proposition dépistage VIH	6,3	0,0	0,0	9,1	4,3	49,5	7,3	0,0	19,0	10,5	33,7	5,0	18,6	57,0	17,4	56,9	24,8	6,3	21,9	0,0	55,2
Moyenne proposition dépistage VHB, VHC, VIH	6,2	0,0	0,0	9,4	4,6	50,0	6,5	0,0	18,4	10,4	34,2	5,0	19,2	57,5	18,4	58,1	25,4	5,6	23,6	0,0	55,6
ROR	17,6	0,0	10,6	10,9	24,6	50,2	53,5	34,0	16,3	22,6	69,6	69,3	38,3	25,6	85,6	21,6	60,0	8,7	30,3	0,0	69,5
Télanos	24,9	0,0	12,0	11,5	25,9	56,6	56,8	37,1	21,2	25,1	74,4	72,5	46,1	26,4	93,0	24,4	64,7	11,2	46,1	0,0	80,2
Diphthérie/Polio	20,3	0,0	10,9	11,5	25,5	56,2	56,2	36,1	20,4	24,7	74,2	71,3	43,5	26,3	91,1	23,3	63,0	9,6	42,5	0,0	80,1
BCG	17,8	0,0	10,7	10,9	23,8	52,8	56,2	37,1	18,2	23,6	71,9	69,1	39,1	25,7	91,5	21,5	61,7	3,6	40,8	0,0	74,1
VHB	17,3	0,0	10,3	10,9	22,5	50,3	52,4	37,1	17,6	22,6	69,8	69,8	40,4	23,7	74,1	21,5	60,0	3,3	32,6	0,0	69,4
Coqueluche	17,0	0,0	10,4	10,3	21,9	48,7	50,1	35,1	14,9	23,3	66,5	69,6	37,8	24,3	72,2	19,0	57,5	2,4	28,6	0,0	69,2
Moyenne vaccinatons	19,2	0,0	10,8	11,0	24,0	52,5	54,2	36,1	18,1	23,7	71,1	70,3	40,9	25,3	84,6	21,9	61,2	6,5	36,8	0,0	73,8
Moyenne totale prévention	16,4	0,0	8,4	10,3	18,6	57,1	38,7	30,1	19,7	20,9	61,1	58,9	36,3	30,5	71,2	37,0	50,8	8,6	35,7	0,5	67,0
Victime de violences																					
Pays en guerre	1,6	0,0	9,0	9,2	5,5	28,1	0,5	33,0	6,9	2,7	51,6	43,6	7,0	8,1	5,9	23,2	26,9	7,4	10,9	0,0	56,5
Famine/Pas suffisamment à manger	1,6	0,0	6,5	7,5	4,4	25,4	0,4	11,3	3,7	2,2	49,4	43,1	4,8	3,3	3,0	15,8	22,1	2,7	8,2	0,0	49,2
Battu/bléssé lors de violences familiales ou agression	1,9	0,0	7,2	8,6	5,3	24,6	0,4	20,6	4,8	2,3	49,4	43,3	4,8	4,0	4,4	17,6	22,9	4,5	10,5	0,0	51,8
Menace physique ou emprisonnement pour idées	1,6	0,0	6,5	7,5	4,8	24,7	0,4	34,0	5,4	2,3	47,3	43,1	5,7	3,6	3,3	17,5	22,4	4,2	9,1	0,0	48,1
Aggression sexuelle	1,9	0,0	6,1	6,3	4,8	23,3	0,1	22,7	3,8	1,9	46,1	42,6	3,5	3,6	3,0	16,3	22,9	3,3	8,2	0,0	46,9
Violence policière ou de l'armée	1,1	0,0	7,2	7,5	3,9	25,0	0,3	46,4	5,8	2,4	48,6	43,3	5,7	3,8	2,6	18,5	23,6	3,6	9,3	0,0	49,3
Torture	1,9	0,0	6,1	6,3	4,8	23,6	0,1	34,0	4,3	2,1	45,0	42,6	4,3	3,5	3,0	15,8	22,9	2,9	7,8	0,0	46,4
IMC adultes et mineurs																					
IMC adultes	0,7	0,0	17,5	9,6	3,0	29,4	2,0	0,0	11,4	3,9	45,3	81,2	0,9	7,4	1,7	33,8	3,6	24,2	4,4	1,9	54,0
IMC Mineurs	0,0	0,0	19,3	7,7	1,2	35,6	6,8	80,0	23,5	4,5	28,0	76,1	0,0	22,6	8,8	20,3	0,0	26,9	6,7	0,0	37,2

* Les résultats sont calculés, à partir des fiches de consultation médicale, sur le nombre de patients différents vus en consultation médicale (file active)

	Ajaccio	Agde	Besançon	Bordeaux	San-Denis	Genève	La Havre	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Nice	Pau	Paris	Rouen	Strasbourg	Toulouse	Valenciennes	Cayenne	TOTAL
Nombre de consultations médicales (hors dentaires)	997	1 080	302	2 841	5 499	1 372	107	3 493	4 650	1 165	976	357	3 056	632	6 656	985	1 289	779	938	1 189	38 606
1^{ers} consultations médicales (hors dentaires)	237	578	133	785	2 805	615	86	1 349	1 826	541	275	188	1 029	186	3 108	475	332	354	245	508	15 683
Part de 1 ^{ers} consultations médicales du centre par rapport au nombre total de 1 ^{ers} consultations médicales	1,5%	0,2%	0,8%	5,0%	17,9%	3,9%	0,5%	8,6%	11,6%	3,4%	1,8%	1,2%	6,6%	1,2%	19,8%	3,0%	2,1%	2,3%	1,6%	3,2%	100,0%
Motifs de consultation par appareil	94,1	85,7	92,9	79,5	84,5	94,6	87,2	92,9	98,0	89,6	100,0	95,2	95,7	99,5	79,9	99,2	97,9	94,8	93,1	82,4	
Motifs de consultation codés CISP	94,1	85,7	92,9	79,5	84,5	83,5	87,2	92,9	98,0	89,1	100,0	94,7	95,5	99,5	79,8	99,2	95,8	94,8	93,1	81,8	
Résultats de consultation par appareil	81,9	82,1	82,3	83,5	87,7	72,8	30,2	78,4	70,3	78,9	98,5	76,1	96,6	96,8	72,9	88,4	80,1	57,6	83,7	70,0	
Résultats de consultation codés CISP	81,9	82,1	82,3	83,5	87,7	68,5	30,2	78,4	70,3	78,5	98,5	75,5	96,4	96,8	72,9	88,4	79,8	57,6	83,7	70,0	
Retard de recours aux soins	0,4	0,0	23,4	94,0	27,7	71,9	42,9	81,4	8,5	18,4	39,4	60,0	23,4	18,6	98,4	25,6	0,4	26,6	36,4	0,8	28,9
Soins urgents	0,4	0,0	22,7	94,0	27,2	71,2	42,6	8,3	18,1	39,3	59,3	23,4	18,3	98,4	24,4	0,2	26,3	33,9	0,4	28,9	
Nécessité d'engagement de la procédure de régularisation pour soins	0,4	0,0	21,9	91,7	26,6	67,8	40,5	91,9	7,4	17,3	33,1	49,8	21,3	13,5	93,5	0,2	24,2	30,2	0,4	28,5	
Traitements prescrits	71,3	0,0	78,3	91,0	75,7	76,0	79,4	26,7	66,1	91,9	55,2	92,0	85,8	94,6	73,8	72,8	47,7	52,8	85,7	57,3	
Moyenne par ville	53,1	42,0	62,1	55,4	78,9	65,6	66,1	54,1	60,3	62,9	82,3	57,9	65,1	97,2	56,5	56,1	59,8	47,3	55,1	56,0	

N^{imes} consultations médicales (hors dentaires)	760	205	512	2 056	2 694	757	21	2 144	2 824	624	701	169	2 027	446	3 548	510	957	425	693	681	22 923
Part de 1 ^{ers} consultations médicales du centre par rapport au nombre total de N ^{imes} consultations médicales	3,3%	0,9%	2,2%	9,0%	11,8%	3,3%	0,1%	9,4%	12,3%	2,7%	3,1%	0,7%	8,8%	1,9%	15,5%	2,2%	4,2%	1,9%	3,0%	3,0%	100,0%
Motifs de consultation par appareil	94,7	93,2	93,9	78,6	78,7	91,2	81,0	90,7	98,9	92,0	99,6	99,4	89,3	99,6	87,4	98,6	87,8	59,3	93,7	84,7	
Motifs de consultation codés CISP	94,7	93,2	93,9	78,6	78,7	79,8	81,0	90,7	98,9	91,8	99,6	99,4	89,1	99,6	87,4	98,6	86,2	59,3	93,7	84,7	
Résultats de consultation par appareil	78,7	89,8	79,8	81,6	81,6	71,9	71,4	68,3	67,3	81,5	98,1	67,5	86,6	96,4	71,7	86,4	66,9	56,0	84,6	81,6	
Résultats de consultation codés CISP	78,7	89,8	79,8	81,6	81,6	66,4	71,4	68,3	67,3	81,5	98,1	67,5	86,2	96,4	71,7	86,4	66,9	56,0	84,6	81,6	
Retard de recours aux soins	0,0	0,0	17,8	0,0	26,1	61,0	22,0	71,4	13,6	36,0	53,9	8,9	14,3	97,8	14,7	0,8	24,6	25,2	0,0	35,7	
Soins urgents	0,1	0,0	17,6	0,0	25,3	61,1	21,9	76,2	13,5	35,6	53,6	7,7	13,9	97,1	13,9	0,6	24,0	24,2	0,0	35,1	
Nécessité d'engagement de la procédure de régularisation pour soins	0,1	0,0	75,1	92,9	24,5	59,1	21,6	76,2	13,1	30,8	49,4	5,9	9,2	91,0	12,4	0,6	22,2	20,0	0,1	35,1	
Traitements prescrits	75,1	0,0	75,1	92,9	77,5	72,7	79,8	56,7	94,9	68,1	91,0	54,4	83,7	95,5	68,0	75,1	41,4	50,4	87,6	66,4	
Moyenne par ville	52,8	45,8	66,6	53,8	71,8	56,8	75,6	49,1	58,4	64,7	80,4	51,3	59,0	96,7	53,4	55,9	52,5	43,8	55,5	63,1	

Consultations dentaires				731					369	648	195		1 112			76	750	38			3 919
Nombre de 1^{ers} consultations dentaires				253					173	144	22		435			56	183	33			1 299
Part de 1 ^{ers} consultations dentaires du centre par rapport au nombre total de 1 ^{ers} consultations dentaires				19,5%					13,3%	11,1%	1,7%		33,5%			4,3%	14,1%	2,5%			100,0%
Dents cariées				76,3					26,6	72,9	95,5		49,7			0,0	30,6	72,7			
Dents absentes				73,9					25,4	63,2	95,5		50,1			0,0	30,6	75,8			
Dents obturées				74,3					19,1	63,2	95,5		44,4			0,0	30,1	66,7			
Moyenne de remplissage du CAO				74,8					23,7	66,4	95,5		48,1			0,0	30,4	71,7			
Besoin de prothèses dentaires				37,5					12,1	61,8	95,5		35,2			0	23	60,6			
Type d'intervention				60,9					97,3	95,8	100,0		98,9			88,2	98,8	2,6			
Orientation				0,1					81,0	28,7	63,1		1,3			14,5	28,1	0,0			
Retard de recours aux soins				21,7					6,9	63,2	95,5		32			0,0	23,5	75,8			

ANNEXE 4

ENSEMBLE DES NATIONALITES EN 2010 (151 NATIONALITÉS)

ROUMANIE	3 049	14.6 %	GAMBIE	18	<0.1 %
ALGÉRIE	2 144	10.3 %	SLOVAQUIE	18	<0.1 %
FRANCE	1 708	8.2 %	SURINAME	17	<0.1 %
MAROC	1 131	5.4 %	MONTÉNÉGRO	15	<0.1 %
CAMEROUN	851	4.1 %	ÉTHIOPIE	14	<0.1 %
TUNISIE	812	3.9 %	ÉTATS-UNIS	14	<0.1 %
BULGARIE	707	3.4 %	SIERRA LEONE	14	<0.1 %
COMORES	624	3.0 %	BIÉLORUSSIE	13	<0.1 %
RUSSIE-TCHÉTCHÉNIÉ	512	2.5 %	LETTONIE	12	<0.1 %
PAKISTAN	491	2.4 %	DJIBOUTI	11	<0.1 %
CÔTE D'IVOIRE	450	2.2 %	BELGIQUE	11	<0.1 %
CONGO-BRAZZAVILLE	449	2.1 %	VIETNAM	11	<0.1 %
MOLDAVIE	438	2.1 %	BOLIVIE	11	<0.1 %
MALI	394	1.9 %	LIBERIA	11	<0.1 %
GUINÉE	346	1.7 %	CROATIE	10	<0.1 %
SÉNÉGAL	333	1.6 %	ÉQUATEUR	10	<0.1 %
KOSOVO	275	1.3 %	GUINÉE-ÉQUATORIALE	9	<0.1 %
RUSSIE	274	1.3 %	SYRIE-KURDISTAN	9	<0.1 %
INDE	253	1.2 %	DOMINIQUE	9	<0.1 %
CAP-VERT	245	1.2 %	KENYA	8	<0.1 %
RÉP. DÉM. DU CONGO	222	1.1 %	PARAGUAY	7	<0.1 %
ARMÉNIE	219	1.0 %	ESTONIE	7	<0.1 %
PHILIPPINES	204	1.0 %	MEXIQUE	6	<0.1 %
SOUDAN	200	1.0 %	OUGANDA	6	<0.1 %
ÉGYPTE	189	0.9 %	SUISSE	6	<0.1 %
HAÏTI	179	0.9 %	KAZAKHSTAN	6	<0.1 %
PÉROU	179	0.9 %	VÉNÉZUELA	6	<0.1 %
ÉRYTHRÉE	167	0.8 %	GRÈCE	5	<0.1 %
NIGÉRIA	160	0.8 %	CHILI	5	<0.1 %
UKRAINE	159	0.8 %	LIBYE	5	<0.1 %
BRÉSIL	143	0.7 %	BURUNDI	5	<0.1 %
GÉORGIE	139	0.7 %	SUÈDE	4	<0.1 %
TURQUIE	134	0.6 %	CUBA	4	<0.1 %
SERBIE	126	0.6 %	AUTRICHE	4	<0.1 %
ANGOLA	125	0.6 %	IRAK-KURDISTAN	3	<0.1 %
COLOMBIE	123	0.6 %	DANEMARK	3	<0.1 %
PORTUGAL	116	0.6 %	OUZBÉKISTAN	3	<0.1 %
MADAGASCAR	113	0.5 %	ARGENTINE	3	<0.1 %
POLOGNE	111	0.5 %	LIBAN	3	<0.1 %
MACÉDOINE	103	0.5 %	THAÏLANDE	3	<0.1 %
GUYANA	100	0.5 %	FINLANDE	3	<0.1 %
SOMALIE	90	0.4 %	HONDURAS	3	<0.1 %
MAURITANIE	89	0.4 %	SLOVÉNIE	2	<0.1 %
ESPAGNE	81	0.4 %	CORÉE DU SUD	2	<0.1 %
GUINÉE-BISSAU	81	0.4 %	AUSTRALIE	2	<0.1 %
SRI LANKA	79	0.4 %	NICARAGUA	2	<0.1 %
BÉNIN	75	0.4 %	JORDANIE	2	<0.1 %
ITALIE	73	0.3 %	NÉPAL	2	<0.1 %
CHINE	72	0.3 %	IRAN-KURDISTAN	2	<0.1 %
TOGO	70	0.3 %	SEYCHELLES	2	<0.1 %
BANGLADESH	69	0.3 %	PANAMA	2	<0.1 %
RÉP. DOMINICAINE	68	0.3 %	LAOS	2	<0.1 %
BOSNIE-HERZÉGOVINE	67	0.3 %	CANADA	2	<0.1 %
RÉP. CENTRAFRICAINE	60	0.3 %	AFRIQUE DU SUD	2	<0.1 %
TCHAD	59	0.3 %	SALVADOR	2	<0.1 %
BURKINA FASO	58	0.3 %	CORÉE DU NORD	1	<0.1 %
AFGHANISTAN	58	0.3 %	NOUVELLE-ZÉLANDE	1	<0.1 %
ALBANIE	51	0.2 %	INDONÉSIE	1	<0.1 %
MONGOLIE	51	0.2 %	BARBADE	1	<0.1 %
GABON	50	0.2 %	SÃO TOMÉ ET PRÍNCIPE	1	<0.1 %
NIGER	46	0.2 %	ZIMBABWE	1	<0.1 %
IRAN	42	0.2 %	KOWEÏT	1	<0.1 %
AZERBAÏDJAN	39	0.2 %	TURKMÉNISTAN	1	<0.1 %
TURQUIE-KURDISTAN	39	0.2 %	KIRGHISTAN	1	<0.1 %
RWANDA	38	0.2 %	MALAWI	1	<0.1 %
HONGRIE	32	0.2 %	MALAISIE	1	<0.1 %
ALLEMAGNE	31	0.1 %	TADJIKISTAN	1	<0.1 %
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE	28	0.1 %	ANDORRE	1	<0.1 %
LITUANIE	25	0.1 %	JAMAÏQUE	1	<0.1 %
SYRIE	25	0.1 %	MYANMAR BIRMANIE	1	<0.1 %
GHANA	25	0.1 %	ISRAËL	1	<0.1 %
IRAK	22	0.1 %	VANUATU	1	<0.1 %
CAMBODGE	21	0.1 %	URUGUAY	1	<0.1 %
PALESTINE	20	<0.1 %	SWAZILAND	1	<0.1 %
ÎLE MAURICE	20	<0.1 %			
ROYAUME-UNI	20	<0.1 %			
PAYS-BAS	19	<0.1 %	APATRIDE	3	<0.1 %

ANNEXE 5

DONNÉES SOCIALES ET MÉDICALES PAR CASO

→ AIX-EN-PROVENCE

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
378	288	1.3	997	370	2.7	2.6

Consultations spécialisées pratiquées au centre : - - -

Caractéristiques des patients

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	62.2	178	58.2	12 449	58.3	12 627
Femmes	37.8	108	41.8	8 933	41.7	9 041
Âge moyen (années)	33.5		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	8.9	23	7.5	1 579	7.5	1 602
– 10-17 ans	4.7	12	4.0	851	4.1	863
– 18-29 ans	29.3	75	31.5	6 609	31.5	6 684
– 30-39 ans	21.1	54	25.9	5 438	25.8	5 492
– 40-49 ans	17.2	44	15.4	3 228	15.4	3 272
– 50 et plus	18.8	48	15.7	3 288	15.7	3 336
Patients mineurs	13.7	35	11.6	2 430	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	17.2	44	16.4	3 438	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	5.9	15	6.5	1 365	6.5	1 380
Les patients déjà connus	33.1	125	26.5	7 357	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	22.3	63	8.0	1 645	8.2	1 708
– Étrangers	77.7	220	92.0	18 959	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	22.2	63	8.0	1 645	8.2	1 708
– Union européenne	49.5	140	20.5	4 224	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	1.1	3	12.7	2 617	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	6.0	17	26.4	5 441	26.1	5 438
– Maghreb	19.4	55	20.0	4 126	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	1.1	3	4.2	865	4.2	868
– Asie	----	0	3.8	786	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.7	283	4.4	900	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	42.8	121	14.2	2 928	14.6	3 049
– Roumanie	22.3	63	7.9	1 645	8.2	1 708
– Tunisie	10.6	30	3.8	782	3.9	812
– Algérie	5.7	16	10.3	2 128	10.3	2 144
– Maroc	3.2	9	5.4	1 122	5.4	1 131
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2.8		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	33.5	59	37.2	6 531	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	23.9	42	29.1	5 106	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	18.2	32	13.9	2 430	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	19.3	34	15.3	2 689	15.4	2 723
– 10 ans et plus	5.1	9	4.5	789	4.5	798

Logement et domiciliation

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	10.3	28	23.9	4 678	23.7	4 706
– hébergé	12.4	34	15.8	3 103	15.8	3 137
– précaire	49.5	135	48.0	9 408	48.0	9 543
– sans logement	27.8	76	12.3	2 418	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	45.6	100	39.9	6 754	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	6.1	4	5.3	294	5.3	298
– obtenue par une association	59.1	39	31.3	1 746	31.6	1 785
– pas de domiciliation	34.8	23	63.5	3 543	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	24.7	38	6.5	985	6.6	1 023
– visa touriste	3.9	6	7.1	1 090	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	16.2	25	19.1	2 920	19.1	2 945
– en situation irrégulière	55.2	85	67.3	10 294	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	44.4	8	38.0	3 767	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	50.0	4	36.0	1 355	36.0	1 359
– demande déjà déposée	50.0	4	64.0	2 412	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	29.9	73	23.7	4 252	23.8	4 325
– AME	45.5	111	50.6	9 074	50.6	9 185
– droits autre pays européen	3.3	8	1.9	338	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	17.6	43	22.1	3 955	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0.3	46	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	3.7	244	1.4	254	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	27.6	48	17.4	2 233	17.6	2 281
– droits non ouverts	72.4	126	82.6	10 569	82.4	10 695



Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
92	49	0.2	233	87	2.7	0.6

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *entretiens psychologiques*

Caractéristiques des patients

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	70.8	34	58.3	12 593	58.3	12 627
Femmes	29.2	14	41.7	9 027	41.7	9 041
Âge moyen (années)	44.5		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	4.1	2	7.5	1 600	7.5	1 602
– 10-17 ans	----	0	4.1	863	4.1	863
– 18-29 ans	16.3	8	31.5	6 676	31.5	6 684
– 30-39 ans	16.3	8	25.9	5 484	25.8	5 492
– 40-49 ans	22.5	11	15.4	3 261	15.4	3 272
– 50 et plus	40.8	20	15.6	3 316	15.7	3 336
Patients mineurs	4.1	2	11.6	2 463	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	10.2	5	16.4	3 477	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	18.4	9	6.5	1 371	6.5	1 380
Les patients déjà connus	62.0	57	26.5	7 442	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	40.0	14	8.1	1 694	8.2	1 708
– Étrangers	60.0	21	91.9	19 158	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	40.0	14	8.1	1 694	8.2	1 708
– Union européenne	22.8	8	20.9	4 356	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	2.9	1	12.6	2 619	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	5.7	2	26.1	5 456	26.1	5 438
– Maghreb	25.7	9	20.0	4 172	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	----	0	4.2	868	4.2	868
– Asie	----	0	3.8	786	3.8	786
– Océanie et Amériques	2.9	1	4.3	901	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	40.0	14	8.1	1 694	8.2	1 708
– Roumanie	20.0	7	14.6	3 042	14.6	3 049
– Tunisie	11.4	4	3.9	808	3.9	812
– Algérie	8.6	3	10.3	2 241	10.3	2 144
– Maroc	5.7	2	5.4	1 129	5.4	1 131
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	9.0		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	----	----	37.2	6 590	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	----	----	29.0	5 147	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	----	----	13.9	2 462	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	----	----	15.4	2 723	15.4	2 723
– 10 ans et plus	----	----	4.5	797	4.5	798

Logement et domiciliation

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	22.9	8	23.7	4 698	23.7	4 706
– hébergé	11.4	4	15.8	3 133	15.8	3 137
– précaire	20.0	7	48.0	9 536	48.0	9 543
– sans logement	45.7	16	12.5	2 478	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	----	0	40.0	6 854	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	----	0	5.3	298	5.3	298
– obtenue par une association	----	0	31.6	1 785	31.6	1 785
– pas de domiciliation	----	0	63.1	3 566	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	----	0	6.6	1 023	6.6	1 023
– visa touriste	----	0	7.1	1 096	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	----	0	19.1	2 945	19.1	2 945
– en situation irrégulière	----	0	67.2	10 379	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	----	0	38.0	3 775	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	----	0	36.0	1 359	36.0	1 359
– demande déjà déposée	----	0	64.0	2 416	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Ajaccio		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	74.2	23	23.7	4 302	23.7	4 325
– AME	6.4	2	50.6	9 183	50.7	9 185
– droits autre pays européen	13.0	4	1.9	342	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	----	0	22.0	3 998	20.1	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0.2	46	0.2	46
– aucun droit (visa touriste)	6.4	2	1.4	261	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	16.0	4	17.6	2 277	17.6	2 281
– droits non ouverts	84.0	21	82.4	10 674	82.4	10 695

→ ANGERS

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
645	590	2.7	1 090	643	1.7	2.8

Consultations spécialisées pratiquées au centre : - - -

Caractéristiques des patients

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	64.7	380	58.1	12 247	58.3	12 627
Femmes	35.3	207	41.9	8 834	41.7	9 041
Âge moyen (années)	26.3		33.7		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	15.0	86	7.3	1 516	7.5	1 602
– 10-17 ans	3.0	17	4.1	846	4.1	863
– 18-29 ans	48.5	279	31.0	6 405	31.5	6 684
– 30-39 ans	20.9	120	26.0	5 372	25.8	5 492
– 40-49 ans	7.6	44	15.6	3 228	15.4	3 272
– 50 et plus	5.0	29	16.0	3 307	15.7	3 336
Patients mineurs	17.9	103	11.4	2 362	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	16.7	96	16.4	3 386	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	1.9	11	6.6	1 369	6.5	1 380
Les patients déjà connus	9.6	62	27.0	7 437	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	4.5	26	8.3	1 682	8.2	1 708
– Étrangers	95.5	555	91.7	18 624	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	4.5	26	8.3	1 682	8.2	1 708
– Union européenne	3.6	21	21.4	4 343	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	15.8	92	12.4	2 528	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	71.3	414	24.8	5 044	26.1	5 438
– Maghreb	3.8	22	20.5	4 159	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	0.3	2	4.3	866	4.2	868
– Asie	0.7	4	3.9	782	3.8	786
– Océanie et Amériques	----	0	4.4	902	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	22.9	133	0.3	67	1.0	200
– Roumanie	22.7	132	0.2	35	0.8	167
– Tunisie	12.6	73	0.1	17	0.4	90
– Algérie	7.4	43	3.7	743	3.8	786
– Maroc	6.5	38	2.8	560	2.9	598
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	0.4		2.3		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	77.7	394	36.0	6 196	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	16.5	84	29.5	5 064	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	2.6	13	14.2	2 449	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	3.0	15	15.7	2 708	15.4	2 723
– 10 ans et plus	0.2	1	4.6	797	4.5	798

Logement et domiciliation

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	6.6	34	24.1	4 672	23.7	4 706
– hébergé	23.8	122	15.6	3 015	15.8	3 137
– précaire	20.9	107	48.7	9 436	48.0	9 543
– sans logement	48.6	249	11.6	2 245	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	60.6	262	39.4	6 592	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	2.0	5	5.4	293	5.3	298
– obtenue par une association	91.1	225	28.9	1 560	31.6	1 785
– pas de domiciliation	6.9	17	65.7	3 549	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	3.6	13	6.7	1 010	6.6	1 023
– visa touristique	4.7	17	7.2	1 079	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	54.1	197	18.2	2 748	19.1	2 945
– en situation irrégulière	37.6	137	67.9	10 242	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	93.9	372	35.7	3 403	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	74.5	277	31.8	1 082	36.0	1 359
– demande déjà déposée	25.5	95	68.2	2 321	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	28.9	95	23.7	4 230	23.8	4 325
– AME	0.9	3	51.5	9 182	50.6	9 185
– droits autre pays européen	1.8	6	1.9	340	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	62.6	206	21.3	3 792	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.3	1	0.2	45	0.3	46
– aucun droit (visa touristique)	5.5	18	1.4	245	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	5.9	5	17.7	2 276	17.6	2 281
– droits non ouverts	94.1	80	82.3	10 615	82.4	10 695

→ BESANÇON

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
174	139	0.6	302	173	1.7	0.8

Consultations spécialisées pratiquées au centre : - - -

Caractéristiques des patients

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	41.7	58	58.4	12 569	58.3	12 627
Femmes	58.3	81	41.6	8 960	41.7	9 041
Âge moyen (années)	35.5		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	5.2	6	7.5	1 596	7.5	1 602
– 10-17 ans	6.9	8	4.0	855	4.1	863
– 18-29 ans	33.6	39	31.5	6 645	31.5	6 684
– 30-39 ans	15.5	18	25.9	5 474	25.8	5 492
– 40-49 ans	16.4	19	15.4	3 253	15.4	3 272
– 50 et plus	22.4	26	15.7	3 310	15.7	3 336
Patients mineurs	12.1	14	11.6	2 454	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	22.4	26	16.3	3 456	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	21.8	38	26.7	7 461	26.6	7 499
Les patients déjà connus	8.6	10	6.5	1 370	6.5	1 380
Nationalités						
– Français	26.5	36	8.1	1 672	8.2	1 708
– Étrangers	73.5	100	91.9	19 079	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	26.5	36	8.1	1 672	8.2	1 708
– Union européenne	12.5	17	20.9	4 347	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	19.1	26	12.5	2 594	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	14.0	19	26.2	5 439	26.1	5 438
– Maghreb	25.0	34	20.0	4 147	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	1.5	2	4.2	866	4.2	868
– Asie	0.7	1	3.8	785	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.7	1	4.3	901	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	26.5	36	8.1	1 672	8.2	1 708
– Roumanie	16.9	23	10.2	2 121	10.3	2 144
– Tunisie	15.4	21	2.8	577	2.9	598
– Algérie	11.0	15	14.6	3 034	14.6	3 049
– Maroc	5.9	8	5.4	1 123	5.4	1 131
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1.4		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	62.6	57	37.1	6 533	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	18.7	17	29.1	5 131	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	7.7	7	13.9	2 455	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	7.7	7	15.4	2 716	15.4	2 723
– 10 ans et plus	3.3	3	4.5	795	4.5	798

Logement et domiciliation

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	27.2	35	23.6	4 671	23.7	4 706
– hébergé	33.3	43	15.7	3 094	15.8	3 137
– précaire	33.3	43	48.1	9 500	48.0	9 543
– sans logement	6.2	8	12.6	2 486	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	17.5	21	40.1	6 833	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	----	0	5.3	298	5.3	298
– obtenue par une association	8.3	1	31.6	1 784	31.6	1 785
– pas de domiciliation	91.7	11	63.1	3 555	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	----	0	6.7	1 023	6.6	1 023
– visa touriste	15.6	12	7.0	1 084	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	16.9	13	19.1	2 932	19.1	2 945
– en situation irrégulière	67.5	52	67.2	10 327	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	21.5	14	38.1	3 761	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	57.1	8	35.9	1 351	36.0	1 359
– demande déjà déposée	42.9	6	64.1	2 410	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	27.7	36	23.9	4 289	23.8	4 325
– AME	0.8	1	50.9	9 184	50.6	9 185
– droits autre pays européen	----	0	1.9	346	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	63.0	82	21.7	3 916	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.8	1	0.2	45	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	7.7	10	1.4	253	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	91.9	34	17.4	2 247	17.6	2 281
– droits non ouverts	8.1	3	82.6	10 692	82.4	10 695



Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nb de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
1 920	1 454	6.7	2 841	1 292	2.2	7.3	731	331	2.2	18.7

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *cardiologie, dentaire, dermatologie et entretiens psychologiques*

Caractéristiques des patients

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	55.6	808	58.5	11 819	58.3	12 627
Femmes	44.4	646	41.5	8 395	41.7	9 041
Âge moyen (années)	31.6		33.6		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	10.7	152	7.3	1 450	7.5	1 602
– 10-17 ans	4.4	63	4.0	800	4.1	863
– 18-29 ans	31.2	445	31.5	6 239	31.5	6 684
– 30-39 ans	25.5	364	25.9	5 128	25.8	5 492
– 40-49 ans	14.7	209	15.4	3 063	15.4	3 272
– 50 et plus	13.5	193	15.9	3 143	15.7	3 336
Patients mineurs	15.1	215	11.3	2 250	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	16.5	236	16.4	3 246	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	4.8	69	6.6	1 311	6.5	1 380
Les patients déjà connus	33.1	635	26.2	6 864	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	9.0	129	8.1	1 579	8.2	1 708
– Étrangers	91.0	1 304	91.9	17 875	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	9.0	129	8.1	1 579	8.2	1 708
– Union européenne	43.2	620	19.2	3 744	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	8.8	126	12.8	2 494	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	18.6	267	26.7	5 191	26.1	5 438
– Maghreb	18.0	258	20.2	3 923	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	0.5	7	4.4	861	4.2	868
– Asie	0.1	14	4.0	772	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.8	12	4.6	890	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	33.0	473	1.2	234	3.4	707
– Roumanie	9.0	129	8.1	1 579	8.2	1 708
– Tunisie	8.9	128	5.2	1 003	5.4	1 131
– Algérie	7.5	108	10.5	2 036	10.3	2 144
– Maroc	5.0	71	15.3	2 978	14.6	3 049
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1.2		2.3		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	55.3	665	35.8	5 925	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	21.7	261	29.6	4 887	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	11.5	138	14.1	2 324	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	9.9	119	15.8	2 604	15.4	2 723
– 10 ans et plus	1.6	19	4.7	779	4.5	798

Logement et domiciliation

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	13.9	183	24.4	4 523	23.7	4 706
– hébergé	11.9	157	16.1	2 980	15.8	3 137
– précaire	59.9	791	47.2	8 752	48.0	9 543
– sans logement	14.3	189	12.4	2 305	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	57.5	628	38.8	6 226	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	14.0	87	4.2	211	5.3	298
– obtenue par une association	34.9	217	31.2	1 568	31.6	1 785
– pas de domiciliation	51.1	318	64.6	3 248	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	27.5	266	5.2	757	6.6	1 023
– visa touriste	9.7	94	6.9	1 002	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	15.2	147	19.3	2 798	19.1	2 945
– en situation irrégulière	47.6	459	68.6	9 920	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	59.3	156	37.4	3 619	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	28.8	45	36.3	1 314	36.0	1 359
– demande déjà déposée	71.2	111	63.7	2 305	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	24.9	254	23.7	4 071	23.8	4 325
– AME	33.9	346	51.6	8 839	50.6	9 185
– droits autre pays européen	4.1	42	1.8	304	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	35.4	362	21.2	3 636	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.1	1	0.3	45	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	1.6	16	1.4	247	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	28.6	162	17.1	2 119	17.6	2 281
– droits non ouverts	71.4	404	82.9	10 291	82.4	10 695

→ CAYENNE

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
1 011	882	4.1	1 189	718	1.6	3.1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : - - -

Caractéristiques des patients

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	49.9	439	58.6	12 188	58.3	12 627
Femmes	50.1	441	41.4	8 600	41.7	9 041
Âge moyen (années)	30.4		33.6		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	10.5	92	7.4	1 510	7.5	1 602
– 10-17 ans	4.9	43	4.0	820	4.1	863
– 18-29 ans	31.8	278	31.4	6 406	31.5	6 684
– 30-39 ans	28.8	252	25.8	5 240	25.8	5 492
– 40-49 ans	14.4	126	15.4	3 146	15.4	3 272
– 50 et plus	9.6	84	16.0	3 252	15.7	3 336
Patients mineurs	15.4	135	11.4	2 330	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	15.2	133	16.4	3 349	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	2.4	21	6.7	1 359	6.5	1 380
Les patients déjà connus						
Nationalités	2.6	22	8.4	1 686	8.2	1 708
– Français	97.4	808	91.6	18 371	91.8	19 179
– Étrangers						
Groupe continental	2.6	22	8.4	1 686	8.2	1 708
– France	0.5	4	21.7	4 360	20.9	4 364
– Union européenne	----	0	13.1	2 620	12.5	2 620
– Europe (hors UE)	12.0	100	26.7	5 358	26.1	5 438
– Afrique subsaharienne	----	0	20.8	4 181	20.0	4 181
– Maghreb	----	0	4.3	868	4.2	868
– Proche et Moyen-Orient	0.1	1	3.9	785	3.8	786
– Asie	84.7	703	1.0	199	4.3	902
– Océanie et Amériques						
Nationalités les plus représentées	19.2	159	0.1	20	0.9	179
– France	15.2	126	0.3	53	0.9	179
– Roumanie	12.8	106	0.2	37	0.7	143
– Tunisie	12.5	104	0.1	19	0.6	123
– Algérie	12.1	100	----	0	0.5	100
– Maroc						
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3.0		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	41.8	318	37.0	6 272	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	17.0	129	29.6	5 019	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	14.3	109	13.9	2 353	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	19.1	145	15.2	2 578	15.4	2 723
– 10 ans et plus	7.8	59	4.4	739	4.5	798

Logement et domiciliation

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	36.9	296	23.1	4 410	23.7	4 706
– hébergé	4.2	34	16.3	3 103	15.8	3 137
– précaire	54.1	435	47.7	9 108	48.0	9 543
– sans logement	4.8	39	12.9	2 455	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	48.5	349	39.6	6 505	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	25.2	85	4.0	213	5.3	298
– obtenue par une association	62.6	211	29.6	1 574	31.6	1 785
– pas de domiciliation	12.2	41	66.4	3 525	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	0.3	2	6.9	1 021	6.6	1 023
– visa touriste	0.6	4	7.4	1 092	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	60.6	415	17.1	2 530	19.1	2 945
– en situation irrégulière	38.5	264	68.5	10 115	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	63.2	440	36.1	3 335	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	20.7	91	38.0	1 268	36.0	1 359
– demande déjà déposée	79.3	349	62.0	2 067	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	60.0	459	22.2	3 866	23.8	4 325
– AME	37.1	284	51.2	8 901	50.6	9 185
– droits autre pays européen	0.3	2	2.0	344	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	2.5	19	22.9	3 979	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0.3	46	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	0.1	1	1.5	262	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	14.3	104	17.8	2 177	17.6	2 281
– droits non ouverts	85.7	622	82.2	10 073	82.4	10 695

→ GRENOBLE

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
879	765	3.5	1 372	792	1.7	3.5

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *cardiologie, entretiens psychologiques, kinésithérapie, ophtalmologie et psychiatrie*

Caractéristiques des patients

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52.0	398	58.5	12 229	58.3	12 627
Femmes	48.0	367	41.5	8 674	41.7	9 041
Âge moyen (années)	28.5		33.7		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	18.2	136	7.1	1 466	7.5	1 602
– 10-17 ans	9.1	68	3.9	795	4.1	863
– 18-29 ans	25.4	190	31.7	6 494	31.5	6 684
– 30-39 ans	22.7	170	26.0	5 322	25.8	5 492
– 40-49 ans	12.7	95	15.5	3 177	15.4	3 272
– 50 et plus	11.9	89	15.8	3 247	15.7	3 336
Patients mineurs	27.3	204	11.0	2 261	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	16.4	123	16.4	3 359	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	5.3	40	6.5	1 340	6.5	1 380
Les patients déjà connus	20.9	184	26.8	7 315	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	9.9	71	8.1	1 637	8.2	1 708
– Étrangers	90.1	647	91.9	18 532	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	9.9	71	8.1	1 637	8.2	1 708
– Union européenne	13.4	96	21.2	4 268	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	29.1	209	11.9	2 411	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	25.6	184	26.2	5 274	26.1	5 438
– Maghreb	19.3	139	20.0	4 042	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	0.6	4	4.3	864	4.2	868
– Asie	1.7	12	3.8	774	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.4	3	4.5	899	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	21.5	154	2.2	444	2.9	598
– Roumanie	13.1	94	10.2	2 050	10.3	2 144
– Tunisie	11.0	79	14.7	2 970	14.6	3 049
– Algérie	9.9	71	8.1	1 637	8.2	1 708
– Maroc	6.3	45	0.9	177	1.1	222
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1.2		2.3		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	55.6	318	36.7	6 272	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	20.5	117	29.3	5 031	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	12.4	71	13.9	2 391	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	10.5	60	15.5	2 663	15.4	2 723
– 10 ans et plus	1.0	6	4.6	792	4.5	798

Logement et domiciliation

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	18.8	127	23.8	4 579	23.7	4 706
– hébergé	32.7	222	15.2	2 915	15.8	3 137
– précaire	29.7	201	48.7	9 342	48.0	9 543
– sans logement	18.8	127	12.3	2 367	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	45.5	178	39.8	6 676	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	5.4	8	5.3	290	5.3	298
– obtenue par une association	69.1	103	30.6	1 682	31.6	1 785
– pas de domiciliation	25.5	38	64.1	3 528	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	3.1	12	6.7	1 011	6.6	1 023
– visa touriste	8.3	32	7.1	1 064	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	42.2	162	18.5	2 783	19.1	2 945
– en situation irrégulière	46.4	178	67.7	10 201	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	68.6	260	36.8	3 515	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	20.8	54	37.1	1 305	36.0	1 359
– demande déjà déposée	79.2	206	62.9	2 210	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	44.0	222	23.3	4 103	23.8	4 325
– AME	29.2	147	51.2	9 038	50.6	9 185
– droits autre pays européen	0.8	4	1.9	342	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	20.6	104	22.1	3 894	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.2	1	0.2	45	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	5.2	26	1.3	237	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	22.6	76	17.4	2 205	17.6	2 281
– droits non ouverts	77.4	260	82.6	10 435	82.4	10 695

→ LE HAVRE

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
135	117	0.5	107	97	1.1	0.3

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *entretiens psychologiques*

Caractéristiques des patients

	Le Havre		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	70.7	82	58.2	12 545	58.3	12 627
Femmes	29.3	34	41.8	9 007	41.7	9 041
Âge moyen (années)	32.8		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	4.3	5	7.6	1 597	7.5	1 602
– 10-17 ans	7.0	8	4.0	855	4.1	863
– 18-29 ans	33.0	38	31.5	6 646	31.5	6 684
– 30-39 ans	32.2	37	25.8	5 455	25.8	5 492
– 40-49 ans	8.7	10	15.4	3 262	15.4	3 272
– 50 et plus	14.8	17	15.7	3 319	15.7	3 336
Patients mineurs	11.3	13	11.6	2 452	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	17.4	20	16.4	3 462	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	7.8	9	6.5	1 371	6.5	1 380
Les patients déjà connus	17.0	23	26.7	7 476	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	22.4	26	8.1	1 682	8.2	1 708
– Étrangers	77.6	90	91.9	19 089	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	22.4	26	8.1	1 682	8.2	1 708
– Union européenne	3.4	4	21.0	4 360	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	20.7	24	12.5	2 596	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	25.9	30	26.1	5 428	26.1	5 438
– Maghreb	22.4	26	20.0	4 155	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	2.6	3	4.2	865	4.2	868
– Asie	2.6	3	3.8	783	3.8	786
– Océanie et Amériques	----	0	4.3	902	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	22.4	26	8.1	1 682	8.2	1 708
– Roumanie	15.5	18	10.2	2 126	10.3	2 144
– Tunisie	7.8	9	2.1	440	2.2	449
– Algérie	6.0	7	3.8	779	3.8	786
– Maroc	5.2	6	0.4	83	0.4	89
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3.4		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	10.3	7	37.3	6 583	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	33.8	23	29.0	5 125	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	32.4	22	13.8	2 440	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	19.1	13	15.4	2 710	15.4	2 723
– 10 ans et plus	4.4	3	4.5	795	4.5	798

Logement et domiciliation

	Le Havre		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	5.4	6	23.8	4 700	23.7	4 706
– hébergé	69.1	76	15.5	3 061	15.8	3 137
– précaire	9.1	10	48.2	9 533	48.0	9 543
– sans logement	16.4	18	12.5	2 476	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	64.9	63	39.8	6 791	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	----	0	5.3	298	5.3	298
– obtenue par une association	96.7	58	30.9	1 727	31.6	1 785
– pas de domiciliation	3.3	2	63.8	3 564	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Le Havre		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	----	0	6.6	1 023	6.6	1 023
– visa touriste	3.0	2	7.1	1 094	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	80.6	54	18.8	2 891	19.1	2 945
– en situation irrégulière	16.4	11	67.5	10 368	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	71.2	57	37.7	3 718	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	3.5	2	36.5	1 357	36.0	1 359
– demande déjà déposée	96.5	55	63.5	2 361	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Le Havre		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	78.5	88	23.5	4 237	23.8	4 325
– AME	5.4	6	50.8	9 179	50.6	9 185
– droits autre pays européen	----	0	1.9	346	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	12.5	14	22.1	3 984	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0.2	46	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	3.6	4	1.4	259	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	88.8	79	17.1	2 202	17.6	2 281
– droits non ouverts	11.2	10	82.9	10 685	82.4	10 695



Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
2 452	1 917	8.8	3 493	2 063	1.7	9.1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *entretiens psychologiques, gynécologie, neurologie, pédiatrie et psychiatrie*

Caractéristiques des patients

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	50.7	971	59.0	11 656	58.3	12 627
Femmes	49.3	944	41.0	8 097	41.7	9 041
Âge moyen (années)	30.6		33.8		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	15.4	294	6.8	1 308	7.5	1 602
– 10-17 ans	6.6	125	3.8	738	4.1	863
– 18-29 ans	27.4	523	31.9	6 161	31.5	6 684
– 30-39 ans	22.3	426	26.2	5 066	25.8	5 492
– 40-49 ans	13.2	251	15.6	3 021	15.4	3 272
– 50 et plus	15.1	289	15.7	3 047	15.7	3 336
Patients mineurs	22.0	419	10.6	2 046	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	16.7	318	16.4	3 164	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	6.2	118	6.5	1 262	6.5	1 380
Les patients déjà connus	31.2	765	26.2	6 734	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	9.1	169	8.1	1 539	8.2	1 708
– Étrangers	90.9	1 694	91.9	17 485	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	9.1	169	8.1	1 539	8.2	1 708
– Union européenne	33.6	627	19.6	3 737	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	15.7	293	12.2	2 327	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	22.5	419	26.6	5 039	26.1	5 438
– Maghreb	16.7	311	20.4	3 870	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	0.4	8	4.5	860	4.2	868
– Asie	1.0	18	4.0	768	3.8	786
– Océanie et Amériques	1.0	18	4.6	884	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	28.6	533	13.2	2 516	14.6	3 049
– Roumanie	10.6	198	10.2	1 946	10.3	2 144
– Tunisie	9.1	169	8.1	1 539	8.2	1 708
– Algérie	8.9	165	2.3	433	2.9	5 98
– Maroc	4.0	75	3.9	737	3.9	812
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1.9		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	44.0	580	36.6	6 010	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	23.7	313	29.5	4 835	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	12.6	167	14.0	2 295	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	16.3	215	15.3	2 508	15.4	2 723
– 10 ans et plus	3.4	45	4.6	753	4.5	798

Logement et domiciliation

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	17.2	281	24.3	4 425	23.7	4 706
– hébergé	19.4	317	15.4	2 820	15.8	3 137
– précaire	46.9	765	48.1	8 778	48.0	9 543
– sans logement	16.5	270	12.2	2 224	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	32.2	362	40.5	6 492	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	10.4	21	5.1	277	5.3	298
– obtenue par une association	34.2	69	31.5	1 716	31.6	1 785
– pas de domiciliation	55.4	112	63.4	3 454	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	10.3	101	6.4	922	6.6	1 023
– visa touriste	11.9	117	6.8	979	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	19.6	192	19.0	2 753	19.1	2 945
– en situation irrégulière	58.2	569	67.8	9 810	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	54.6	248	37.2	3 527	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	21.4	53	37.0	1 306	36.0	1 359
– demande déjà déposée	78.6	195	63.0	2 221	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	28.7	360	23.4	3 965	23.8	4 325
– AME	43.9	551	51.1	8 634	50.6	9 185
– droits autre pays européen	2.6	33	1.8	313	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	22.1	278	22.0	3 720	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.1	1	0.3	45	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	2.6	33	1.4	230	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	23.5	199	17.2	2 082	17.6	2 281
– droits non ouverts	76.5	647	82.8	10 048	82.4	10 695

→ MARSEILLE

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nb de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
3 139	2 490	11.5	4 650	2 449	1.9	12.0	369	242	1.5	9.4

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *dentaire, entretiens psychologiques, kinésithérapie, ophtalmologie et psychiatrie*

Caractéristiques des patients

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	66.8	1 662	57.2	10 965	58.3	12 627
Femmes	33.2	826	42.8	8 215	41.7	9 041
Âge moyen (années)	35.8		33.2		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	5.8	142	7.8	1 460	7.5	1 602
– 10-17 ans	3.5	85	4.1	778	4.1	863
– 18-29 ans	28.6	701	31.8	5 983	31.5	6 684
– 30-39 ans	26.3	647	25.8	4 845	25.8	5 492
– 40-49 ans	16.9	416	15.2	2 856	15.4	3 272
– 50 et plus	18.9	464	15.3	2 872	15.7	3 336
Patients mineurs	9.2	227	11.9	2 238	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	14.5	357	16.6	3 125	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	9.2	227	6.1	1 153	6.5	1 380
Les patients déjà connus	23.3	732	27.1	6 767	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	9.4	228	8.0	1 480	8.2	1 708
– Étrangers	90.6	2 189	92.0	16 990	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	9.4	228	8.0	1 480	8.2	1 708
– Union européenne	13.6	328	21.9	4 036	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	10.3	248	12.8	2 372	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	23.8	576	26.5	4 882	26.1	5 438
– Maghreb	39.1	947	17.5	3 234	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	2.1	51	4.4	817	4.2	868
– Asie	1.2	28	4.1	758	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.5	11	4.8	891	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	29.2	705	7.8	1 439	10.3	2 144
– Roumanie	14.3	345	1.5	279	3.0	624
– Tunisie	9.4	228	8.0	1 480	8.2	1 708
– Algérie	7.7	187	15.5	2 862	14.6	3 049
– Maroc	5.0	121	3.7	691	3.9	812
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2.8		2.1		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	36.1	731	37.3	5 859	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	24.7	500	29.6	4 648	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	16.5	333	13.6	2 129	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	15.7	318	15.3	2 405	15.4	2 723
– 10 ans et plus	7.0	141	4.2	657	4.5	798

Logement et domiciliation

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	31.6	742	22.6	3 964	23.7	4 706
– hébergé	19.6	459	15.3	2 678	15.8	3 137
– précaire	38.7	908	49.2	8 635	48.0	9 543
– sans logement	10.1	236	12.9	2 258	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	27.0	585	41.9	6 269	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	4.0	21	5.4	277	5.3	298
– obtenue par une association	18.7	98	32.9	1 687	31.6	1 785
– pas de domiciliation	77.3	404	61.7	3 162	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	4.1	77	7.0	946	6.6	1 023
– visa touriste	8.4	159	6.9	937	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	15.8	300	19.5	2 645	19.1	2 945
– en situation irrégulière	71.7	1 358	66.6	9 021	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	15.8	260	42.4	3 515	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	15.0	39	37.5	1 320	36.0	1 359
– demande déjà déposée	85.0	221	62.5	2 195	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	18.4	420	24.6	3 905	23.8	4 325
– AME	51.6	1 178	50.4	8 007	50.6	9 185
– droits autre pays européen	4.1	93	1.6	253	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	25.3	576	21.5	3 422	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.1	2	0.3	44	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	0.5	12	1.6	251	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	11.8	186	18.4	2 095	17.6	2 281
– droits non ouverts	88.2	1 392	81.6	9 303	82.4	10 695

→ MONTPELLIER

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nb de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
855	722	3.3	1 165	698	1.7	3.0	648	202	3.2	16.5

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *dentaire*

Caractéristiques des patients

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	57.6	415	58.3	12 212	58.3	12 627
Femmes	42.4	305	41.7	8 736	41.7	9 041
Âge moyen (années)	32.9		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	8.0	51	7.5	1 551	7.5	1 602
– 10-17 ans	4.8	31	4.0	832	4.1	863
– 18-29 ans	31.7	203	31.5	6 481	31.5	6 684
– 30-39 ans	24.7	158	25.9	5 334	25.8	5 492
– 40-49 ans	15.8	101	15.4	3 171	15.4	3 272
– 50 et plus	15.0	96	15.7	3 240	15.7	3 336
Patients mineurs	12.8	82	11.6	2 383	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	18.7	120	16.3	3 362	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	6.6	42	6.5	1 338	6.5	1 380
Les patients déjà connus	22.5	192	26.8	7 307	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	25.3	173	7.6	1 535	8.2	1 708
– Étrangers	74.7	511	92.4	18 668	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	25.3	173	7.6	1 535	8.2	1 708
– Union européenne	16.5	113	21.0	4 251	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	7.5	51	12.7	2 569	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	11.0	75	26.7	5 383	26.1	5 438
– Maghreb	36.3	249	19.5	3 932	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	1.2	8	4.3	860	4.2	868
– Asie	1.6	11	3.8	775	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.6	4	4.4	898	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	25.3	173	7.6	1 535	8.2	1 708
– Roumanie	21.1	144	4.9	987	5.4	1 131
– Tunisie	14.5	199	10.1	2 045	10.3	2 144
– Algérie	11.4	78	14.7	2 971	14.6	3 049
– Maroc	1.8	12	3.8	774	3.8	786
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3.6		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	34.1	160	37.3	6 430	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	25.5	120	29.2	5 028	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	11.9	56	13.9	2 406	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	18.1	85	15.3	2 638	15.4	2 723
– 10 ans et plus	10.4	49	4.3	749	4.5	798

Logement et domiciliation

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	25.1	168	23.6	4 538	23.7	4 706
– hébergé	13.0	87	15.9	3 050	15.8	3 137
– précaire	47.0	315	48.0	9 228	48.0	9 543
– sans logement	14.9	100	12.5	2 394	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	26.1	141	40.4	6 713	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	1.1	1	5.3	297	5.3	298
– obtenue par une association	55.1	49	31.2	1 736	31.6	1 785
– pas de domiciliation	43.8	39	63.5	3 527	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	5.3	22	6.7	1001	6.6	1 023
– visa touriste	5.1	21	7.1	1075	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	27.9	115	18.8	2830	19.1	2 945
– en situation irrégulière	61.7	254	67.4	10125	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	45.3	62	37.9	3713	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	29.0	18	36.1	1341	36.0	1 359
– demande déjà déposée	71.0	44	63.9	2372	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	40.4	245	23.2	4080	23.8	4 325
– AME	38.2	232	51.0	8953	50.6	9 185
– droits autre pays européen	2.3	14	2.0	332	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	18.1	110	22.1	3888	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.3	2	0.2	44	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	0.7	4	1.5	259	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	25.6	119	17.3	2162	17.6	2 281
– droits non ouverts	74.4	346	82.7	10349	82.4	10 695



Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nb de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
420	343	1.6	976	404	2.4	2.5	195	67	2.9	5.0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *dentaire et entretiens psychologiques*

Caractéristiques des patients

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	55.4	190	58.3	12 437	58.3	12 627
Femmes	44.6	153	41.7	8 888	41.7	9 041
Âge moyen (années)	36.9		33.4		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	8.2	28	7.5	1 574	7.5	1 602
– 10-17 ans	5.3	18	4.0	845	4.1	863
– 18-29 ans	25.1	86	31.6	6 598	31.5	6 684
– 30-39 ans	21.9	75	25.9	5 417	25.8	5 492
– 40-49 ans	11.7	40	15.5	3 232	15.4	3 272
– 50 et plus	27.8	95	15.5	3 241	15.7	3 336
Patients mineurs	13.4	46	11.6	2 419	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	15.2	52	16.4	3 430	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	15.8	54	6.3	1 326	6.5	1 380
Les patients déjà connus	32.4	136	26.5	7 363	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	25.1	84	7.9	1 624	8.2	1 708
– Étrangers	74.9	251	92.1	18 928	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	25.1	84	7.9	1 624	8.2	1 708
– Union européenne	12.5	42	21.0	4 322	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	11.3	38	12.6	2 582	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	14.0	47	26.3	5 411	26.1	5 438
– Maghreb	35.9	120	19.8	4 061	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	0.6	2	4.2	866	4.2	868
– Asie	0.3	1	3.8	785	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.3	1	4.4	901	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	25.1	84	7.9	1 624	8.2	1 708
– Roumanie	17.6	59	5.2	1 072	5.4	1 131
– Tunisie	16.1	54	10.2	2 090	10.3	2 144
– Algérie	9.6	32	14.7	3 017	14.6	3 049
– Maroc	4.2	14	4.1	837	4.1	851
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2.2		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	50.0	120	37.0	6 470	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	24.2	58	29.1	5 090	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	8.7	21	14.0	2 441	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	13.8	33	15.4	2 690	15.4	2 723
– 10 ans et plus	3.3	8	4.5	790	4.5	798

Logement et domiciliation

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	66.9	226	22.9	4 480	23.7	4 706
– hébergé	11.8	40	15.8	3 097	15.8	3 137
– précaire	16.6	56	48.6	9 487	48.0	9 543
– sans logement	4.7	16	12.7	2 478	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	27.6	82	40.2	6 772	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	4.1	3	5.3	295	5.3	298
– obtenue par une association	67.1	49	31.1	1 736	31.6	1 785
– pas de domiciliation	28.8	21	63.6	3 545	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	7.0	15	6.6	1 008	6.6	1 023
– visa touriste	27.4	59	6.8	1 037	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	25.1	54	19.0	2 891	19.1	2 945
– en situation irrégulière	40.5	87	67.6	10 292	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	37.3	33	38.0	3 742	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	60.6	20	35.8	1 339	36.0	1 359
– demande déjà déposée	39.4	13	64.2	2 403	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	36.3	119	23.6	4 206	23.8	4 325
– AME	25.3	83	51.0	9 102	50.6	9 185
– droits autre pays européen	0.3	1	1.9	345	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	35.4	116	21.8	3 882	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0.3	46	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	2.7	9	1.4	254	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	39.2	78	17.2	2 203	17.6	2 281
– droits non ouverts	60.8	121	82.8	10 574	82.4	10 695



Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
299	259	1.2	357	230	1.5	0.9

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *entretiens psychologiques*

Caractéristiques des patients

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	54.1	140	58.3	12 487	58.3	12 627
Femmes	45.9	119	41.7	8 922	41.7	9 041
Âge moyen (années)	36.9		33.4		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	2.0	5	7.6	1 597	7.5	1 602
– 10-17 ans	2.4	6	4.1	857	4.1	863
– 18-29 ans	34.4	85	31.5	6 599	31.5	6 684
– 30-39 ans	25.9	64	25.8	5 428	25.8	5 492
– 40-49 ans	13.8	34	15.4	3 238	15.4	3 272
– 50 et plus	21.5	53	15.6	3 283	15.7	3 336
Patients mineurs	4.4	11	11.7	2 454	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	16.6	41	16.4	3 441	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	11.7	29	6.4	1 351	6.5	1 380
Les patients déjà connus	20.1	60	26.7	7 439	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	9.9	25	8.2	1 683	8.2	1 708
– Étrangers	90.1	228	91.8	18 951	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	9.9	25	8.2	1 683	8.2	1 708
– Union européenne	9.1	23	21.0	4 341	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	19.8	50	12.5	2 570	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	41.0	104	25.9	5 354	26.1	5 438
– Maghreb	17.4	44	20.0	4 137	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	0.8	2	4.2	866	4.2	868
– Asie	0.8	2	3.8	784	3.8	786
– Océanie et Amériques	1.2	3	4.4	899	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	9.9	25	8.2	1 683	8.2	1 708
– Roumanie	9.1	23	3.7	763	3.8	786
– Tunisie	8.3	21	10.3	2 123	10.3	2 144
– Algérie	7.1	18	14.7	3 031	14.6	3 049
– Maroc	7.1	18	0.7	142	0.8	160
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2.5		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	34.9	69	37.2	6 521	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	25.3	50	29.1	5 098	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	22.7	45	13.8	2 417	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	12.6	25	15.4	2 698	15.4	2 723
– 10 ans et plus	4.5	9	4.5	789	4.5	798

Logement et domiciliation

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	14.5	32	23.8	2 674	23.7	4 706
– hébergé	22.6	50	15.7	3 087	15.8	3 137
– précaire	49.8	110	48.0	9 433	48.0	9 543
– sans logement	13.1	29	12.5	2 465	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	10.6	18	40.3	6 836	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	----	0	5.3	298	5.3	298
– obtenue par une association	50.0	5	31.6	1 780	31.6	1 785
– pas de domiciliation	50.0	5	63.1	3 561	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	3.9	6	6.6	1 017	6.6	1 023
– visa touriste	18.9	29	7.0	1 067	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	27.5	42	19.0	2 903	19.1	2 945
– en situation irrégulière	49.7	76	67.4	10 303	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	65.4	70	37.7	3 705	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	25.7	18	36.2	1 341	36.0	1 359
– demande déjà déposée	74.3	52	63.8	2 364	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	37.2	64	23.7	4 261	23.8	4 325
– AME	34.3	59	50.7	9 126	50.6	9 185
– droits autre pays européen	1.7	3	1.9	343	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	25.0	43	22.0	3 955	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	1.2	2	0.2	44	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	0.6	1	1.5	262	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	58.8	67	17.2	2 214	17.6	2 281
– droits non ouverts	41.2	47	82.8	10 648	82.4	10 695



Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nb de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
3 375	2 451	11.3	3 056	1 677	1.8	7.9	1 112	545	2.0	28.4

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *dentaire, entretiens psychologiques, kinésithérapie, ophtalmologie et psychiatrie*

Caractéristiques des patients

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	55.9	1 370	58.6	11 257	58.3	12 627
Femmes	44.1	1 080	41.4	7 961	41.7	9 041
Âge moyen (années)	33.4		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	8.0	196	7.5	1 406	7.5	1 602
– 10-17 ans	4.1	99	4.1	764	4.1	863
– 18-29 ans	29.8	728	31.7	5 956	31.5	6 684
– 30-39 ans	27.3	667	25.6	4 825	25.8	5 492
– 40-49 ans	16.0	390	15.3	2 882	15.4	3 272
– 50 et plus	14.8	360	15.8	2 976	15.7	3 336
Patients mineurs	12.1	295	11.5	2 170	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	14.0	342	16.7	3 140	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	5.7	138	6.6	1 242	6.5	1 380
Les patients déjà connus	41.1	1 388	24.7	6 111	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	3.9	94	8.7	1 614	8.2	1 708
– Étrangers	96.1	2 334	91.3	16 845	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	3.9	94	8.7	1 614	8.2	1 708
– Union européenne	13.8	336	21.8	4 028	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	25.2	611	11.0	2 009	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	17.4	423	27.3	5 035	26.1	5 438
– Maghreb	28.1	685	18.9	3 496	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	1.4	33	4.5	835	4.2	868
– Asie	9.3	225	3.0	561	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.9	21	4.8	881	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	18.3	444	1.9	342	3.8	786
– Roumanie	13.8	336	2.6	476	3.9	812
– Tunisie	8.4	203	<0.1	1	0.1	204
– Algérie	8.2	198	15.4	2 851	14.6	3 049
– Maroc	7.2	174	5.2	957	5.4	1 131
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3.3		2.1		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	24.4	554	39.0	6 036	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	29.1	658	29.1	4 490	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	15.9	361	13.6	2 101	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	24.7	561	14.0	2 162	15.4	2 723
– 10 ans et plus	5.9	134	4.3	664	4.5	798

Logement et domiciliation

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	48.2	1 154	20.3	3 552	23.7	4 706
– hébergé	17.7	423	15.5	2 714	15.8	3 137
– précaire	24.9	596	51.2	8 947	48.0	9 543
– sans logement	9.2	221	13.0	2 273	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	24.5	525	42.2	6 329	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	7.4	38	5.1	260	5.3	298
– obtenue par une association	73.0	373	27.5	1 412	31.6	1 785
– pas de domiciliation	19.6	100	67.4	3 466	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	4.0	81	7.0	942	6.6	1 023
– visa touriste	2.8	57	7.7	1 039	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	23.8	480	18.4	2 465	19.1	2 945
– en situation irrégulière	69.4	1 403	66.9	8 976	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	33.0	644	39.2	3 131	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	51.9	334	32.7	1 025	36.0	1 359
– demande déjà déposée	48.1	310	67.3	2 106	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	24.2	580	23.7	3 745	23.8	4 325
– AME	55.4	1 329	49.9	7 856	50.6	9 185
– droits autre pays européen	1.5	35	2.0	311	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	17.7	424	22.7	3 574	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	1.0	24	0.1	22	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	0.2	5	1.6	258	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	18.8	357	17.4	1 924	17.6	2 281
– droits non ouverts	81.1	1 537	82.6	9 158	82.4	10 695

 **PARIS**
Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
4 104	2 679	12.3	6 656	3 640	1.8	17.2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et sophrologie*

Caractéristiques des patients

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59.0	1 581	58.2	11 046	58.3	12 627
Femmes	41.0	1 098	41.8	7 943	41.7	9 041
Âge moyen (années)	36.7		33.0		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	4.6	120	7.9	1 482	7.5	1 602
– 10-17 ans	3.4	90	4.1	773	4.1	863
– 18-29 ans	26.5	690	32.2	5 994	31.5	6 684
– 30-39 ans	27.8	726	25.6	4 766	25.8	5 492
– 40-49 ans	17.5	456	15.1	2 816	15.4	3 272
– 50 et plus	20.2	528	15.1	2 808	15.7	3 336
Patients mineurs	8.0	210	12.1	2 255	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	10.7	279	17.2	3 203	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	8.4	219	6.2	1 161	6.5	1 380
Les patients déjà connus	14.8	608	28.7	6 891	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	3.0	78	8.9	1 630	8.2	1 708
– Étrangers	97.0	2 514	91.1	16 665	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	3.0	78	8.9	1 630	8.2	1 708
– Union européenne	5.0	129	23.1	4 235	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	7.3	189	13.3	2 431	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	54.3	1 407	22.1	4 051	26.1	5 438
– Maghreb	16.1	417	20.6	3 764	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	5.2	135	4.0	733	4.2	868
– Asie	6.6	171	3.4	615	3.8	786
– Océanie et Amériques	2.5	66	4.6	836	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	16.7	432	2.3	419	4.1	851
– Roumanie	8.3	216	10.5	1 928	10.3	2 144
– Tunisie	7.2	186	1.4	264	2.2	450
– Algérie	5.9	153	1.3	241	1.9	394
– Maroc	3.8	99	1.9	350	2.2	449
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2.6		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	39.2	948	36.9	5 642	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	26.3	636	29.5	4 512	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	10.1	243	14.5	2 219	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	18.3	441	14.9	2 282	15.4	2 723
– 10 ans et plus	6.1	147	4.2	651	4.5	798

Logement et domiciliation

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	16.1	411	24.8	4 295	23.7	4 706
– hébergé	18.7	477	15.3	2 660	15.8	3 137
– précaire	52.3	1 338	47.4	8 205	48.0	9 543
– sans logement	12.9	330	12.5	2 164	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	23.8	555	42.5	6 299	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	2.6	9	5.4	289	5.3	298
– obtenue par une association	28.3	96	31.8	1 689	31.6	1 785
– pas de domiciliation	69.1	234	62.8	3 332	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	1.9	42	7.4	981	6.6	1 023
– visa touriste	8.7	195	6.8	901	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	12.7	285	20.2	2 660	19.1	2 945
– en situation irrégulière	76.7	1 722	65.6	8 657	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	27.7	432	39.9	3 343	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	27.1	117	37.1	1 242	36.0	1 359
– demande déjà déposée	72.9	315	62.9	2 101	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	18.8	462	24.6	3 863	23.8	4 325
– AME	54.8	1 347	50.0	7 838	50.6	9 185
– droits autre pays européen	0.8	21	2.1	325	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	25.0	615	21.5	3 383	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.2	6	0.2	40	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	0.4	9	1.6	254	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	20.9	372	17.0	1 909	17.6	2 281
– droits non ouverts	79.1	1 404	83.0	9 291	82.4	10 695



Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
273	216	1.0	632	270	2.3	1.6

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *entretiens psychologiques et psychiatrie*

Caractéristiques des patients

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	61.6	133	58.2	12 494	58.3	12 627
Femmes	38.4	83	41.8	8 958	41.7	9 041
Âge moyen (années)	33.3		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	7.0	15	7.5	1 587	7.5	1 602
– 10-17 ans	6.6	14	4.0	849	4.1	863
– 18-29 ans	29.6	63	31.5	6 621	31.5	6 684
– 30-39 ans	22.5	48	25.9	5 444	25.8	5 492
– 40-49 ans	18.8	40	15.4	3 232	15.4	3 272
– 50 et plus	15.5	33	15.7	3 303	15.7	3 336
Patients mineurs	13.6	29	11.6	2 436	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	19.7	42	16.3	3 440	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	6.1	13	6.5	1 367	6.5	1 380
Les patients déjà connus	31.1	85	26.6	7 414	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	36.1	77	7.9	1 631	8.2	1 708
– Étrangers	63.9	136	92.1	19 043	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	36.2	77	7.9	1 631	8.2	1 708
– Union européenne	21.1	45	20.9	4 319	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	28.6	61	12.4	2 559	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	5.2	11	26.3	5 447	26.1	5 438
– Maghreb	7.0	15	20.1	4 166	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	0.9	2	4.2	866	4.2	868
– Asie	0.5	1	3.8	785	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.5	1	4.4	901	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	36.2	77	7.9	1 631	8.2	1 708
– Roumanie	17.8	38	3.6	748	3.8	786
– Tunisie	6.1	13	14.7	3 036	14.6	3 049
– Algérie	4.7	10	1.0	209	1.1	219
– Maroc	4.2	9	5.4	1 122	5.4	1 131
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2.7		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	49.3	65	37.1	6 525	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	17.4	23	29.1	5 125	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	12.9	17	13.9	2 445	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	13.6	18	15.4	2 705	15.4	2 723
– 10 ans et plus	6.8	9	4.5	789	4.5	798

Logement et domiciliation

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	25.7	55	23.6	4 651	23.7	4 706
– hébergé	35.1	75	15.6	3 062	15.8	3 137
– précaire	21.0	45	48.3	9 498	48.0	9 543
– sans logement	18.2	39	12.5	2 455	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	28.3	53	40.1	6 801	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	9.8	5	5.2	293	5.3	298
– obtenue par une association	51.0	26	31.4	1 759	31.6	1 785
– pas de domiciliation	39.2	20	63.4	3 546	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	18.0	18	6.5	1 005	6.6	1 023
– visa touriste	6.0	6	7.1	1 090	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	26.0	26	19.0	2 919	19.1	2 945
– en situation irrégulière	50.0	50	67.4	10 329	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	76.9	60	37.7	3 715	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	40.0	24	35.9	1 335	36.0	1 359
– demande déjà déposée	60.0	36	64.1	2 380	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	50.3	99	23.5	4 226	23.8	4 325
– AME	19.8	39	50.9	9 146	50.6	9 185
– droits autre pays européen	5.1	10	1.9	336	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	21.3	42	22.0	3 956	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0.3	46	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	3.5	7	1.4	256	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	38.1	51	17.4	2 230	17.6	2 281
– droits non ouverts	61.9	83	82.6	10 612	82.4	10 695



Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nb de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
624	524	2.4	985	598	1.6	2.5	76	60	1.3	1.9

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *dentaire*

Caractéristiques des patients

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	58.4	305	58.3	12 322	58.3	12 627
Femmes	41.6	217	41.7	8 824	41.7	9 041
Âge moyen (années)	32.7		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	7.4	38	7.5	1 564	7.5	1 602
– 10-17 ans	4.9	25	4.0	838	4.1	863
– 18-29 ans	36.3	186	31.4	6 498	31.5	6 684
– 30-39 ans	21.8	112	26.0	5 380	25.8	5 492
– 40-49 ans	14.6	75	15.4	3 197	15.4	3 272
– 50 et plus	15.0	77	15.7	3 259	15.7	3 336
Patients mineurs	12.3	63	11.6	2 402	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	21.8	112	16.2	3 370	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	7.6	39	6.5	1 341	6.5	1 380
Les patients déjà connus	18.9	118	26.8	7 381	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	14.9	75	8.0	1 633	8.2	1 708
– Étrangers	85.1	427	92.0	18 752	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	14.9	75	8.0	1 633	8.2	1 708
– Union européenne	15.5	78	21.0	4 286	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	7.6	38	12.7	2 582	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	30.9	155	26.1	5 303	26.1	5 438
– Maghreb	28.1	141	19.8	4 040	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	1.2	6	4.2	862	4.2	868
– Asie	1.2	6	3.8	780	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.6	3	4.4	899	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	14.9	75	8.0	1 633	8.2	1 708
– Roumanie	13.8	69	14.6	2 980	14.6	3 049
– Tunisie	11.0	55	10.3	2 089	10.3	2 144
– Algérie	9.0	45	3.8	767	3.9	812
– Maroc	8.6	43	2.0	406	2.2	449
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1.9		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	48.8	192	36.9	6 398	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	20.9	82	29.2	5 066	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	15.5	61	13.9	2 401	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	10.7	42	15.5	2 681	15.4	2 723
– 10 ans et plus	4.1	16	4.5	782	4.5	798

Logement et domiciliation

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	26.6	119	23.6	4 587	23.7	4 706
– hébergé	17.6	79	15.7	3 058	15.8	3 137
– précaire	31.7	142	48.4	9 401	48.0	9 543
– sans logement	24.1	108	12.3	2 386	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	25.5	82	40.3	6 772	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	3.6	2	5.3	296	5.3	298
– obtenue par une association	44.6	25	31.5	1 760	31.6	1 785
– pas de domiciliation	51.8	29	63.2	3 537	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	5.3	16	6.6	1 007	6.6	1 023
– visa touriste	12.0	36	7.0	1 060	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	28.7	86	18.9	2 859	19.1	2 945
– en situation irrégulière	54.0	162	67.5	10 217	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	54.3	63	37.8	3 712	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	41.3	26	35.9	1 333	36.0	1 359
– demande déjà déposée	58.7	37	64.1	2 379	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	39.1	173	23.4	4 152	23.8	4 325
– AME	33.7	149	51.0	9 036	50.6	9 185
– droits autre pays européen	1.4	6	1.9	340	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	25.1	111	21.9	3 887	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.0	0	0.3	46	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	0.7	3	1.5	260	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	17.1	52	17.6	2 229	17.6	2 281
– droits non ouverts	82.9	252	82.4	10 443	82.4	10 695

→ SAINT-DENIS

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
5 500	4 384	20.2	5 499	3 579	1.5	14.2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *cardiologie, dentaire (via le bus social dentaire), entretiens psychologiques, gynécologie et ophtalmologie*

Caractéristiques des patients

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59.5	2 603	58.0	10 024	58.3	12 627
Femmes	40.5	1 774	42.0	7 267	41.7	9 041
Âge moyen (années)	33.0		33.6		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	3.4	147	8.6	1 455	7.5	1 602
– 10-17 ans	2.5	110	4.4	753	4.1	863
– 18-29 ans	38.2	1 651	29.7	5 033	31.5	6 684
– 30-39 ans	28.8	1 242	25.1	4 250	25.8	5 492
– 40-49 ans	15.6	672	15.4	2 600	15.4	3 272
– 50 et plus	11.5	496	16.8	2 840	15.7	3 336
Patients mineurs	5.9	257	13.0	2 208	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	20.5	886	15.3	2 596	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	3.9	170	7.1	1 210	6.5	1 380
Les patients déjà connus	23.9	1 314	27.3	6 185	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	0.2	9	10.1	1 699	8.2	1 708
– Étrangers	99.8	4 100	89.9	15 079	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	0.2	9	10.1	1 699	8.2	1 708
– Union européenne	35.4	1 457	17.3	2 907	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	12.5	515	12.5	2 105	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	22.5	923	27.1	4 535	26.1	5 438
– Maghreb	8.1	331	23.0	3 850	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	14.1	578	1.7	290	4.2	868
– Asie	6.3	259	3.1	527	3.8	786
– Océanie et Amériques	0.9	37	5.2	865	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	33.7	1 386	9.9	1 663	14.6	3 049
– Roumanie	11.3	464	0.2	27	2.4	491
– Tunisie	9.4	387	0.3	51	2.1	438
– Algérie	5.0	205	1.1	189	1.9	394
– Maroc	4.9	202	0.3	51	1.2	253
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1.5		2.4		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	24.1	948	40.9	5 642	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	46.8	1 838	24.0	3 310	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	16.2	639	13.2	1 823	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	10.8	424	16.7	2 299	15.4	2 723
– 10 ans et plus	2.1	83	5.2	715	4.5	798

Logement et domiciliation

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	12.3	483	26.5	4 223	23.7	4 706
– hébergé	4.5	176	18.6	2 961	15.8	3 137
– précaire	78.7	3 090	40.4	6 453	48.0	9 543
– sans logement	4.5	178	14.5	2 316	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	68.8	2 573	31.9	4 281	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	0.3	6	8.3	292	5.3	298
– obtenue par une association	4.8	103	47.9	1 682	31.6	1 785
– pas de domiciliation	94.9	2 030	43.8	1 536	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	6.4	230	6.7	793	6.6	1 023
– visa touriste	3.4	124	8.2	972	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	4.1	149	23.6	2 796	19.1	2 945
– en situation irrégulière	86.1	3 112	61.5	7 267	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	27.2	414	40.0	3 361	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	42.8	177	35.2	1 182	36.0	1 359
– demande déjà déposée	57.2	237	64.8	2 179	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	4.7	179	28.9	4 146	23.8	4 325
– AME	76.1	2 922	43.8	6 263	50.6	9 185
– droits autre pays européen	0.5	19	2.3	327	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	17.1	658	23.3	3 340	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.1	4	0.3	42	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	1.5	56	1.4	207	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	3.1	89	21.8	2 192	17.6	2 281
– droits non ouverts	96.9	2 817	78.2	7 878	82.4	10 695

→ STRASBOURG

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nb de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
744	532	2.4	1 289	552	2.3	3.3	750	262	2.9	19.1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *dentaire, dermatologie, entretiens psychologiques, gynécologie, pneumologie, psychiatrie*

Caractéristiques des patients

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	56.9	302	58.3	12 325	58.3	12 627
Femmes	43.1	229	41.7	8 812	41.7	9 041
Âge moyen (années)	39.5		33.3		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	3.6	19	7.6	1 583	7.5	1 602
– 10-17 ans	4.2	22	4.1	841	4.1	863
– 18-29 ans	26.0	137	31.6	6 547	31.5	6 684
– 30-39 ans	20.1	106	26.0	5 386	25.8	5 492
– 40-49 ans	16.2	85	15.4	3 187	15.4	3 272
– 50 et plus	29.9	157	15.3	3 179	15.7	3 336
Patients mineurs	7.8	41	11.7	2 424	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	15.4	81	16.4	3 401	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	15.0	79	6.3	1 301	6.5	1 380
Les patients déjà connus	41.5	309	26.2	7 190	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	6.0	31	8.2	1 677	8.2	1 708
– Étrangers	94.0	487	91.8	18 692	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	6.0	31	8.2	1 677	8.2	1 708
– Union européenne	27.4	142	20.7	4 222	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	4.6	24	12.7	2 596	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	27.8	144	26.2	5 314	26.1	5 438
– Maghreb	29.2	151	19.8	4 030	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	2.3	12	4.2	856	4.2	868
– Asie	1.5	8	3.8	778	3.8	786
– Océanie et Amériques	1.2	6	4.4	896	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	19.3	100	10.0	2 044	10.3	2 144
– Roumanie	17.6	91	14.5	2 958	14.6	3 049
– Tunisie	9.3	48	5.3	1 083	5.4	1 131
– Algérie	7.5	39	4.0	812	4.1	851
– Maroc	6.0	31	8.2	1 677	8.2	1 708
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2.3		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	42.1	198	37.1	6 392	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	20.0	94	29.3	5 054	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	14.2	67	13.9	2 395	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	19.5	92	15.2	2 631	15.4	2 723
– 10 ans et plus	4.2	20	4.5	778	4.5	798

Logement et domiciliation

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	26.4	135	23.6	4 571	23.7	4 706
– hébergé	11.9	61	15.9	3 076	15.8	3 137
– précaire	46.5	238	48.0	9 305	48.0	9 543
– sans logement	15.2	78	12.5	2 416	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	28.6	130	40.3	6 724	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	1.4	1	5.3	297	5.3	298
– obtenue par une association	5.5	4	32.0	1 781	31.6	1 785
– pas de domiciliation	93.1	68	62.7	3 498	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	13.0	53	6.4	970	6.6	1 023
– visa touriste	15.9	65	6.9	1 031	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	19.6	80	19.1	2 865	19.1	2 945
– en situation irrégulière	51.5	210	67.6	10 169	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	39.4	65	38.0	3 710	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	44.6	29	35.8	1 330	36.0	1 359
– demande déjà déposée	55.4	36	64.2	2 380	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	14.7	63	24.0	4 262	23.8	4 325
– AME	44.6	191	50.8	8 994	50.6	9 185
– droits autre pays européen	5.4	23	1.8	323	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	27.6	118	21.9	3 880	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	0.2	1	0.2	45	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	7.5	32	1.3	231	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	22.0	53	17.5	2 228	17.6	2 281
– droits non ouverts	78.0	188	82.5	10 507	82.4	10 695

→ TOULOUSE

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nb de dossiers sociaux	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nb de cs médicales	Nb de patients reçus en cs médicale	Nb moyen de cs médicales par patient	% de l'ensemble des cs nationales	Nb de cs dentaires	Nb de patients reçus en cs dentaire	Nb moyen de cs dentaires par patient	% de l'ensemble des cs nationales
664	570	2.6	779	475	1.6	2.0	38	33	1.1	1.0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : *dentaire et entretiens psychologiques*

Caractéristiques des patients

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	65.7	364	58.1	12 263	58.3	12 627
Femmes	34.3	190	41.9	8 851	41.7	9 041
Âge moyen (années)	38.0		33.4		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	3.5	19	7.6	1 583	7.5	1 602
– 10-17 ans	2.2	12	4.1	851	4.1	863
– 18-29 ans	27.5	150	31.6	6 534	31.5	6 684
– 30-39 ans	23.1	126	25.9	5 366	25.8	5 492
– 40-49 ans	20.0	109	15.3	3 163	15.4	3 272
– 50 et plus	23.7	129	15.5	3 207	15.7	3 336
Patients mineurs	5.7	31	11.8	2 434	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	14.9	81	16.4	3 401	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	10.1	55	6.4	1 325	6.5	1 380
Les patients déjà connus	25.6	170	26.7	7 329	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	16.5	85	8.0	1 623	8.2	1 708
– Étrangers	83.5	430	92.0	18 749	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	16.5	85	8.0	1 623	8.2	1 708
– Union européenne	15.1	78	21.0	4 286	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	3.7	19	12.8	2 601	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	24.9	128	26.1	5 330	26.1	5 438
– Maghreb	32.3	166	19.7	4 015	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	1.7	9	4.2	859	4.2	868
– Asie	4.1	21	3.8	765	3.8	786
– Océanie et Amériques	1.7	9	4.4	893	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	20.3	105	10.0	2 039	10.3	2 144
– Roumanie	16.4	85	8.0	1 623	8.2	1 708
– Tunisie	8.5	44	5.3	1 087	5.4	1 131
– Algérie	6.0	31	14.8	3 018	14.6	3 049
– Maroc	3.5	18	1.0	204	1.1	222
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2.6		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	44.8	179	37.0	6 411	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	20.5	82	29.3	5 066	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	11.7	47	13.9	2 415	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	16.5	66	15.3	2 657	15.4	2 723
– 10 ans et plus	6.5	26	4.5	772	4.5	798

Logement et domiciliation

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	19.3	93	23.8	4 613	23.7	4 706
– hébergé	23.4	113	15.6	3 024	15.8	3 137
– précaire	36.8	177	48.3	9 366	48.0	9 543
– sans logement	20.5	99	12.3	2 395	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	29.7	122	40.2	6 732	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	2.6	2	5.3	296	5.3	298
– obtenue par une association	39.7	31	31.5	1 754	31.6	1 785
– pas de domiciliation	57.7	45	63.2	3 521	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	7.7	28	6.6	995	6.6	1 023
– visa touriste	14.9	54	6.9	1 042	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	30.9	112	18.8	2 833	19.1	2 945
– en situation irrégulière	46.4	168	67.7	10 211	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	51.5	104	37.7	3 671	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	17.3	18	36.5	1 341	36.0	1 359
– demande déjà déposée	82.7	86	63.5	2 330	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	42.6	181	23.4	4 144	23.8	4 325
– AME	34.6	147	50.9	9 038	50.6	9 185
– droits autre pays européen	4.7	20	1.8	326	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	17.9	76	22.1	3 922	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0.3	46	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	0.2	1	1.5	262	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	34.5	107	17.2	2 174	17.6	2 281
– droits non ouverts	65.5	203	82.8	10 492	82.4	10 695

→ VALENCIENNES

Activité 2010

Nombre total de patients (file active)	Nombre de dossiers sociaux	Pourcentage de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	Nombre de patients reçus en cs médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Pourcentage de l'ensemble des consultations nationales
477	339	1.6	938	429	2.2	2.4

Consultations spécialisées pratiquées au centre : - - -

Caractéristiques des patients

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	63.1	214	58.2	12 413	58.3	12 627
Femmes	36.9	125	41.8	8 916	41.7	9 041
Âge moyen (années)	31.8		33.5		33.5	
Classes d'âge						
– < 10 ans	7.8	26	7.5	1 576	7.5	1 602
– 10-17 ans	2.1	7	4.1	856	4.1	863
– 18-29 ans	38.9	129	31.3	6 555	31.5	6 684
– 30-39 ans	21.7	72	25.9	5 420	25.8	5 492
– 40-49 ans	13.5	45	15.4	3 227	15.4	3 272
– 50 et plus	16.0	53	15.7	3 283	15.7	3 336
Patients mineurs	9.9	33	11.6	2 432	11.6	2 465
Les jeunes de 16-24 ans	26.5	88	16.2	3 394	16.4	3 482
Les patients de 60 ans et plus	3.9	13	6.5	1 367	6.5	1 380
Les patients déjà connus	40.0	191	26.4	7 308	26.6	7 499
Nationalités						
– Français	59.2	193	7.4	1 515	8.2	1 708
– Étrangers	40.8	133	92.6	19 046	91.8	19 179
Groupe continental						
– France	59.2	193	7.4	1 515	8.2	1 708
– Union européenne	17.2	56	20.9	4 308	20.9	4 364
– Europe (hors UE)	0.6	2	12.7	2 618	12.5	2 620
– Afrique subsaharienne	4.0	13	26.5	5 445	26.1	5 438
– Maghreb	18.7	61	20.0	4 120	20.0	4 181
– Proche et Moyen-Orient	0.3	1	4.2	867	4.2	868
– Asie	----	0	3.8	786	3.8	786
– Océanie et Amériques	----	0	4.4	902	4.3	902
Nationalités les plus représentées						
– France	59.2	193	7.4	1 515	8.2	1 708
– Roumanie	14.4	47	14.6	3 002	14.6	3 049
– Tunisie	11.7	38	10.2	2 106	10.3	2 144
– Algérie	6.4	21	5.4	1 110	5.4	1 131
– Maroc	0.9	3	0.7	78	0.4	81
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3.6		2.2		2.2	
Durée de résidence des étrangers						
– < 3 mois	34.7	28	37.2	6 562	37.2	6 590
– 3 mois à moins de 1 an	24.7	20	29.1	5 128	29.0	5 148
– 1 an à moins de 3 ans	16.0	13	13.8	2 449	13.9	2 462
– 3 ans à moins de 10 ans	12.3	10	15.4	2 713	15.4	2 723
– 10 ans et plus	12.3	10	4.5	788	4.5	798

Logement et domiciliation

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
– fixe	32.2	90	23.5	4 616	23.7	4 706
– hébergé	31.4	88	15.6	3 049	15.8	3 137
– précaire	12.1	34	48.5	9 509	48.0	9 543
– sans logement	24.3	68	12.4	2 426	12.5	2 494
Besoin d'une domiciliation ⁽¹⁾	13.6	25	40.3	6 829	40.0	6 854
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽²⁾						
– obtenue par un CCAS	----	0	5.3	298	5.3	298
– obtenue par une association	25.0	3	31.6	1 782	31.6	1 785
– pas de domiciliation	75.0	9	63.1	3 557	63.1	3 566

(1) parmi les patients de 16 ans et plus

(2) parmi les patients ayant besoin d'une domiciliation

Situation administrative des patients étrangers

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
– autorisé à rester en France (ressortissant UE)	7.0	3	6.6	1 020	6.6	1 023
– visa touriste	26.3	7	7.1	1 089	7.1	1 096
– titre séjour valide ou RDV préfecture	25.6	11	19.0	2 934	19.1	2 945
– en situation irrégulière	51.1	22	67.3	10 357	67.2	10 379
Étrangers concernés par une demande d'asile ⁽²⁾	86.7	13	37.9	3 762	38.0	3 775
dont...						
– demande non déposée	37.5	5	36.0	1 354	36.0	1 359
– demande déjà déposée	61.5	8	64.0	2 408	64.0	2 416

(1) Ne concerne que les patients étrangers âgés de 18 ans et plus

(2) Ne concerne que les patients originaires d'un pays extérieur à l'Union européenne

Droits théoriques et droits effectifs à la couverture maladie

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
– SS/CMU	66.4	130	23.3	4 195	23.8	4 325
– AME	29.6	58	50.8	9 127	50.6	9 185
– droits autre pays européen	1.0	2	1.9	344	1.9	346
– pas de droits (critère de résidence)	0.5	1	22.2	3 997	22.0	3 998
– pas de droits (plafond AME dépassé)	----	0	0.3	46	0.3	46
– aucun droit (visa touriste)	2.5	5	1.4	258	1.4	263
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques)						
– droits ouverts	22.8	39	17.5	2 242	17.6	2 281
– droits non ouverts	77.2	132	82.5	10 563	82.4	10 695

MÉDECINS DU MONDE

Direction des Missions France
Observatoire de l'accès aux soins
62, rue Marcadet - 75018 Paris
tél : 01 44 92 16 01
fax : 01 44 92 99 92
dmf@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

CONCEPTION GRAPHIQUE ET RÉALISATION :

Christel Andrieu
c.andrieu@orsmip.org

RELECTURE :

Lionel Blot
lionelblot@orange.fr

IMPRESSION :

IGC Communigraphie
10 rue Gustave Delory
BP 21
42964 SAINT-ETIENNE cedex 9
04 77 92 04 80
www.espace-igc.com

