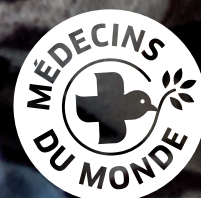


OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DANS LES PROGRAMMES
DE MÉDECINS DU MONDE
EN FRANCE

RAPPORT
20
17



SOMMAIRE

ÉDITO	4
RÉSUMÉ	6
GLOSSAIRE	12
LES PROGRAMMES FRANCE EN 2017	15
PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO EN 2017	21
Une population jeune, confrontée à des conditions de vie particulièrement difficiles	22
Les étrangers en situation irrégulière	26
Les demandeurs d'asile	28
Les mineurs	31

PARTIE I ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2017 35

1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PATIENTS ACCUEILLIS DANS LES CASO	36
<i>Un état de santé bucco-dentaire très dégradé</i>	<i>37</i>
<i>La tuberculose : une vieille histoire... de santé publique</i>	<i>40</i>
2. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO ...	42
Suivi gynécologique et antécédents obstétricaux des femmes reçues dans les Caso	42
Une absence de suivi de grossesse fréquente chez les femmes enceintes en situation de précarité ...	43
<i>Améliorer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes en situation de précarité sur les programmes de MdM : une approche innovante</i>	<i>44</i>
3. SOUFFRANCE ET TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REPÉRÉS CHEZ LES PATIENTS DES CASO	45
<i>Des populations particulièrement exposées aux violences : des conséquences physiques et psychologiques inévitables sur la santé</i>	<i>48</i>
<i>L'interprète professionnel, acteur indispensable à la bonne prise en charge des patients allophones</i>	<i>49</i>
4. LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION	50
5. LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES B ET C ET DES IST AUPRÈS DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	52

PARTIE II L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN 57

1. QUEL ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO ?	58
<i>Les permanences d'accès aux soins de santé : des dispositifs à harmoniser et à renforcer</i>	<i>59</i>
<i>Le prix des médicaments : le nouveau visage de l'inégalité dans l'accès aux soins en France et en Europe</i>	<i>61</i>
<i>Deux ans après la réforme de la protection universelle maladie : des obstacles qui s'additionnent</i>	<i>62</i>
2. LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO	63
Une complexité des démarches, renforcée par des dysfonctionnements et des pratiques abusives ...	63
<i>La dématérialisation des services publics : un accès aux droits virtuel</i>	<i>64</i>
<i>Pour une protection maladie inclusive pour les personnes en situation de précarité : inclure l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale</i>	<i>65</i>
<i>Étrangers malades : la suspicion au cœur de la régularisation pour soins</i>	<i>66</i>
L'exemple de la domiciliation	67
<i>L'accès à la domiciliation par le contentieux administratif : l'exemple du CCAS de Bobigny</i>	<i>67</i>
Des difficultés financières d'accès aux soins évoquées par près de 1 patient sur 5	69
La barrière linguistique : un obstacle à une prise en charge optimale	69

<i>La médiation en santé : un dispositif indispensable à toute action de prévention et de promotion de la santé auprès des populations en situation de précarité</i>	70
3. LA SANTÉ EN ZONE RURALE : ENTRE PRÉCARITÉ ET ÉLOIGNEMENT	71
Les populations accueillies sur le programme des Combrailles et de la Haute vallée de l'Aude	72
L'accessibilité aux structures de droit commun : une difficulté majeure	72
Une diminution de la présence des services publics qui génère des renoncements aux droits et aux soins	73
4. LES TRAVAILLEURS DU SEXE MIS EN DIFFICULTÉ PAR UNE LOI PLUS DANGEREUSE QUE PROTECTRICE	74
L'impact de la loi du 13 avril 2016 sur les conditions de vie et de travail des TdS	75
Le parcours de sortie de la prostitution : méconnu et peu adapté aux besoins des personnes concernées	76
<i>Contre une prise en charge partielle et partielle et pour une lutte effective contre les violences faites aux travailleurs du sexe</i>	77
5. LA SANTÉ EN PRISON	78
6. L'OUTRE-MER : TERRITOIRES OUBLIÉS	81

PARTIE III LA POLITIQUE D'ACCUEIL : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE 85

1. LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX À L'ÉPREUVE DE LA POLITIQUE MIGRATOIRE FRANÇAISE	86
<i>La procédure de demande d'asile en France</i>	88
L'appel d'air : de l'excuse étatique à l'indignité	89
L'invisibilisation par les expulsions sans solution	89
L'hébergement conditionnel : l'approche par les chiffres d'une stratégie inhumaine	90
Mesures coercitives et éloignement : la créativité du législateur dans la traque	91
Frontières terrestres, cimetière de nos valeurs	91
<i>La fraternité décriée</i>	93
Enjeu mondial des migrations : l'opportunité pour l'Union européenne de repenser le sens de son histoire	93
2. ENFANTS ET ADOLESCENTS NON ACCOMPAGNÉS : DE LA NÉCESSITÉ D'UN VÉRITABLE DISPOSITIF D'ACCUEIL	95
Les mineurs non accompagnés face à la suspicion	95
<i>Un nouveau parcours pour l'accueil des enfants et adolescents non accompagnés</i>	99

PARTIE IV L'IMPACT DU MAL-LOGEMENT SUR LA SANTÉ 101

1. LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE	102
L'hébergement d'urgence : la crise perdure	103
Les répercussions du non-logement sur la santé	104
2. INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS VIVANT DANS LES BIDONVILLES ...	106
Dans l'angoisse permanente des expulsions	106
<i>Les implications de la loi Égalité et citoyenneté de janvier 2017 : la trêve hivernale applicable aux bidonvilles</i>	107
<i>L'instruction du 25 janvier 2018 : un objectif de résorption salué</i>	108
Des conditions de vie indignes et dangereuses pour la santé	108
Soigner plutôt qu'expulser	109
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	110
ANNEXES	115

ÉDITO

Dix-huitième rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins : dix-huitième répétition des constats implacables tirés de nos actions quotidiennes en France. Comment ne pas redire les mêmes mots et déplorer les mêmes manques que les années précédentes ? Ce constat ne change pas : les plus précaires sont aussi les plus mal soignés. Les progrès sont faibles, les reculs et les menaces sont là.

Les personnes reçues dans les programmes de Médecins du Monde sont parmi ceux qui vivent dans les pires situations de précarité dans notre pays. La précarité, c'est l'incertitude absolue sur l'avenir qui provient de l'absence de certaines sécurités – le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'accès à l'instruction, à la culture, les liens familiaux et sociaux... Elle peut mener à la très grande pauvreté lorsque ces fragilités se cumulent...

L'accès à la santé et aux soins est fortement influencé par ces phénomènes : en exposant les personnes à des conditions de vie difficiles, la pauvreté les fragilise et peut entraîner des problèmes de santé, liés notamment à un environnement quotidien dégradé (logements insalubres, vie à la rue...). L'instabilité dans laquelle vivent les personnes en précarité les plonge dans un fonctionnement de survie où la santé passe souvent après les besoins vitaux et immédiats : un abri, un repas...

L'absence de droits pour certaines populations ou leur non-application, le découragement des personnes amenant au non-recours à leurs droits contribuent à exclure ces personnes pauvres et précaires du système de santé.

Sans couverture maladie, pas de sésame pour l'accès aux soins. La lutte contre l'exclusion, la pauvreté, la précarité et le combat pour la santé pour tous sont ainsi intimement liés.

En septembre 2017, la ministre de la Santé nouvellement nommée a piloté l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale de santé. Puis en décembre de la même année, c'est la concertation pour la stratégie de lutte contre la pauvreté qui a été annoncée par le gouvernement. Médecins du Monde a interpellé la ministre sur l'importance de rapprocher ces dynamiques et de prendre des mesures importantes pour rendre le système de soins enfin réellement accessible à tous, de ne pas ignorer l'interdépendance de ces sujets. Malgré cela, la lutte pour l'accès aux soins des plus précaires est peu ambitieuse dans la stratégie nationale de santé ; les questions de santé ont eu une place mineure dans la concertation pour la stratégie pauvreté, alors que l'accès aux soins des plus précaires continue à se dégrader. Il manque encore de vraies décisions fortes montrant que les pouvoirs publics ont conscience de cette urgence.

Nous continuons, et nous continuerons, de porter l'idée qu'un système de soins inclusif passe par un accès simplifié et sans obstacle à l'assurance maladie pour tous : l'Aide médicale d'État (AME) doit disparaître au profit d'un régime général de la Sécurité sociale plus accessible et étendu à l'ensemble des personnes résidentes de notre pays. En juin 2018, les débats au Sénat portant sur la loi Asile et immigration ont montré à nouveau que ce dispositif, qui a permis jusqu'à aujourd'hui de faire face aux besoins en santé des étrangers précaires, restait très fragile et était régulièrement menacé. L'amendement voté par le Sénat qui réduisait l'AME à une aide d'urgence n'a été finalement

repoussé qu'au terme d'une intervention *in extremis* de la ministre de la Santé. Mais nous ne doutons pas que d'autres attaques viendront. Nous savons que le risque demeurera tant que le droit à la santé sera minoré pour les étrangers précaires, que sa légitimité sera perpétuellement questionnée au mépris des principes de la santé publique.

Cette année 2017 et le début de l'année 2018 ont été marqués par les effets de la crise de l'accueil des exilés en France : effets politiques avec la loi Asile et immigration et la position dure d'un gouvernement qui continue à parler de « submersion » quand les chiffres le démentent, effets humains avec un nouveau recul des droits pour les exilés. Ces postures et ces choix contribuent à accentuer la précarité de ces personnes qui ont connu, pour nombre d'entre elles, un parcours migratoire violent. Cette précarité fragilise un peu plus des itinéraires humains aux fêlures multiples. Les équipes de Médecins du Monde ont constaté, au cours de cette année, les conséquences de l'absence d'accueil digne et inconditionnel sur les personnes accueillies dans nos programmes : grandes difficultés pour accéder à des soins adaptés, renoncement aux soins, refus de soins, vie à la rue, dans des campements insalubres entraînant santé somatique dégradée et santé psychique fragilisée.

La santé n'est pas un sujet accessoire, parallèle à la lutte contre les inégalités. De même, l'accueil des migrants nous dit aussi comment une société considère les personnes en précarité, les étrangers pauvres, qui cumulent ces facteurs de rejet : être étranger, être pauvre. Si une partie de la société jette sur eux un regard de rejet de plus en plus décomplexé, d'autres se dressent pour faire mentir les commentateurs résignés et se mobilisent pour accueillir et aider.

Les acteurs de Médecins du Monde, en agissant auprès, pour et avec les personnes pauvres, précaires, migrantes, exclues du système, soulèvent la question de l'efficacité et de la cohérence entre les politiques mises en œuvre, de l'insuffisance de vraies mesures qui ont un impact sur le renoncement aux soins et les inégalités de santé.

Ces constats interrogent aussi la volonté et le courage de nos responsables politiques de lutter réellement contre les inégalités au sein de notre société.

Yannick Le Bihan
Directeur des Opérations France
Médecins du Monde

RÉSUMÉ

➤ **En 2017, Médecins du Monde (Mdm) compte 61 programmes dans plus d'une trentaine de villes auprès des personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion, dont l'objectif est de promouvoir ou de faciliter leur accès aux droits et aux soins. Nos équipes constatent au quotidien les difficultés auxquelles sont confrontées ces populations et s'attachent à faire valoir leurs droits, en assurer la continuité dans le temps et leur faciliter un accès aux soins.**

LES PERSONNES RENCONTRÉES AU SEIN DES CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATIONS (CASO)

En 2017, **24 338 personnes ont été accueillies dans les Caso de Mdm**. Les besoins en santé constituent le motif de visite pour 84,6 % des personnes et 28 % d'entre elles s'adressent au Caso pour les questions d'ordre administratif, juridique et social. Il s'agit d'une population jeune et majoritairement masculine (moyenne d'âge 32,7 ans ; 63 % d'homme). Parmi les personnes accueillies, 96,6 % sont des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (45,1 %), du Maghreb (23,8 %) et de l'Union européenne (13,1 %).

Les personnes reçues dans les Caso sont particulièrement exposées à la **précarité administrative et financière**. Seules 16,4 % des personnes de 16 ans et plus exercent une activité professionnelle, non déclarée pour leur grande majorité. En conséquence, la situation financière des ménages accueillis est extrêmement précaire : **98,5 % d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté et 47,6 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre**.

En 2017, 41,3 % des personnes accueillies par les Caso sont en situation irrégulière au regard du séjour. Près d'un tiers des étrangers en situation régulière sont en situation administrative précaire, dans la mesure où ils disposent d'un titre de séjour de moins de six mois et peuvent basculer rapidement dans l'irrégularité. En conséquence, 38 % des étrangers en situation irrégulière limitent leurs déplacements.

La part des demandeurs d'asile dans la file active des Caso apparaît en hausse par rapport aux années antérieures, soit **11 % des personnes reçues dans les Caso en 2017. La moitié des demandeurs d'asile sont originaire d'Afrique subsaharienne et 30 % proviennent d'Europe hors UE**. Bien que les demandeurs d'asile puissent en théorie bénéficier d'un hébergement en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) ou dans une structure similaire, **seuls 22 % des demandeurs d'asile sont hébergés par une structure ou une association et près de la moitié sont à la rue ou en hébergement d'urgence au jour de leur première visite**.

Depuis 2016, on constate une hausse de la part des mineurs accueillis dans les Caso. **En 2017, 3 477 mineurs ont été accueillis dans les Caso, soit 14,3 % de la file active totale. L'âge moyen des mineurs accueillis s'élève à 10,2 ans et un quart de ces jeunes a moins de 5 ans.** La très large majorité

des mineurs accueillis dans les Caso est d'origine étrangère (96,6 %), principalement originaire d'Afrique subsaharienne (46,8 %), de l'Union européenne (18,4 %), d'Europe hors UE (15,2 %) et du Maghreb (14,6 %). Parmi les mineurs migrants arrivant en Europe, **accueillis en 2017 par Mdm**, on retrouve une proportion importante de **mineurs non accompagnés (1 700 MNA)**.

La plupart d'entre eux se trouvent en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir accéder aux mesures de protection dont ils doivent bénéficier en France. Dans ces conditions, **seul un peu plus d'un tiers des enfants entre 6 et 15 ans ont déclaré être scolarisés lors de leur première visite au Caso**. Les conditions de vie des mineurs accueillis dans les Caso sont très difficiles : plus d'un tiers des enfants rencontrés vivent **à la rue et 13 % vivent en squat ou en campement**.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ ASSOCIÉS AUX CONDITIONS DE VIE ET D'ACCUEIL DES PERSONNES EN FRANCE

En 2017, les médecins des Caso ont réalisé 29 674 consultations de médecine générale ou spécialisée pour 18 781 patients différents. Les pathologies les plus fréquentes parmi les personnes consultant dans les Caso étaient avant tout digestives (24,7 %), respiratoires (20,9 %) et ostéoarticulaires (19,7 %). **Plus de 5 patients sur 10 souffraient d'une pathologie chronique et 82,8 % des patients reçus en consultation nécessitaient un suivi et/ou un traitement, ce qui posait la question des modalités de prise en charge** dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposaient d'aucune couverture maladie et vivaient dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, la moitié n'avait ni suivi ni traité leur problème de santé avant leur première visite au Caso.

Ces populations présentent également un état de santé bucco-dentaire très dégradé : les patients ayant consulté un dentiste au Caso, présentaient en moyenne 4,4 dents cariées et 5,3 dents absentes. Ces résultats mettent en évidence un besoin élevé de soins et de prévention parmi les populations en situation de précarité.

>> Mdm demande l'intégration de la prévention des pathologies bucco-dentaires dans une approche globale de prévention et d'accès aux droits et aux soins. Pour cela un meilleur remboursement des soins dentaires est indispensable.

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : UN MANQUE IMPORTANT D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

En 2017, 5 292 femmes de 15 ans et plus ont été reçues en consultation médicale généraliste et 336 en consultation gynécologique spécialisée. Les femmes accueillies dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique, une très grande partie d'entre elles venant de régions où l'offre en termes de services en santé sexuelle et reproductive ou de contraception est limitée. **Seules 12 % des femmes en âge de procréer ont indiqué utiliser une contraception**, soit 5 fois moins qu'en population générale [Bajos 2012]. Parmi les femmes **entre 25 et 65 ans rencontrées dans les Caso, seules 18 % ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie**, soit environ cinq fois moins qu'en population générale française. **De plus, 45,2 % des femmes enceintes présentaient un retard de suivi de grossesse.** En outre, les conditions de logement des femmes enceintes apparaissent particulièrement difficiles dans la mesure où seules 10,2 % disposaient d'un logement personnel, 26,6 % étaient sans domicile fixe, 8,5 % vivaient dans un squat ou un campement et 54,6 % étaient hébergées par une association ou par des connaissances. En plus de ces conditions, **seules 6,2 % des femmes enceintes vues en consultation médicale disposaient de droits ouverts à la couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.**

>> Mdm demande l'augmentation des possibilités de prise en charge en santé sexuelle, adaptées pour les femmes en situation de précarité.

SANTÉ MENTALE : POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

En 2017, des troubles d'ordre psychologique ont été repérés chez près de 9 % des patients reçus en consultation médicale généraliste. Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs. Les troubles d'ordre psychologique sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi, plus de 60 % des personnes pour lesquelles un trouble d'ordre psychologique a été diagnostiqué présentent, par ailleurs, au moins une autre pathologie.

Les patients victimes de violences, qu'ils soient demandeurs d'asile, isolés ou vivant à la rue, ont une prévalence plus élevée de troubles psychologiques. En outre, la précarité sociale et administrative ainsi que la barrière de la langue auxquelles sont confrontés les migrants constituent des obstacles importants à une prise en charge en santé mentale. **Ainsi, 12 % des demandeurs d'asile reçus dans les Caso présentaient un trouble d'ordre psychologique selon les médecins.**

>> Mdm milite pour le développement de lieux identifiés, accessibles à tous, indépendamment de la couverture maladie. Pour cela, les différents dispositifs existants (Pass, équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP), centre médico-psychologique (CMP), lits d'accueil médicalisé (LAM), lits halte soins santé (LHSS) ...) doivent être renforcés et leur offre de soin adaptée aux populations précaires et migrantes avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel.

>> Mdm milite aussi pour une diversification des types de prises en charge (ex : consultations transculturelles, activités psychosociales collectives, art-thérapie, etc.)

UN ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX DÉPISTAGES LIMITÉ POUR LES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La couverture vaccinale des populations rencontrées dans les programmes de Mdm reste très inférieure aux recommandations nationales. Parmi les personnes de plus de 15 ans, seules un peu plus d'un tiers disposent d'une vaccination à jour pour la coqueluche, les rougeole-oreillons-rubéole (ROR) et l'hépatite virale B, et 1 personne sur 2 dispose d'une vaccination à jour pour les diphtérie-tétanos-polioomyélite (DTP) et la tuberculose. Pour les enfants de moins de 15 ans, près de 8 enfants sur 10 sont à jour pour la vaccination DTP, 7 sur 10 sont à jour pour le BCG, le ROR et la coqueluche et moins de 6 sur 10 pour l'hépatite B.

En 2017, plus de 24 000 personnes ont été concernées par des actions de prévention et plus de 3 600 entretiens individuels ont été réalisés. Par ailleurs, 1 472 personnes ont bénéficié des Trod VIH et 859 personnes des Trod VHC. **Seules un quart des personnes accueillies dans les Caso ont connaissance de leur statut sérologique pour le VIH (contre 44,4 % des Français) et respectivement 20,4 % et 18,4 % pour les hépatites C et B.** Il est reconnu que les conditions de vie précaires constituent un obstacle important au dépistage dans ces populations qui ont bien souvent d'autres priorités à gérer que leur santé. Ainsi, il convient de leur faciliter l'accès au système de prévention et de soins.

>> Mdm milite pour un renforcement des structures de proximité, telles que les Protection maternelle infantile (PMI) et pour le développement d'actions directement sur les lieux de vie lorsque cela est nécessaire (campagne de rattrapage vaccinal, action en cas de risque épidémique, etc.).

>> Mdm recommande d'accentuer les actions de prévention et de dépistage et de développer des stratégies d'« aller vers » en direction des populations en situation de précarité et/ou migrantes.

L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROITS COMMUN

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS : COMPLEXITÉ DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES, BARRIÈRES LINGUISTIQUE ET FINANCIÈRE

La très large majorité du public accueilli dans les Caso ne dispose pas de couverture maladie. Seules 13,3 % des personnes en disposent d'une en France, quelle que soit leur situation administrative, lorsqu'elles viennent pour la première fois au Caso alors même que 7 personnes sur 10 relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative.

Les obstacles à l'accès aux droits rencontrés par les personnes sont essentiellement liés à la **complexité des démarches**, à laquelle s'ajoutent des pratiques abusives fréquentes (refus d'adresse déclarative par les Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), demandes de pièces justificatives injustifiées, perte de dossier, etc.) et un désengagement des services publics (fermetures ou restriction dans l'accueil physique des personnes, dématérialisation de l'accès aux droits, etc.). Pour les étrangers allophones, **la barrière de la langue** complique également l'ouverture des droits. En 2017, 16 % des personnes rencontrées évoquaient la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. Enfin, **près d'1 patient sur 5 évoquait des difficultés financières dans l'accès aux soins**. Ces difficultés concernaient en général l'impossibilité d'avancer les frais, de souscrire à une complémentaire santé, etc. La généralisation du tiers payant, adopté dans la loi de Santé de 2016 constituée, à cet égard, un outil efficace pour l'accès à la médecine de ville, la lutte contre le retard de recours aux soins et le renoncement aux soins.

En 2017, près de la moitié (49,4 %) des patients reçus en consultation médicale présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins et 38,6 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. Face à ces résultats, il apparaît clairement que l'un des facteurs décisifs de l'accès aux soins est bien l'existence d'une protection maladie et son degré de couverture. Si la réforme de la Sécurité sociale portant création de la PUMA en 2016 poursuivait des objectifs ambitieux (simplification des démarches, universalisation, autonomie et confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, fin des ruptures de droits à chaque changement de régime), elle présente des risques importants pour les étrangers en situation régulière qui risquent de voir leurs droits à l'assurance maladie souffrir de nombreuses restrictions et ruptures. **À ce titre, Mdm s'est battu avec l'ODSE afin que la réforme de la PUMA instaurée au 1^{er} janvier 2016 garantisse la durée minimale de douze mois après la fin de validité du titre des étrangers**

en situation régulière.

>> **Mdm milite pour rendre la protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, et ce quelle que soit leur situation administrative.**

>> **Mdm demande une simplification de l'accès aux droits et aux soins pour tous. La fusion de l'AME dans la PUMA serait à ce titre une mesure de santé publique majeure qui améliorerait la prévention et la promotion de la santé et constituerait une réforme pragmatique sur le plan économique, en permettant un accès aux soins précoce et donc moins coûteux.**

>> **Mdm demande « le développement d'un système plus accompagnant » avec un recours facilité aux interprètes et aux médiateurs en santé pour améliorer l'accès aux services de santé. Les patients bénéficient ainsi d'une meilleure connaissance des parcours de santé et d'une meilleure qualité de prise en charge.**

>> **Mdm continue de demander l'augmentation du seuil d'attribution de la CMUc au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.**

>> **Mdm appelle à poursuivre l'ouverture des Pass en France et à consolider ce dispositif afin de faciliter l'accès aux soins à toute personne en situation de précarité et suggère le déploiement plus important de Pass mobiles.**

>> **Mdm salue les objectifs affichés par l'Assurance maladie sur la lutte contre le non-recours et les ruptures de droit, mais souligne sa tendance à déléguer à d'autres structures une partie de ses missions. Mdm souhaite réaffirmer que l'ouverture des droits constitue une mission de service public de l'Assurance maladie, qui implique un accueil physique des personnes ainsi qu'un accompagnement matériel à la constitution administrative des dossiers.**

LA SANTÉ EN ZONE RURALE : ENTRE PRÉCARITÉ ET ÉLOIGNEMENT

En 2017, par le biais d'une démarche de médiation en santé, 250 personnes en situation de précarité avec des difficultés d'accès aux droits et aux soins ont été prises en charge par Mdm (112 dans les Combrailles et 138 dans la Haute vallée de l'Aude). Plus de 7 personnes sur 10 sont en situation de grande précarité, au sens du score Epices¹ et près de

(1) Le score Epices est un indicateur individuel de précarité, construit en 1998, qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Il se base sur 11 questions. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score Epices. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) [CETAF 2005]. Il n'est calculé ici que pour les personnes accueillies sur le programme des Combrailles.

9 adultes sur 10 n'ont pas d'activité professionnelle. **Près de 6 personnes sur 10 déclarent avoir renoncé à un soin de santé dans les douze derniers mois.**

Dans les territoires ruraux français, les habitants sont témoins, depuis des années, de la diminution de l'offre des services publics, du développement de déserts médicaux et de l'éloignement des domiciles des services de bases, comme les pharmacies ou les services d'urgences. Les premières personnes impactées par ces changements structurels sont les plus précaires qui n'ont, bien souvent, pas les moyens de se déplacer pour des raisons économiques (coût des transports, absence de voiture), professionnelles (travail ne permettant pas de s'absenter) ou matérielles (absence de transport en commun ou de voiture). Une proportion non négligeable de ces personnes n'a pas (ou ne sait pas) se servir de l'outil informatique et la santé passe souvent au second plan.

>> MdM milite pour faciliter l'accessibilité physique des personnes aux structures de soins et de prévention et suggère d'élargir, par exemple, les critères d'éligibilité pour la prise en charge des transports par la Sécurité sociale pour les rendez-vous médicaux en prenant en compte les conditions de ressources, l'éloignement géographique et/ou l'absence de moyen de transport des ménages.

>> MdM encourage d'une part le développement, par les dispositifs du droit commun, de la médiation en santé pour aller vers les populations qui ont des difficultés à se déplacer et d'autre part le renforcement des liens avec les professionnels du social et de la santé.

LES TRAVAILLEURS DU SEXE (TdS) MIS EN DIFFICULTÉ PAR UNE LOI PLUS DANGEREUSE QUE PROTECTRICE

En 2017, les équipes de MdM ont rencontré plus de 1500 TdS. Cette même année, une enquête menée par deux chercheurs, en coopération étroite avec un réseau d'associations de terrain dont MdM, a montré que **63 % des travailleurs du sexe connaissaient une détérioration de leurs conditions de vie depuis l'adoption de la loi du 13 avril 2016 et 78 % étaient confrontés à une diminution de leurs revenus** [Le Bail 2018].

L'accès aux droits est un parcours du combattant pour les TdS. Porter plainte, par exemple, est difficile pour ces personnes qui assimilent souvent les officiers de police à des forces répressives. En outre, l'isolement social, le statut administratif précaire et la barrière de la langue pour les ressortissants étrangers apparaissent comme des obstacles supplémentaires pour entreprendre des procédures administratives qui leur permettraient l'accès aux droits et aux soins. **L'enquête a également montré que 42 % des TdS étaient davantage confrontés aux violences et 38 % rencontraient davantage de difficultés pour imposer le port du préservatif depuis l'adoption de la loi.**

>> MdM rappelle qu'une politique fondée sur le respect des droits humains et soucieuse de la santé publique doit viser à lutter contre toute forme d'exploitation mais doit également garantir le respect de la dignité, les droits et la santé des TdS.

>> MdM, aux côtés des associations mobilisées avec et pour les droits des TdS, appelle les décideurs politiques à revenir sur ces dispositions législatives inadaptées. Il est essentiel de défendre les enjeux de santé et les droits des TdS, de lutter véritablement contre les violences, l'exploitation et la traite des êtres humains dans une approche pragmatique et non idéologique et en s'appuyant sur la parole et les besoins des personnes concernées.

L'IMPACT DE LA DÉTENTION SUR LA SANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS DES DÉTENUS

En 2017, au centre pénitentiaire de Nantes, les équipes de MdM ont rencontré, en ateliers, **154 personnes détenues, 172 personnes au moment de leur arrivée en détention et ont accompagné 15 personnes en rendez-vous médical à l'extérieur.** Ainsi, de par sa préoccupation sécuritaire, son organisation et son environnement, la prison rend malade. Elle génère, en effet, de l'anxiété et favorise de nombreuses carences (de liens familiaux, affectives, de sommeil, de qualité visuelle) qui impactent la santé physique et psychique [Nurse 2003, Lhuillier 2007]. Elle crée des troubles dépressifs et une exposition chronique au stress et à la violence.

Malgré la loi de 1994 qui confie au ministère de la Santé la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire, les personnes détenues continuent de rencontrer de nombreux obstacles dans l'accès aux services de santé et de prévention (accès au médecin conditionné par l'écrit, permanence de soins complexes en dehors des heures d'ouverture des unités sanitaires, sujets de santé tabous...).

>> MdM milite pour des alternatives à l'incarcération, qui visent le renforcement de compétences des personnes plutôt que l'enfermement dont on sait qu'il ne répondra pas à l'accompagnement adéquat des personnes pour vivre en société.

>> MdM milite pour le développement de la promotion de la santé en milieu carcéral dans toutes ses composantes : élaboration de politiques pour la santé, prise en compte des déterminants sociaux de santé, renforcement de l'action communautaire, mobilisation pour favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles des personnes détenues et la réorientation vers des services de santé en intégrant toutes les dimensions au-delà du soin et de la clinique.

L'ACCUEIL DES POPULATIONS EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ EN FRANCE

LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX À L'ÉPREUVE DE LA POLITIQUE MIGRATOIRE FRANÇAISE

De nombreux événements ont rythmé la gestion française et européenne de l'accueil des exilés en 2017. Beaucoup d'entre eux peuvent paraître aberrants, tel le projet précipité de la loi Asile et immigration, et s'inscrivent dans une logique dont le fil rouge, la répression, conduit la société civile à s'ériger en dernier rempart des droits de l'Homme, appuyée de plus en plus par le pouvoir judiciaire.

Les équipes de MdM présentes depuis plus de trente ans en France constatent une **aggravation des conditions de vie et de santé des exilés** avec une augmentation des espaces d'indignité comme à Paris, Calais, Dunkerque ou encore à la frontière franco-italienne, une **multiplication des opérations d'évacuation** et un **harcèlement incessant des exilés, destiné à éviter toute reconstitution des campements**.

En juillet 2017, à Calais, où MdM maintenait ses activités médicales après le démantèlement du bidonville de la jungle, les associations ont très vite dû recourir au juge pour obtenir de l'État qu'il réponde aux besoins les plus élémentaires de centaines d'exilés toujours présents sur le Calaisis : un accès à l'eau, aux sanitaires et une information sur l'asile.

Si l'on connaît une partie du problème par l'histoire de Cédric Herrou et l'épineuse question du délit de solidarité envers les migrants, l'année 2017 a été marquée par des pratiques de renvois illégaux et de refus d'accès à des personnes souhaitant demander l'asile à la frontière franco-italienne. Les chemins empruntés sont de plus en plus dangereux et infranchissables, comme le confirment les découvertes régulières de cadavres lors des fontes des neiges, au printemps 2017. Récemment, la CNCDH a d'ailleurs rendu un avis extrêmement critique à l'égard des pratiques abusives et des violations des droits quotidiennes recensées sur ce territoire [CNCDH 2018].

La répétition des expulsions en 2017 (le bois du Puythouck à Grande-Synthe, le parking de Blida à Metz, le camp du Millénaire et la porte de la Villette en Île-de-France, etc.) place les exilés dans une logique de survie. Cette situation reflète, à nouveau, l'incohérence politique qui déplace le problème sans chercher de solutions de fond. Passée la médiatisation de ces expulsions, le harcèlement continue. Pour éviter toute reconstitution de campement, les exilés sont sommés de quitter les lieux chaque fois qu'ils s'y arrêtent, à toute heure du jour et de la nuit, les contraignant à l'errance et à l'épuisement.

>> MdM demande l'ouverture de voies d'accès sûres et légales en Europe et dénonce les politiques migratoires répressives et hostiles à l'accueil des exilés et toutes les formes de violences, conséquentes à ces politiques.

>> MdM demande la création de lieux d'accueil réellement inconditionnels et hospitaliers répartis sur le territoire afin que les exilés à la recherche d'un refuge cessent d'en être réduits à la vie à la rue, dans un dénuement total.

>> MdM milite pour un devoir d'information, d'aide et d'accompagnement des personnes dans leurs démarches, en tenant compte de leur projet de vie en Europe.

ENFANTS ET ADOLESCENTS NON ACCOMPAGNÉS : DE LA NÉCESSITÉ D'UN VÉRITABLE DISPOSITIF D'ACCUEIL

Particulièrement vulnérables en raison de leur âge et de leur isolement, ces enfants et adolescents constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires, d'exploitation et de violences. Si, selon la législation française, tout enfant et adolescent en danger, qu'il soit Français ou étranger, relève de la protection de l'enfance. Les autorités chargées de leur protection les accueillent la plupart du temps dans un climat de suspicion et remettent en cause leur parole. En effet, leur minorité est souvent réfutée par des évaluations subjectives, qui se fondent très largement sur des méthodes médicales unanimement contestées de détermination de l'âge. Plus grave encore, certains enfants et adolescents sont refoulés aux portes du dispositif d'évaluation lui-même, prétendument considérés comme « *manifestement majeurs* ».

>> MdM milite pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil répondant aux besoins primaires de ces enfants et adolescents en danger (hébergement sécurisé, environnement bienveillant et adapté, nourriture et conditions d'hygiène dignes).

>> MdM demande la garantie de l'accès effectif des enfants et des adolescents à leurs droits, aux services de santé et le respect de leur intérêt supérieur.

>> MdM milite pour que l'évaluation de la situation soit faite dans un climat interculturel, respectueux de l'enfant et de sa parole, s'appuyant sur des éléments objectifs et prenant en compte son état de santé. La présomption de minorité et l'intérêt supérieur de l'enfant doivent être respectés.

L'IMPACT DU MAL-LOGEMENT SUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

En 2017, près de 12 000 contacts² ont été établis avec des personnes à la rue et plus de 5 000 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Caso. Le logement est

(2) Les contacts concernent les programmes d'Angoulême, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nice, Paris et Strasbourg.

un élément déterminant de la santé : parce qu'il protège et caractérise les conditions de vie des personnes, qu'il constitue un espace intime indispensable à l'équilibre et au bien-être humain et, enfin, parce que la stabilité inhérente au logement est une condition pour l'accès aux droits, à l'emploi et à la santé. Or, force est de constater une aggravation du mal-logement en France. Ainsi, en 2017, on compte 4 millions de personnes souffrant de mal-logement ou d'absence de logement personnel ; parmi elles, plus de 143 000 sont sans domicile fixe (personnes sans-abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Cada ou dans un logement associatif) [FAP 2018]. La grande majorité des personnes rencontrées au niveau des programmes MdM connaissent d'importantes difficultés de logement. Seuls 6,4 % disposent d'un logement personnel et plus des trois quarts des patients sont en logement précaire (50,3 % sont hébergés par de la famille ou des amis, 8,1 % vivent en squat ou campement ; un quart sont sans domicile fixe).

Le mal-logement a des conséquences lourdes sur la santé pour les personnes vivant à la rue, plus souvent affectées que les autres de troubles d'ordre psychologique et de pathologies digestives et dermatologiques. **Face aux grandes difficultés pour joindre le 115 ou pour obtenir des solutions en adéquation avec leurs besoins, beaucoup se découragent et renoncent même à y avoir recours.**

>> MdM milite pour une approche globale incluant le logement, la santé, l'insertion par le travail, politiquement portée, notamment par le nouveau plan pauvreté.

>> MdM rappelle que l'inconditionnalité de l'accueil doit rester au cœur de l'action sociale, pour que les personnes sans-abri aient un accès effectif à un toit, et nécessite l'abrogation de la circulaire du 12 décembre 2017.

>> MdM milite pour un renforcement des dispositifs spécifiques que sont les lits halte soins santé (LHSS), les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour permettre aux personnes en grande précarité d'être hébergées dans des conditions compatibles avec leur état de santé.

RÉSORPTION DES BIDONVILLES : IL EST TEMPS DE PASSER À L'ACTION

En 2017, environ 2 400 personnes ont bénéficié des interventions des équipes de MdM en bidonville. Parmi les personnes rencontrées, un tiers sont des mineurs. On estime aujourd'hui à 14 880 le nombre de personnes vivant en bidonville dans des conditions de vie indignes et dangereuses pour la santé. Environ la moitié des bidonvilles en 2015 ne disposaient d'aucune forme de traitement des déchets, les deux tiers n'avaient aucun accès à un point d'eau et les trois quarts fonctionnaient sans alimentation

en électricité. Le ramassage et la gestion des déchets constituent un problème récurrent sur ces sites.

De même, la domiciliation, la scolarisation des enfants, l'accès à une couverture maladie et par conséquent aux soins sont fortement mis à mal. L'accumulation des risques sanitaires liés à la précarité de l'habitat, aux conditions de vie et aux expulsions répétitives sont autant d'éléments qui rendent inefficace le droit à la santé pour les personnes en bidonville. Les équipes MdM ont noté une fréquence élevée des troubles digestifs, dermatologiques, respiratoires et ostéo-articulaires qui est le reflet des conditions de vie insalubres subies.

Les expulsions à répétition des lieux de vie ont des conséquences importantes sur la santé des populations vivant en bidonville. Les personnes vivant dans les bidonvilles sont ainsi dans l'angoisse permanente de ces expulsions, qui rendent impossible toute inscription dans un parcours à long terme en matière de soins, d'insertion et de scolarité. Ainsi, la santé est une composante essentielle de la démarche de résorption des bidonvilles qui doit être mise en œuvre.

>> MdM demande l'accès au logement digne, stable et adapté pour des personnes vivant actuellement en bidonville, et le déploiement d'un accompagnement global dans la lignée de l'instruction du 25 janvier 2018 dont l'objectif affiché est la résorption des bidonvilles.

>> MdM demande, à défaut, l'établissement de conditions de vie et d'hygiène dignes, ne mettant pas en danger la santé des personnes : l'accès à l'eau, aux sanitaires et le ramassage régulier des ordures sont des préalables indispensables.

>> MdM appelle à prioriser la lutte contre les maladies à potentiel épidémique (gale, rougeole, coqueluche, IST, tuberculose...), y compris lorsqu'une expulsion est prévue sur le terrain. La santé publique doit nécessairement primer sur l'impératif d'expulsion.

>> MdM demande la révision du dispositif spécifique visant les ressortissants européens inactifs (CREIC) qui ralentit aujourd'hui considérablement l'ouverture des droits et donc l'accès effectif au parcours de soins.

GLOSSAIRE

AAD	Antiviraux à action directe	Clat	Centre de lutte antituberculeuse
ACS	Aide à la complémentaire santé	CMP	Centre médico-psychologique
ACT	Appartement de coordination thérapeutique	CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
ALUR	[Loi pour l'...] Accès au logement et [pour] un urbanisme rénové	CMU	Couverture maladie universelle
AME	Aide médicale de l'État	CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales	CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
ARS	Agence régionale de santé	Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Ase	Aide sociale à l'enfance	CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'Homme
BCG	Bacille Calmette et Guérin	CNDA	Cour nationale du droit d'asile
Cada	Centre d'accueil de demandeurs d'asile	CNDH	Collectif National Droits de l'Homme Romeurope
CAO	Centre d'accueil et d'orientation	CNS	Conseil national du sida et des hépatites
CAOA	Centre d'accueil, d'orientation et d'accompagnement	Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie
CASF	Code de l'action sociale et des familles	CPCE	Code des procédures civiles d'exécution
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	CREIC	Centre des Ressortissants Européens Inactifs CMUistes
CAU	Collectif des Associations Unies	Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CCAS	Centre communal d'action sociale	DDD	Défenseur des droits
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique	DEMIE	Dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers
CDHCE	Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe	DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
CeGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	DGS	Direction générale de la santé
CEPS	Comité économique des produits de santé	Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
CES	Centre d'examens de santé	DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
CESE	Conseil économique, social et environnemental	DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Ceseda	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	DSS	Direction de la Sécurité sociale
CFDA	Coordination française pour le droit d'asile	DTP	Diptérie, tétanos, poliomyélite
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	EHESP	École des hautes études en santé publique
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale		
CISP	Classification internationale des soins primaires		

EMPP	Équipe mobile psychiatrie-précarité	Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
ERRC	European Roma Rights Centre	OMS	Organisation mondiale de la santé
Fas	Fédération des acteurs de la solidarité	ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
FSUV	Fonds pour les soins urgents et vitaux	ONU	Organisation des Nations unies
FTDA	France terre d'asile	OQTF	Obligation de quitter le territoire français
Guda	Guichet unique pour demandeur d'asile	Pada	Plateforme d'accueil pour demandeurs d'asile
HAS	Haute autorité de santé	Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
HCSP	Haut conseil de la santé publique	PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
HPV	Papillomavirus humain	PMI	Protection maternelle et infantile
HSB	Homme(s) ayant des rapports sexuels avec un (des) homme(s)	PrEP	Prophylaxie pré-exposition
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	PUMa	Protection universelle maladie
IGF	Inspection générale des finances	RAEC	Régime de l'asile européen commun
INED	Institut national d'études démographiques	RdR	Réduction des risques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques	ROR	Rougeole-Oreillons-Rubéole
InVS	Institut de Veille Sanitaire	SSR	Santé sexuelle et reproductive
IST	Infection sexuellement transmissible	SMPR	Service médico-psychologique régional
IVG	Interruption volontaire de grossesse	Strass	Syndicat du travail sexuel
LAM	Lits d'accueil médicalisés	TdS	Travailleur(se) du sexe
LDH	Ligue des droits de l'Homme	Trod	Test rapide d'orientation diagnostique
LHSS	Lits halte soins santé	UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
LSI	Loi de sécurité intérieure	UE	Union européenne
MdM	Médecins du Monde	UHSA	Unités hospitalières spécialement aménagées
MNA	Mineurs non accompagnés	UHSI	Unités hospitalières sécurisées interrégionales
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques	UNHCR	Agence des Nations unies pour les réfugiés
OCRTEH	Office central pour la répression de la traite des êtres humains	VHB	Virus de l'hépatite B
ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers	VHC	Virus de l'hépatite C
Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies		



**LES PROGRAMMES FRANCE
EN 2017**

LES PROGRAMMES DE MÉDECINS DU MONDE EN FRANCE EN 2017

Les équipes de Médecins du Monde (MdM) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association a ouvert à Paris un centre de soins gratuits pour les plus démunis avec la volonté de le fermer dans les six mois et d'alerter les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion.

Plus de trente ans plus tard, malgré la mise en place de nombreux dispositifs publics pour les populations précaires, les obstacles à l'accès aux droits et aux soins perdurent et incitent MdM à maintenir ou à développer des programmes sur l'ensemble du territoire sous la forme de Centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) mais également d'actions mobiles de proximité.

En 2017, Médecins du Monde France mène 61 programmes dans plus d'une trentaine de villes en France.

16

15 CENTRES D'ACCUEIL

En 2017, **15 Caso** assurent un accès aux soins pour les personnes vulnérables exclues du système de santé français. Ce sont des structures « à bas seuil d'exigence » qui accueillent le public sans condition et sans rendez-vous. Les patients sont reçus par des équipes pluridisciplinaires qui proposent des prises en charge adaptées, assurent les orientations nécessaires et les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun lorsque c'est possible.

En plus des consultations de médecine générale proposées par l'ensemble des Caso, certains centres dispensent également des consultations de spécialistes (gynécologie, dermatologie, cardiologie, ophtalmologie, psychiatrie, soins dentaires...), des consultations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers, consultations de santé mentale et des entretiens avec des travailleurs sociaux). Certains Caso réalisent également des actions de prévention individuelles ou collectives, notamment sur le VIH, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST), la tuberculose ou encore la santé sexuelle et reproductive.

46 ACTIONS DE PROXIMITÉ

Ces programmes de proximité traduisent la volonté de MdM d'aller au-devant des personnes qui ne peuvent, quel qu'en soit le motif, faire la démarche de venir d'elles-mêmes dans

des structures fixes. Ils s'adressent en particulier aux personnes à la rue, en squat ou bidonville, aux migrants en transit, aux usagers de drogues et aux travailleurs du sexe (TdS).

Aller vers les sans-domicile et les mal-logés : MdM assure des consultations médico-sociales dans la rue, dans des centres d'hébergement d'urgence et en partenariat avec d'autres associations. À partir de sa mobilisation sur le terrain, l'association témoigne des conséquences néfastes sur la santé du non ou mal-logement : épuisement, stress, mauvaise alimentation, difficultés d'accès à l'hygiène, ruptures de traitements médicamenteux, problèmes d'addiction ou de santé mentale... Par ailleurs, MdM assure auprès des populations vivant en bidonville une veille sanitaire, oriente et/ou accompagne les familles pour une prise en charge dans le système de droit commun et entreprend des démarches auprès des communes pour tenter d'améliorer les conditions de vie sur les terrains (accès à l'eau potable, gestion des déchets...). En 2017, MdM menait 12 programmes auprès des personnes à la rue, 13 auprès des personnes en bidonville ou en squat et 3 auprès des migrants en transit (à la frontière franco-italienne, à Paris et sur le littoral des Hauts-de-France, à Calais et Dunkerque).

Un programme spécifique en direction **des mineurs non accompagnés (MNA)** a été mis en place à Paris pour les assister dans leurs démarches, dès 2015. Puis deux autres programmes spécifiques MNA ont été développés en Normandie (Caen et Rouen) et à Nantes, au cours de l'année 2016.

MdM dispose de deux programmes pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des **personnes en situation de précarité en milieu rural** dans les Combrailles (Puy-de-Dôme) depuis 2013 et dans la Haute vallée de l'Aude, depuis 2016. Un programme d'accès aux soins et aux droits en **zone urbaine sensible** a également été ouvert à Lille, en 2015.

MdM intervient **auprès des travailleurs du sexe** dans cinq villes de France (Montpellier, Nantes dont le programme a été transféré en avril 2017, Paris, Poitiers et Rouen). Ces programmes assurent des tournées nocturnes et/ou diurnes sur les lieux de travail afin de mettre à disposition du matériel de prévention et d'offrir un espace d'écoute et d'information sur les risques liés à l'activité prostitutionnelle, en particulier l'exposition aux violences et aux IST et sur les droits des personnes. Deux équipes proposent également des permanences en lieu fixe afin de proposer un suivi plus individualisé, en dehors des lieux et des heures de travail.

Enfin, depuis 2014, MdM développe en partenariat¹ un programme expérimental auprès des **personnes détenues** au centre de détention et à la maison d'arrêt de Nantes dans l'objectif de promouvoir la santé et d'améliorer l'accès aux soins, dans le cadre d'une démarche de santé communautaire en milieu carcéral.

PROGRAMME DE PARRAINAGE POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS

De nombreux enfants, souvent issus de milieux défavorisés, venant de France et du monde entier, sont régulièrement hospitalisés dans les établissements de la région parisienne pour des pathologies lourdes qui ne peuvent être traitées près de chez eux. Il peut aussi s'agir d'enfants dont les parents, même résidant à proximité, sont dans l'incapacité d'être à leurs côtés lors de leur hospitalisation.

Depuis 1988, un programme de parrainage pour des enfants hospitalisés a été développé dans les hôpitaux d'Île-de-France, puis de la Guyane et, depuis 2013, à La Réunion. Le parrainage permet d'aider les enfants isolés de leur famille à affronter la maladie et les éventuels troubles dus aux carences affectives inhérentes à la séparation. En 2017, 118 enfants ont été parrainés.

DEUX PROGRAMMES TRANSVERSAUX DE PRÉVENTION

MdM a mis en place, depuis 2003, un programme de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose afin de renforcer la prévention, d'améliorer l'accès aux dépistages et de faciliter l'accès aux soins des personnes accueillies sur les programmes. Les objectifs sont : délivrer des messages de prévention adaptés ; inciter les patients à se faire dépister afin de faciliter une prise en charge précoce et l'accès aux soins, et enfin de témoigner de la situation des personnes précaires au regard de ces pathologies. Ce travail se fait en étroite collaboration avec les médiateurs de santé publique.

Depuis 2016, un programme de prévention du cancer du col de l'utérus a également été initié dans huit programmes (les Caso de Lyon, Bordeaux, Rouen et Paris, les programmes auprès des personnes en bidonville de Bordeaux et de

Saint-Denis et les programmes auprès des travailleuses du sexe de Paris et de Rouen). L'objectif du projet est d'améliorer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant en situation de précarité, éligibles au dépistage. MdM a parallèlement mis en œuvre une étude de type recherche interventionnelle dont l'objectif est de comparer l'adhésion des femmes en situation de précarité à un parcours de dépistage face à deux stratégies :

- consultation de prévention suivie d'une proposition d'auto-prélèvement vaginal puis d'une orientation vers le frottis cervico-utérin,
- consultation de prévention et d'orientation vers le frottis cervico-utérin uniquement.

UN PROGRAMME NATIONAL XBT (ANALYSE DE DROGUES) ET UN PROGRAMME D'ÉDUCATION AUX RISQUES LIÉS À L'INJECTION (ERLI)

La mission XBT (xenobiotropisme), conçue autour de l'analyse de drogues par chromatographie sur couche mince (CCM) et développée depuis mai 2000 au niveau national, a pour but d'améliorer les connaissances sur la nature des produits psychoactifs consommés ou allant l'être. Ainsi, elle contribue à limiter et à prévenir les problèmes de santé causés par la consommation de produits.

Dans l'optique de transférer ce programme, MdM a commencé à créer un réseau de partenariats officiels avec des structures accompagnant les usagers de drogues. En 2017, MdM comptait 40 partenaires répartis sur l'ensemble du territoire français, dont 3 partenaires autonomes (Île-de-France, région Centre-Val de Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur) sur la pratique de l'analyse des drogues ayant acquis leur propre laboratoire d'analyse par CCM.

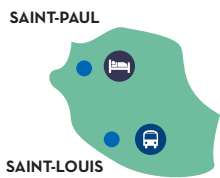
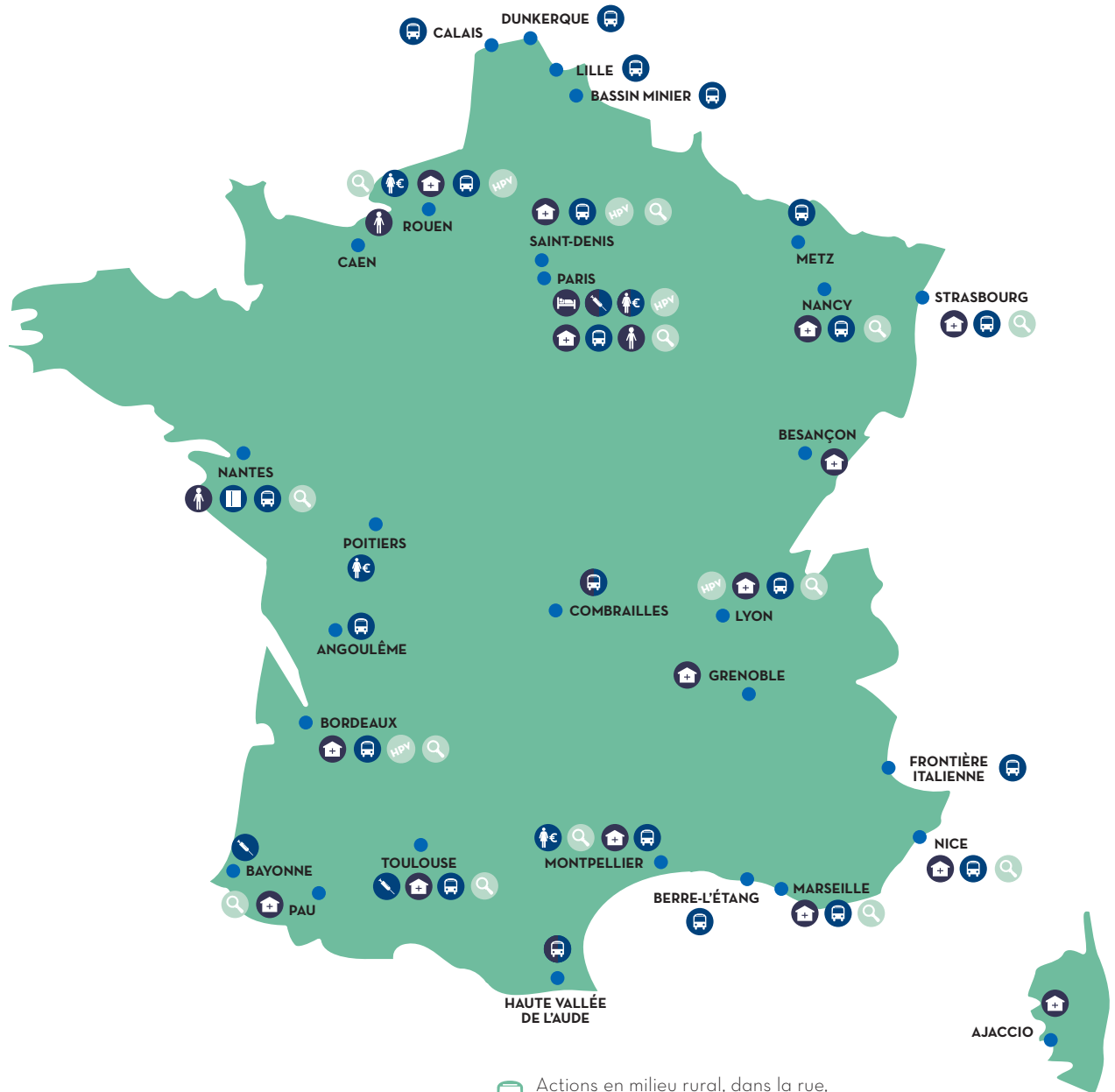
En janvier 2017, MdM a fermé son **programme d'Éducation aux risques liés à l'injection (Erl)** dont l'objectif était de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse. Ce programme proposait aux usagers de drogues des séances éducatives centrées sur la santé, au cours desquelles des intervenants travaillaient avec un usager et à partir de ses pratiques. En effet, ce dispositif est désormais inscrit dans la loi de Modernisation du système de santé adoptée en janvier 2016 et a vocation à se déployer dans les structures de droit commun.

(1) Avec l'administration pénitentiaire, le service médico-psychiatrique régional (SMPR), le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et l'unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa).



MÉDECINS DU MONDE COMPTE EN 2017

-
- 61** PROGRAMMES MENÉS PAR PRÈS DE 1 800 BÉNÉVOLES ET 113 SALARIÉS SUR 33 SITES
-
- 15** CENTRES D'ACCUEIL DE SOINS ET D'ORIENTATION (CASO) DONT 1 CENTRE D'ACCUEIL D'ORIENTATION ET D'ACCOMPAGNEMENT (CAOA)
-
- 25** PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES NON OU MAL-LOGÉES (SANS DOMICILE FIXE, PERSONNES EN SQUAT OU EN BIDONVILLE)
-
- 3** PROGRAMMES AUPRÈS DES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS À PARIS, À NANTES ET EN NORMANDIE (ROUEN ET CAEN)
-
- 3** PROGRAMMES AUPRÈS DES MIGRANTS EN TRANSIT SUR LE LITTORAL DU NORD-PAS-DE-CALAIS, À LA FRONTIÈRE FRANCO-ITALIENNE ET À PARIS
-
- 2** PROGRAMMES AUPRÈS DES PERSONNES ISOLÉES EN MILIEU RURAL DANS LE PUY-DE-DÔME ET DANS LA HAUTE VALLÉE DE L'AUDE
-
- 1** PROGRAMME D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS EN MILIEU URBAIN À LILLE
-
- 1** PROGRAMME AUPRÈS DES PERSONNES INCARCÉRÉES À NANTES
-
- 1** PROGRAMME AUPRÈS DES TRAVAILLEURS AGRICOLES À LA FARE-LES-OLIVIERS
-
- 7** PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES (2 PROGRAMMES) ET DES TRAVAILLEURS DU SEXE (5 PROGRAMMES)
-
- 2** PROGRAMMES TRANSVERSAUX DE PRÉVENTION (PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES, DES IST ET DE LA TUBERCULOSE ET PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS)
-
- 1** PROGRAMME DE PARRAINAGE POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS



LA RÉUNION



MAYOTTE



GUYANE

-  Actions en milieu rural, dans la rue, en bidonville, auprès des migrants...
-  Centres d'accueil, de soins et d'orientation
-  Parrainage des enfants hospitalisés
-  Actions auprès des personnes se prostituant
-  Actions auprès des usagers de drogues
-  Actions auprès des personnes incarcérées
-  Actions auprès des mineurs isolés étrangers
-  Amélioration d'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus
-  Prévention VIH/Hépatite/IST/Tuberculose
-  Actions mobiles
-  Actions dans les locaux de MdM
-  Programmes transversaux

PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO EN 2017



PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO DE MÉDECINS DU MONDE

UNE POPULATION JEUNE, CONFRONTÉE À DES CONDITIONS DE VIE PARTICULIÈREMENT DIFFICILES

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, 63 % des personnes reçues sont des hommes ; l'âge moyen de la population est de 32,7 ans.

→ 97 % des personnes sont de nationalité étrangère, originaires principalement d'Afrique subsaharienne (45 %), du Maghreb (24 %) et de l'Union européenne (13 %).

→ Près de 60 % des personnes sont hébergées par de la famille, des amis ou une association, 8 % vivent en squat ou en bidonville et 26 % sont sans domicile fixe.

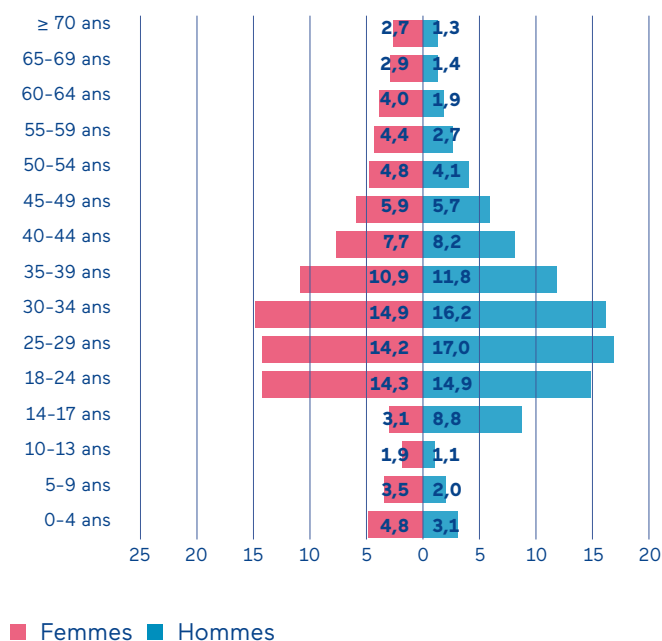
→ Moins de 16 % des personnes en âge de travailler exercent une activité et 98,5 % des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté.

22

En 2017, 24 338 personnes ont été accueillies dans les Caso² de MdM. Pour plus des deux tiers des personnes reçues, l'année 2017 correspondait à un premier contact avec l'association. Les besoins de santé constituent le motif de visite pour 84,6 % des consultants et 28 % s'adressent au Caso pour des questions d'ordre administratif, juridique ou social.

La population des Caso se caractérise par une majorité d'hommes (63,1 %) et une population relativement jeune dans la mesure où la moyenne d'âge s'élève à 32,7 ans (figure 1). Près de la moitié des personnes (46 %) sont âgées entre 18 et 34 ans et les mineurs représentent 14,3 % de la file active³.

FIGURE 1 : PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO, 2017¹



(1) En % de la file active.
Taux de réponse : 99,7 %.

Parmi les adultes accueillis dans les Caso, seuls 23,1 % vivent en couple ; 36,3 % indiquent par ailleurs avoir un ou plusieurs enfants mineurs. Dans la majorité des cas (57,7 %), ils ne vivent pas avec eux, ce qui met en évidence l'éclatement des familles, lié en partie à la migration (tableau 1). Il est reconnu que les longues périodes de séparation et d'éloignement de la famille ont des effets néfastes sur la santé mentale des migrants [Deshingkar 2009 & 2011], en particulier parmi les femmes séparées de tout ou partie de leurs enfants [MdM 2015, Bouris 2012].

« [...] je suis seule ici avec cet enfant. Quand je téléphone au pays, mes autres enfants pleurent, je leur manque. J'ai trois enfants, dont des jumeaux. »

[Caso de Grenoble, 2017]

(2) Les données présentées dans ce chapitre concernent 14 Caso sur les 15 existants en 2017 soit une file active totale de 24 338 personnes (le Caso d'Ajaccio ayant démarré la collecte des données via le dossier patient informatisé (DPI) en cours d'année 2017, celles-ci n'ont pas pu être prises en compte dans ce rapport).

(3) Un chapitre est consacré aux mineurs, page 31.

TABLEAU 1 : SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES DE 18 ANS OU PLUS, AU JOUR DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2017

	%	n
En couple (avec ou sans enfants)	23,1	3 977
Présence d'enfant(s) mineur(s)	36,3	6 124
Parmi les personnes ayant des enfants mineurs		
- Vivent avec tous leurs enfants	36,0	2 088
- Vivent avec une partie de leurs enfants	6,3	366
- Ne vivent pas avec leurs enfants	57,7	3 354

Taux de réponse : situation familiale : 82,7 % ; présence de mineurs : 80,9 % ; lieux de vie des mineurs : 94,8 %.

UNE GRANDE DIVERSITÉ DES NATIONALITÉS

En 2017, 96,6 % des personnes reçues sont des ressortissants étrangers (tableau 2). La diversité des origines des patients est toujours très grande avec 148 nationalités représentées. Les Algériens restent les plus présents dans la file active (14 %), suivis par les Ivoiriens (13 %), les Camerounais (6 %), les Marocains (6 %) et les Roumains (5 %). Les Français arrivent en 8^e position, avec 3,4 % de la file active (figure 2).

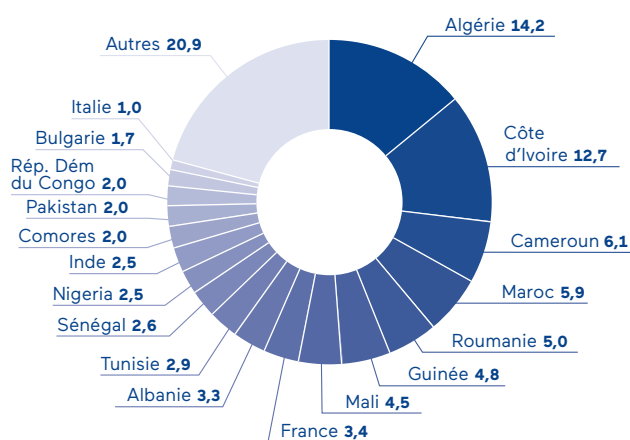
Le groupe continental le plus représenté reste, comme les années précédentes, l'Afrique subsaharienne (45,1 % des patients), devant le Maghreb (23,8 %) et l'Union européenne y compris la France (13,1 %).

TABLEAU 2 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE GROUPE CONTINENTAL, 2017

	%	n
Français	3,4	826
Étrangers	96,6	23 512
Groupe continental		
- Afrique subsaharienne	45,1	10 973
- Maghreb	23,8	5 793
- Union européenne (y compris France)	13,1	3 177
- Europe (hors UE)	8,9	2 175
- Proche et Moyen-Orient	4,1	1 001
- Asie	4,2	1 023
- Océanie et Amériques	0,8	184

Taux de réponse : 100,0 %.

FIGURE 2 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2017



Taux de réponse : 100,0 %.

Parmi les étrangers accueillis dans les Caso, 43,2 % indiquent résider en France depuis moins de trois mois lors de leur première visite (tableau 3) ; 26,6 % y résident depuis 3 à 12 mois et 30,2 % y résident depuis 12 mois ou plus.

Les « primo-arrivants » sont particulièrement nombreux parmi les étrangers originaires d'Europe hors UE (55,6 %) et d'Afrique subsaharienne (50,5 %).

TABLEAU 3 : DURÉE DE PRÉSENCE EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES REÇUES DANS LES CASO, 2017

	%	n
< 3 mois	43,2	9 723
[3-12 mois [	26,6	5 978
[1-3 ans [	15,5	3 497
[3-10 ans [	11,4	2 563
≥ 10 ans	3,3	743

Taux de réponse : 95,7 %.

DES CONDITIONS DE VIE PARTICULIÈREMENT PRÉCAIRES

« Je suis en France depuis trois ans, à la rue, aujourd'hui je suis malade, j'ai besoin de dormir au chaud, je ne peux pas rester dans la rue. »

[Caso de Nice, 2017]

Les conditions de logement sont particulièrement difficiles pour la quasi-totalité des patients reçus dans les Caso puisque seuls 6,4 % disposent d'un logement personnel lors de leur première visite et plus des trois quarts des patients considèrent leur situation de logement comme instable ou précaire. Près de 6 personnes sur 10 sont hébergées, en majorité par de la famille ou des amis, et 8,1 % vivent dans un squat ou campement. Enfin, un quart des personnes sont sans domicile fixe (tableau 4).

TABLEAU 4 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2017

	%	n
Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)	6,4	1 281
Hébergé(e) par de la famille ou des amis	50,3	10 032
Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	9,3	1 861
Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	3,6	727
Occupant un terrain sans droit (campement illégal)	2,5	500
Personne à la rue	19,8	3 948
Hébergement d'urgence pour une durée de 15 jours ou moins	6,0	1 202
Autre situation	2,0	390

Taux de réponse : 81,9 %.

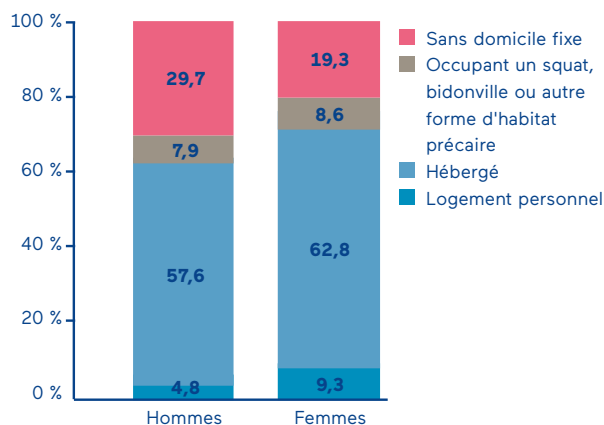
D'une manière générale, les femmes disposeraient de conditions de logement légèrement plus favorables que les hommes : elles sont ainsi plus nombreuses que les hommes à déclarer être hébergées ou en logement personnel (72,1 % contre 62,4 % des hommes) (figure 3). Mais cela peut cacher une réalité néfaste pour les femmes, souvent exploitées et qui doivent parfois payer cet hébergement en nature en échange de services sexuels tarifés ou autres non rémunérés, comme ont pu le démontrer Pannetier et al. dans une étude récente [Pannetier 2018]. Enfin, près d'un quart des femmes vivent à la rue ou dans un logement précaire (squat, campement...).

Des variations importantes sont également relevées selon la nationalité (figure 4) : les Français accueillis dans les Caso se caractérisent par une part plus importante de personnes à la rue (30,2 % contre 25,8 %) mais aussi de personnes disposant d'un logement personnel (26,8 % contre 5,8 %). A contrario, les ressortissants étrangers sont plus nombreux à être hébergés (60,3 % contre 34,3 % des Français).

Même si la situation vis-à-vis du logement s'améliore progressivement avec la durée de présence en France pour les étrangers, les difficultés s'inscrivent dans la durée dans la mesure où la proportion de personnes hébergées se maintient à un niveau élevé même parmi les étrangers résidant depuis plus de 10 ans en France (56,6 %) et 15,6 % sont sans domicile fixe.

Comme souligné dans le dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre (FAP), le mal-logement a des conséquences lourdes, notamment en matière de santé [Fondation Abbé Pierre 2018]. S'il reste particulièrement difficile d'établir les liens de causalité entre problèmes de santé et difficultés de logement, ces dernières sont néanmoins reconnues comme un facteur qui vient accroître le risque de développer une maladie ou d'aggraver des symptômes déjà existants. « L'expérience de la vie à la rue et les parcours marqués par l'errance sont parmi les situations les plus graves et aux conséquences les plus manifestes sur la santé » selon la FAP⁴.

FIGURE 3 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT¹ DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE SEXE, 2017

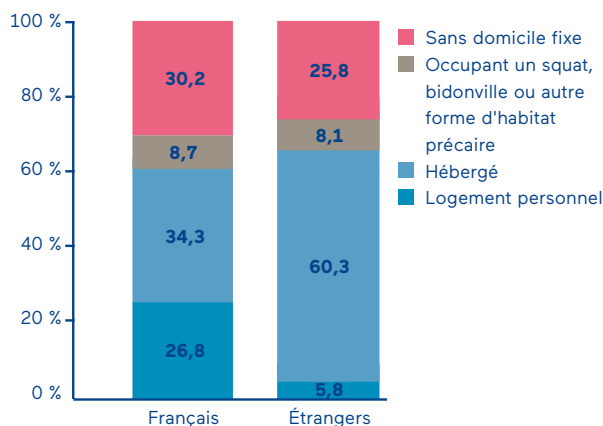


(1) Situation au jour de la première visite.

24

(4) Un chapitre spécifique est consacré au mal-logement, page 101.

FIGURE 4 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT¹ DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2017



(1) Situation au jour de la première visite.

La situation économique des personnes reçues dans les Caso apparaît fortement dégradée puisque seules 16,4 % des personnes de 16 ans et plus exercent une activité professionnelle, non déclarée pour la grande majorité des personnes (tableau 5). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer une activité (20 % contre 10 %). Par ailleurs, pour les ressortissants étrangers, la pratique d'une activité professionnelle progresse plus nettement après un an de présence en France : 5,2 % travaillent parmi les personnes présentes depuis moins de trois mois, contre 40 % parmi celles installées depuis au moins un an. Mais force est de constater que le travail non déclaré reste le plus fréquent : la situation administrative des ressortissants étrangers ne leur permettant bien souvent pas l'accès au travail de manière légale.

De ce fait, **la situation financière des ménages accueillis dans les Caso est extrêmement précaire : 98,5 % d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté⁵ et 47,6 % n'ont déclaré aucune ressource pour vivre.**

TABLEAU 5 : ACTIVITÉ ET RESSOURCES¹ DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES AU CASO, 2017

	%	n
Exercent une activité pour gagner leur vie en France		
- Activité déclarée	2,0	339
- Activité non déclarée	14,4	2 504
Niveau de ressources financières (officielles ou non)		
- Aucune ressource	47,6	2 498
- Ressources inférieures au seuil de pauvreté	50,9	2 672
- Ressources supérieures au seuil de pauvreté	1,5	79

Taux de réponse : activité : 79,3 % ; ressources du foyer : 24,0 %.

(1) Situation au jour de la première visite.

(5) Ce seuil s'établit en 2015 à 1 015 € mensuel pour une personne seule et correspond à 60 % du niveau de vie médian de la population (source : Insee).

En 2017, les Caso ont accueilli 10 047 étrangers en situation irrégulière, soit 41,3 % de la file active totale et 62,6 % des étrangers majeurs (tableau 6).

Toutefois, il convient de souligner que la très large majorité des étrangers accueillis dans les Caso sont en situation administrative précaire dans la mesure où deux tiers des étrangers sont sans titre de séjour et 80 % des étrangers en situation régulière sont encore sous visa, en cours de demande d'un titre de séjour ou disposent d'un titre de séjour de moins de six mois.

Un chapitre spécifique est consacré aux étrangers en situation irrégulière, page 26.

Parmi les étrangers (hors UE), plus d'un quart ont déjà déposé une demande d'asile lorsqu'ils sont vus pour la 1^{re} fois au Caso. Les demandeurs d'asile (en cours de procédure) représentent 10,8 % de la file active et 11,2 % des étrangers reçus en 2017. Un chapitre spécifique est consacré aux demandeurs d'asile, page 28.

TABLEAU 6 : SITUATION ADMINISTRATIVE¹ DES PERSONNES ÉTRANGÈRES DE 18 ANS ET PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2017

	Ressortissants de l'UE ²		Étrangers hors UE ³		Ensemble des étrangers	
	%	n	%	n	%	n
Situation régulière	43,6	629	36,8	5 369	37,4	5 998
Situation irrégulière	56,4	813	63,2	9 234	62,6	10 047

Taux de réponse : 79,7 %.

(1) Situation au jour de leur première visite.

(2) Les personnes en situation régulière sont les personnes n'ayant pas besoin de titre de séjour au titre de la libre circulation et les personnes autorisées à rester en France.

(3) Les personnes en situation régulière sont les personnes disposant d'un titre de séjour, d'un rendez-vous ou d'une convocation en préfecture ou d'un visa en cours de validité.

LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, plus de 10 000 personnes accueillies dans les Caso étaient en situation irrégulière, soit 41 % de la file active des Caso.

→ Plus des deux tiers sont hébergés par la famille, des amis ou par un organisme ou une association pour une durée de plus de quinze jours. Enfin, 21 % sont sans domicile fixe et 7 % vivent dans un squat ou un campement.

→ Seuls 14 % des étrangers en situation irrégulière présents depuis plus de trois mois disposent d'une couverture maladie.

Pour résider régulièrement en France, tout étranger doit disposer d'un titre de séjour, à l'exception des mineurs et des ressortissants de l'espace Schengen. Ces derniers peuvent séjourner librement sur le territoire français pour une durée maximale de trois mois au titre de la liberté de circulation. Au-delà de cette période, ils doivent pour être autorisés à rester en France, justifier d'une activité professionnelle ou, s'ils sont inactifs, de ressources officielles suffisantes et d'une couverture maladie, sauf à bénéficier d'un droit au séjour à un autre titre (en qualité de membre de famille d'une personne en situation régulière, par exemple) ; à défaut, ils sont considérés en situation irrégulière.

Il est par définition très difficile de chiffrer le nombre d'étrangers en situation irrégulière en France. Les estimations oscillent entre 300 000 et 400 000 selon différentes sources [Triandafyllidou 2009].

En 2017, 10 047 étrangers en situation irrégulière au jour de leur première visite ont été accueillis dans les Caso, soit 41,3 % de la file active totale et 62,6 % des étrangers majeurs accueillis dans les Caso. Toutefois, près d'un tiers des étrangers en situation régulière sont en situation administrative précaire dans la mesure où ils ne disposent que d'un titre de séjour de moins de six mois⁶ et peuvent ainsi basculer dans l'irrégularité très rapidement.

Les deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont des hommes. L'âge moyen des personnes en situation irrégulière accueillies dans les Caso est de 36 ans. Ils sont

majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (47,9 %) ou du Maghreb (29,1 %) (tableau 7) et résident en France pour une majorité d'entre eux (66,2 %) depuis moins d'un an ; toutefois près de 18,1 % indiquent se trouver en France depuis plus de trois ans.

TABLEAU 7 : 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS PARMI LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE REÇUS DANS LES CASO, 2017

Pays	%	Pays	%
Algérie	17,1	Mali	5,0
Côte d'Ivoire	15,4	Tunisie	4,4
Cameroun	8,7	Inde	4,1
Maroc	7,1	Sénégal	3,7
Roumanie	5,2	Comores	3,4

Les conditions de logement des étrangers en situation irrégulière sont marquées par une grande précarité : moins de 4 % disposent d'un logement personnel, 63,5 % sont hébergés par de la famille ou des amis, 4,5 % par une association ou un organisme, 7,2 % vivent dans un squat ou un campement et enfin 21 % sont sans domicile fixe.

Malgré l'absence de titre ou d'autorisation de séjour en France, 22,4 % des étrangers en situation irrégulière ont une activité professionnelle. Toutefois, leur niveau de ressources reste très faible puisque la très grande majorité se situe en dessous du seuil de pauvreté. Aussi, 4 personnes sur 10 déclarent n'avoir aucune ressource.

Théoriquement, au-delà de trois mois de séjour en France⁷, ces personnes peuvent bénéficier de l'Aide médicale d'État (AME). En réalité, seuls 14 % des étrangers ayant plus de trois mois de présence disposent d'une couverture maladie lors de leur première visite au Caso. Cette proportion atteint 20,6 % pour les étrangers résidant en France depuis plus d'un an, mettant en évidence des difficultés pour l'obtention ou le renouvellement de ces droits qui perdurent.

Les personnes en situation irrégulière font principalement face à des difficultés administratives (28,8 %) et à une méconnaissance des droits et des structures (28,5 %) dans leurs démarches d'accès aux soins. À ce titre, **les équipes de MdM constatent un manque criant d'informations ciblées et adaptées auprès des potentiels bénéficiaires pour l'accès à l'AME, auquel s'ajoutent, de manière totalement hétérogène, des pratiques de certaines caisses de sécurité sociale en marge de la réglementation, ce qui vient encore compliquer l'accès aux droits.** On constate fréquemment des demandes abusives de justificatifs non prévus dans les textes et des délais d'instruction des dossiers particulièrement longs ; ceci pose un vrai problème d'efficacité en

(6) Sont inclus les patients disposant d'un titre de séjour de moins de six mois, d'un visa touristique, d'un rendez-vous/convocation en préfecture ou ceux présents depuis moins de trois mois et disposant d'un titre de séjour d'un autre pays européen.

(7) Sous réserve de conditions de ressources inférieures à 726,92 €/mois pour une personne seule.

termes d'accès à la couverture maladie avec l'impossibilité pour le demandeur de savoir s'il s'agit d'un refus implicite⁸ ou d'un retard de procédure.

Les difficultés financières et la barrière linguistique sont également évoquées comme obstacles majeurs par respectivement 15,6 % et 14,2 % des personnes. L'absence de domiciliation administrative, qui concerne 38,5 % des étrangers (de 16 ans ou plus) sans titre de séjour constitue également une difficulté majeure à l'ouverture des droits⁹.

Enfin, 38 % des étrangers en situation irrégulière craignent les interpellations et limitent en conséquence leurs déplacements.

Ces résultats mettent en évidence les difficultés d'accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière, qui peuvent générer des renoncements et des retards de recours aux soins pour nombre d'entre eux. **L'accès aux soins des personnes sans titre de séjour doit être amélioré dans un objectif de santé publique. Cela passe en particulier par une simplification de l'accès aux droits ainsi que par une amélioration des conditions d'accès au titre de séjour pour les étrangers malades** (cf. page 66).

La fusion de l'AME dans la PUMa¹⁰, comme le recommandent l'IGAS dans son rapport, le Défenseur des droits (DDD) et aujourd'hui le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) ou encore l'Académie nationale de médecine [Cordier 2010, DDD 2014, HCE 2017a, Académie nationale de médecine 2017] et pour laquelle MdM milite depuis les premières discussions sur la création de la CMU, **constituerait d'une part une mesure de santé publique majeure permettant une amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations précaires, et d'autre part une réforme pragmatique sur le plan économique, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoce et donc moins coûteux. Enfin, cela constituerait une simplification essentielle pour les patients comme pour les professionnels de santé ainsi que des économies de gestion** (cf. encart page 65).

Ce dispositif d'exception qu'est l'AME lui confère une extrême fragilité. En effet, il fait l'objet d'une instrumentalisation politique régulière, certains n'hésitant pas, année après année, à demander sa suppression sous le prétexte fallacieux de son coût : rappelons ici que l'AME représente moins de 0,5 % du budget des dépenses de santé (budget rapporté par l'ONDAM en 2018). Son budget fait l'objet d'un examen biennuel dans le cadre de projet de loi de finances et de son révisé, donnant ainsi deux fois par an la possibilité à ses « détracteurs » de le dénoncer et le remettre en cause.

(8) Au bout de deux mois, le silence de l'administration vaut refus implicite, encore faut-il que le demandeur soit informé de ces délais et détienne une preuve de la date du dépôt de son dossier pour pouvoir déposer un recours.

(9) La question de la domiciliation administrative est abordée, page 67.

(10) La protection universelle maladie (PUMa) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. L'objectif de cette nouvelle réforme est de garantir aux assurés une prise en charge de leurs dépenses de santé tout au long de leur vie, sans rupture de leurs droits en cas de changement intervenant dans leur vie personnelle (mariage, divorce, veuvage...) ou professionnelle (chômage, changement de statut...). La création de la PUMa implique que chaque personne résidant en situation régulière en France bénéficie, sous condition de résidence ou de travail en France, de droits ouverts à vie pour bénéficier d'une assurance maladie. La CMU dite « de base » disparaît avec cette réforme en étant intégrée au sein de l'Assurance maladie. L'AME, pour les étrangers en situation irrégulière et démunis de ressources, la CMU complémentaire et l'Aide à la complémentaire santé (ACS), sont quant à elles maintenues sans être modifiées par la réforme.

LES DEMANDEURS D'ASILE

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, 11 % des personnes reçues dans les Caso sont en procédure de demande d'asile.

→ La moitié des demandeurs d'asile sont originaires d'Afrique subsaharienne, 30 % d'Europe hors UE.

→ Seuls 22 % des demandeurs d'asile sont hébergés par une structure ou une association et près de la moitié sont à la rue ou en hébergement d'urgence au jour de leur première visite.

→ Seuls 12 % disposent d'une couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.

En 2017, 100 755 demandes d'asile¹¹ ont été instruites à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), soit une hausse des demandes de 17,5 % par rapport à l'année 2016 [Ofpra 2018]. Selon l'Ofpra, l'année 2017 a été marquée par une augmentation des demandes concernant les mineurs non accompagnés (+ 24,7 %) et les mineurs accompagnant des demandeurs adultes (+ 34,6 %). Cette augmentation résulte en partie de la hausse, déjà observée en 2016, des demandes d'asile émanant de mineurs isolés afghans et, dans une moindre mesure, de celles présentées par des mineurs isolés soudanais. Les pays connaissant des situations de conflits armés (Afghanistan, Soudan, Syrie, République démocratique du Congo) continuent de représenter une part importante des premières demandes. Par ailleurs, les demandes issues de ressortissants guinéens et ivoiriens ont beaucoup augmenté, ainsi que la part des demandes des ressortissants albanais [Ofpra 2018].

Cette hausse résulte pour l'essentiel du contexte de crise humanitaire que connaît l'Europe depuis la mi-2015, mais reste inférieure à l'augmentation que la France a connu entre 2014 et 2015 (+ 24 %) et ne tient pas compte des personnes, de plus en plus nombreuses, placées en procédure Dublin.

Par ailleurs, on constate que la part des demandes d'asile placées en procédure accélérée reste particulièrement élevée depuis 2016 (38,8 % en 2016, 39 % en 2017). Il convient de noter que cette procédure est moins protectrice et n'assure pas les mêmes garanties lors du processus d'instruction de la demande d'asile. Malheureusement, le recours à ce type de procédures a été multiplié par la dernière réforme

de l'asile de 2015. En 2017, seules 11,3 % des demandes d'asile placées en procédure accélérée aboutissaient à une protection [Ofpra 2018].

Au total, 32 000 personnes ont bénéficié d'une protection au titre de l'asile en 2017 en France [Ofpra 2018], soit un taux de protection de l'Ofpra qui s'élève à 27,2 % et atteint 36 % au terme des procédures devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) [Ofpra 2018]. Le nombre d'admissions a fortement augmenté depuis 2012, reflet des situations de guerres ou de violences généralisées dans plusieurs pays du Proche et Moyen-orient (Afghanistan, Syrie, Irak...).

DES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES ET UN ACCÈS AU DROIT ENCORE COMPLIQUÉ

« Ça fait quatre jours que je suis à la rue, il fait tellement froid que je ne peux pas me reposer, je suis obligé de rester en mouvement, et le pire c'est que je n'ai toujours aucun rendez-vous pour commencer ma demande d'asile... »

[Caso de Saint-Denis, 2017]

En 2017, 2 631 demandeurs d'asile¹², soit 11 % de la file active, ont été accueillis dans les Caso de MdM. La part des demandeurs d'asile dans la file active des Caso apparaît en hausse par rapport aux années antérieures (figure 5). Il faut noter que **37,8 % d'entre eux sont en procédure accélérée.**

La moitié des demandeurs d'asile reçus sont originaires d'Afrique subsaharienne et 3 sur 10 proviennent d'Europe (hors UE). Parmi les dix pays les plus représentés, on retrouve l'Albanie, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Nigeria et la République démocratique du Congo (tableau 8).

La majorité des demandeurs d'asile sont arrivés récemment en France puisque près de 7 sur 10 sont présents depuis moins de trois mois (vs 42,4 % pour les autres étrangers) et près de 9 sur 10 depuis moins de un an (vs 71,4 %).

**TABLEAU 8 : 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS DES DEMANDEURS
D'ASILE¹ REÇUS DANS LES CASO, 2017**

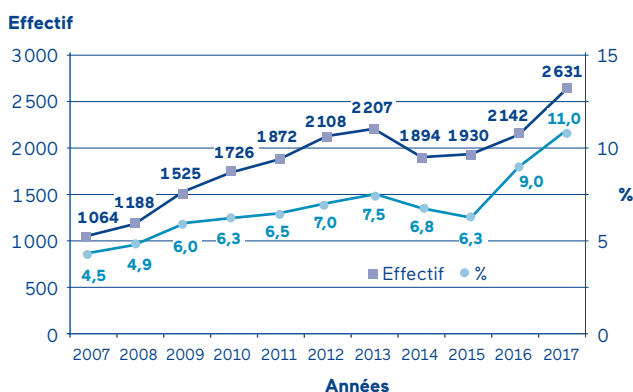
Nationalités	%	Nationalités	%
Albanie	15,1	Algérie	3,5
Guinée	10,5	Afghanistan	3,2
Côte d'Ivoire	8,3	Bangladesh	3,2
Nigéria	7,5	Soudan	2,7
Rép. Dém. du Congo	5,4	Russie - Tchétchénie	2,3

(1) Personnes dont la procédure est en cours ou en recours (hors déboutés).

(11) Premières demandes, réexamens, réouvertures de dossiers clos et mineurs non accompagnés inclus.

(12) On considère comme demandeurs d'asile les étrangers (hors Union européenne) dont la procédure de demande d'asile est en cours ou recours, c'est-à-dire les personnes ayant un rendez-vous ou une convocation en préfecture, une demande ou un recours/réexamen en cours.

FIGURE 5 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE DEMANDEURS D'ASILE¹ REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2017



(1) Personnes dont la procédure est en cours ou en recours (hors déboutés).

Bien que les demandeurs d'asile puissent en théorie bénéficier d'un hébergement en Centre d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) ou dans une structure similaire, dans les faits près d'1 sur 2 (47,9 %) sont à la rue ou en hébergement d'urgence, 21,9 % sont hébergés par de la famille ou des amis et seuls 22,3 % ont déclaré être hébergés par un organisme ou une association.

« Nous recevons Madame X, 32 ans, au mois de novembre 2017. Elle a fui la Tchétchénie après la disparition de son mari. Elle est seule avec ses trois enfants âgés de 6, 7 et 9 ans et enceinte de sept mois. Elle est épuisée et vient consulter un médecin. [...]. Elle est arrivée en France il y a un mois, et depuis dort dans la rue avec ses enfants. Elle a pourtant une attestation de demande d'asile et a déjà demandé des hébergements, sans succès. Aucun hébergement ne lui a été proposé dans le cadre du dispositif d'accueil des demandeurs d'asile ; le 115 ne peut lui offrir de solution... »

[Caso de Nice, 2017]

Ces résultats soulignent encore une fois l'insuffisance du nombre de places d'hébergement pour demandeurs d'asile. Ainsi, la France ne compte en tout que 80 000 places (d'hébergement) environ alors qu'elle vient de franchir le cap des 100 000 demandeurs d'asile en 2017, sans compter les demandeurs d'asile en procédure Dublin que le ministère de l'Intérieur estime à environ 40 000¹³, ainsi que les 53 851 recours enregistré par la CNDA en 2017¹⁴. Ces chiffres interpellent puisque sur environ 200 000 personnes, moins de 40 % sont hébergées. Même si les capacités d'accueil des Cada ont fortement augmenté au cours des dernières années, grâce notamment au dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile, cette évolution n'est pas à la hauteur des enjeux, aboutissant à une part importante de demandeurs d'asile à la rue et/ou dans les dispositifs d'hébergement d'urgence, non adaptés à leur situation et déjà eux-mêmes saturés. Ces efforts restent par conséquent insuffisants pour proposer des conditions d'hébergement dignes à l'ensemble des demandeurs d'asile et désengorger de manière significative les dispositifs d'hébergement d'urgence. Par ailleurs, l'absence de solution d'hébergement dans les dispositifs dédiés aux demandeurs d'asile les prive de l'accompagnement nécessaire à leurs démarches et à leur accès aux droits.

Comme l'évoquent les rapporteurs de l'avis « Parcours et politiques d'accueil des demandeurs d'asile » adopté le 28 mai 2018 par les membres du Conseil économique social et environnemental (CESE), « le traitement réservé aux demandeurs d'asile sur le sol européen n'est pas toujours respectueux des valeurs et principes autour desquels s'est construite l'Union européenne » [Fourier 2018]. Deux ans après l'entrée en vigueur de la loi du 29 juillet 2015 qui devait reformer en profondeur un dispositif de l'asile unanimement décrit comme « à bout de souffle », la situation des demandeurs d'asile reste problématique sur de nombreux points de vue, tant au niveau de la procédure que de l'accueil [CFDA 2018].

MdM s'inquiète des premières annonces qui ont été faites dans le cadre de la réforme de l'asile et craint qu'elle ne permette pas d'aboutir à un système respectueux des droits et de la dignité des personnes en exil (cf. chapitre page 86).

(13) <https://www.lacimade.org/demandes-dasile-france-2017-expliquer-limportant-hiatus-entre-chiffres-de-lofpra-ministere-de-linterieur/>

(14) <http://www.cnda.fr/content/download/124660/1261477/version/2/file/RA%20CNDA%202017%20%2020180123.pdf>

UNE PLUS GRANDE FRÉQUENCE DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

Les demandeurs d'asile sont censés bénéficier de l'assurance maladie et ce, sans durée préalable de résidence¹⁵. Cependant, l'accès aux droits reste difficile pour de nombreuses raisons : l'information sur les droits n'est pas suffisamment diffusée ; par ailleurs, les démarches administratives sont compliquées et certaines CPAM refusent abusivement l'ouverture de droits sur la base des premières attestations de demande d'asile¹⁶ ; par conséquent, seuls 12 % des demandeurs d'asile ont des droits ouverts lorsqu'ils sont reçus pour la première fois dans les Caso. Si la part des demandeurs d'asile ayant une couverture maladie s'améliore avec leur durée de résidence en France, l'obtenir reste un problème pour nombre d'entre eux : ainsi 60 % des demandeurs d'asile présents en France depuis plus d'un an n'avaient toujours pas de couverture maladie.

Les principaux freins à l'accès aux droits rencontrés par les demandeurs d'asile sont la méconnaissance des droits et structures, la complexité administrative et la barrière linguistique. Par ailleurs, un tiers des demandeurs d'asile n'ont aucune adresse postale, ce qui ne leur permet pas d'accéder à la couverture santé. À ce titre, plus d'1 demandeur d'asile sur 2 présentait des retards de recours aux soins, 42,8 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents selon l'avis du médecin lors des consultations en Caso et plus d'1 sur 10 a évoqué avoir renoncé à des soins aux cours des douze derniers mois.

Enfin, il est reconnu que la prévalence des psycho-traumatismes parmi les demandeurs d'asile est extrêmement importante [Boublil 2017]. Dans les Caso, 12 % des demandeurs d'asile présentaient un trouble d'ordre psychologique selon les médecins. Ces troubles se caractérisent en premier lieu par des syndromes anxieux, du stress, des manifestations psychosomatiques mais aussi par des syndromes dépressifs. Cette souffrance psychique est à relier au vécu de ces personnes dans leur pays d'origine qui a bien souvent motivé leur départ, à leur parcours migratoire ainsi qu'aux conditions de vie difficiles une fois qu'elles sont arrivées en France. Rappelons à ce titre que les demandeurs d'asile sont deux fois plus nombreux que les autres personnes reçues dans les Caso à avoir déclaré des situations violentes (15 % contre 7 %). Ces violences ont principalement eu lieu dans leur pays d'origine : violences physiques, torture ou menaces, mais aussi violences infligées par les forces de l'ordre.

Enfin, il convient de souligner que la violence structurelle des politiques d'accueil peut indéniablement accentuer la vulnérabilité physique et psychique des demandeurs d'asile [Chambon 2016, D'Halluin 2009].

Si la santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés est reconnue comme une priorité, malheureusement « les politiques d'immigration et d'asile restrictives s'engagent dans une voie difficilement conciliable avec ces priorités nouvelles » [D'Halluin 2009]. Face à ces constats, les associations travaillant auprès des exilés revendiquent une amélioration de la prise en charge psychologique de ces publics [Centre Primo Levi 2018] (cf. chapitre « souffrance et troubles d'ordre psychologique » page 45).

(15) Au contraire en procédure accélérée ou Dublin, tout demandeur d'asile a droit à l'assurance maladie, cf. Gisti : <https://www.gisti.org/spip.php?article5116&quoi=tout#6>
 (16) Attestations valables seulement un mois.

LES MINEURS

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, 14,3 % des personnes accueillies dans les Caso sont des mineurs ; un quart d'entre eux ont moins de 5 ans.

→ Plus d'un tiers des enfants rencontrés vivent à la rue.

→ Plus de 1 700 mineurs non accompagnés ont été accueillis sur les programmes de MdM.

En France, on estime que plus de 3 millions d'enfants vivent sous le seuil de pauvreté ; plus de 30 000 seraient sans domicile et 9 000 vivraient en bidonville [Unicef 2015].

En 2017, 3 477 mineurs ont été accueillis dans les Caso, soit 14,3 % de la file active totale. Depuis 2016, on constate une hausse de la part des mineurs accueillis dans les Caso (figure 6). Près de deux tiers (65,9 %) des mineurs reçus sont des garçons. L'âge moyen des mineurs accueillis s'élève à 10,2 ans (âge médian de 12 ans). Un quart de ces jeunes ont moins de 5 ans et 46,6 % sont âgés entre 14 et 17 ans (figure 7).

FIGURE 6 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE MINEURS REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2017

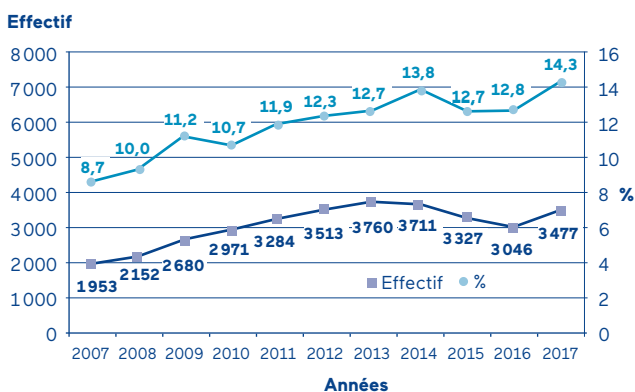
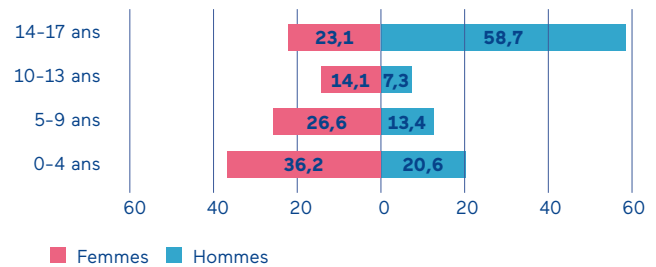


FIGURE 7 : PYRAMIDE DES ÂGES DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO (EN % DES MINEURS)



La très large majorité des mineurs accueillis dans les Caso est d'origine étrangère (96,6 %), principalement originaires d'Afrique subsaharienne (46,8 %), de l'Union européenne (18,4 %), d'Europe hors UE (15,2 %) et du Maghreb (14,6 %). Les PAYS les plus représentés sont la Côte d'Ivoire (13 %), la Guinée (12,2 %), l'Algérie (10,3 %), la Roumanie (7,6 %) et le Mali (7,1 %).

Les conditions de vie des mineurs accueillis dans les Caso apparaissent très difficiles : 44,6 % sont hébergés par un organisme, de la famille ou des amis, **34,9 % sont à la rue, 13 % vivent en squat** ou en campement. Ainsi, seuls 7,5 % d'entre eux déclarent vivre dans un domicile personnel.

Rappelons que le mal-logement peut avoir des conséquences très néfastes sur la santé, le développement et la réussite scolaire de l'enfant [Roze 2016]. **À ce titre, seul un peu plus d'un tiers des enfants de 6 à 15 ans ont déclaré être scolarisés lors de leur première visite au Caso** (tableau 9, page 32), avec des disparités très importantes selon la situation vis-à-vis du logement : 89,9 % des mineurs vivant dans un logement personnel sont scolarisés contre 45,8 % pour ceux hébergés, 31,2 % de ceux vivant en squat ou en campement, et uniquement 10,5 % des jeunes à la rue. Ces résultats sont en accord avec l'étude de l'observatoire du Samu social réalisée en Ile de France qui indique que la non scolarisation des enfants sans logement serait au moins 10 fois plus importante que dans la population générale, et associée à la survenue de déménagement(s) dans l'année écoulée [Observatoire du Samu social 2014]. Il est reconnu que les ménages sans logement personnel sont contraints à de fréquents déménagements et/ou subissent des expulsions des lieux de vie qui ont des répercussions importantes sur les foyers, notamment sur la socialisation et la scolarisation des enfants et donc sur leur santé.

Parmi les mineurs de moins de 6 ans, seuls un peu plus de 2 sur 10 sont suivis par les services de la PMI bien que ce dispositif soit accessible à toutes les femmes enceintes et tous les enfants de moins de 6 ans (tableau 9, page 32). Ce service est davantage utilisé par les enfants de nationalité française, avec 34,2 % l'utilisant contre 20,8 % pour des enfants étrangers. Ce résultat souligne la nécessité d'informer et de sensibiliser les familles dès leur arrivée en France sur les dispositifs d'accès aux soins existants et la PMI en particulier.

**TABLEAU 9 : SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES MINEURS REÇUS
LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE AU CASO, 2017**

	%	n
Suivi en PMI (< 6 ans)	21,6	145
Scolarisation (de 6 à 15 ans compris)	36,6	366

Taux de réponse : PMI : 63,9 % ; scolarisation : 74,6 %.

En théorie, la couverture maladie est ouverte de façon inconditionnelle à tout mineur, sans condition de durée de résidence en France ou de temps de présence. Malgré ces dispositions, l'accès à une couverture maladie pour les mineurs reste difficile. Seuls 7,2 % des mineurs rencontrés dans nos Caso disposaient de droits ouverts lors de leur première visite. Les difficultés d'accès à une couverture maladie sont encore plus criantes chez les mineurs non accompagnés (MNA) et seuls 4,3 % avaient une couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.

Parmi les mineurs migrants arrivant en Europe, on retrouve une proportion importante de mineurs dits « *non accompagnés* » (cf. chapitre page 95). Dans les programmes de MdM, plus de 1 700 MNA ont été accueillis en 2017¹⁷, principalement des jeunes non reconnus mineurs ou isolés à l'issue de l'évaluation. Ces enfants et adolescents¹⁸ sont à 94,1 % des garçons âgés de 15 à 17 ans (93,1 %). La grande majorité d'entre eux sont originaires d'Afrique subsaharienne (90,8 %), principalement de Guinée (32,6 %), de Côte d'Ivoire (22,1 %) et du Mali (18,5 %). 69,2 % d'entre eux sont en France depuis moins de trois mois. Leurs conditions de logement sont extrêmement précaires puisque plus de la moitié vivent à la rue, 23,9 % sont hébergés par un organisme ou une association et 16,3 % par des connaissances, ce qui n'est pas toujours une source de sécurité.

(17) Il s'agit du nombre de MNA accueillis dans les Caso de MdM, ainsi que sur les programmes dédiés aux MNA de Paris, Nantes, Caen et Rouen.

(18) Les caractéristiques sociodémographiques des MNA concernent tous les MNA accueillis dans les Caso ainsi que les MNA du programme de Paris.



UNIVERSELLE
DE L'HOMME

01

**ÉTAT DE SANTÉ
ET ACCÈS
À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS
DES PERSONNES
ACCUEILLIES EN 2017**

1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PATIENTS ACCUEILLIS DANS LES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2017, 29 674 consultations de médecine générale et spécialisée ont été réalisées : les principales pathologies diagnostiquées sont d'ordre digestif, respiratoire et ostéo articulaire.
- Plus de 5 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique.
- Un retard de recours aux soins est constaté dans près d'une consultation sur 2.

En 2017, les médecins des Caso ont réalisé 29 674 consultations de médecine générale ou spécialisée pour 18 781 patients différents. Dans 81,6 % des consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué par les médecins ; dans 15,2 % des cas au moins, deux problèmes de santé ont été identifiés.

Les problèmes de santé¹⁹ les plus fréquemment rencontrés sont d'ordre digestif (24,7 %), respiratoire (20,9 %) et ostéo-articulaire (19,7 %) ; suivis des problèmes dermatologiques (15,8 %), cardiovasculaires (9,4 %) et psychologiques (8,6 %) (tableau 11, page 38).

Les troubles psychologiques font l'objet d'un chapitre spécifique, page 45.

Une étude comparative des motifs de consultations entre les patients de médecine générale de ville et ceux des Caso révèle que chez ces derniers, les infections sont plus fréquemment diagnostiquées et notamment les infections aiguës hivernales et les hépatites virales. La fréquence des problèmes digestifs, cutanés et respiratoires est également plus élevée parmi les consultants des Caso [Huaume 2017]. L'absence ou les mauvaises conditions de logement (promiscuité, insalubrité, absence de chauffage, humidité) et les difficultés d'accès à une alimentation quantitativement et qualitativement suffisante

les rendent d'autant plus vulnérables à ces pathologies [Kentikelenis 2015, Huaume 2017].

Au total, plus de 5 patients sur 10 souffrent d'une pathologie chronique²⁰ (tableau 10) selon le diagnostic des médecins. L'étude précitée a mis en évidence une fréquence plus importante des pathologies chroniques chez les consultants des Caso âgés de 15 à 44 ans par rapport aux patients de médecine générale [Huaume 2017]. Ce résultat est vraisemblablement lié à l'apparition plus précoce des pathologies chroniques chez les migrants, du fait de leur parcours de migration et de la précarité de leurs conditions de vie dans le pays d'accueil [Kaoutar 1990].

TABLEAU 10 : NATURE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES CHEZ LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2017

	% ¹	n
Pathologie chronique	53,3	5 434
Pathologie aiguë	55,6	5 664
Indéterminée	8,7	886

Taux de réponse : 71,1 % (10 192/14 328 pers. reçues en consultation médicale, avec diagnostic d'appareil).

(1) Le total dépasse 100 % dans la mesure où un même patient peut présenter simultanément une pathologie aiguë et une pathologie chronique.

Enfin, 82,8 % des patients reçus en consultation nécessitent un suivi et/ou un traitement, ce qui pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, la moitié n'avait ni suivi ni traité le problème de santé avant leur première visite au Caso.

Pour près de 49 % des patients, les médecins estiment qu'il y a un retard de recours aux soins et 38,6 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente. Le retard de recours aux soins atteint jusqu'à 60 % pour les personnes souffrant d'une pathologie chronique.

Une partie spécifique est consacrée au renoncement et au retard de recours aux soins, page 60.

(19) Les pathologies sont codées à l'aide de la classification internationale des soins primaires (CISP) (cf. annexe 1, page 116).

(20) La définition de la maladie chronique adoptée est celle du Haut conseil de la santé publique (HCSP) : présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ; ancienneté minimale de trois mois ou supposée telle ; retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ; une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

UN ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE TRÈS DÉGRADÉ

Les personnes rencontrées dans les Caso souffrant de problèmes bucco-dentaires sont la plupart du temps orientées vers les urgences hospitalières ou vers les Pass dentaires lorsqu'ils existent. Certains Caso²¹ proposent toutefois des consultations dentaires dans leurs locaux. Ces derniers ont réalisé 2 374 consultations dentaires en 2017 pour 1201 patients différents, soit en moyenne 2 consultations dentaires par personne. Lors de ces consultations, 332 personnes de 12 ans ou plus ont bénéficié d'un bilan de l'état bucco-dentaire au cours duquel l'indice CAO a été calculé²². Les patients présentent en moyenne 4,4 dents cariées et 5,3 dents absentes, révélant un état de santé bucco-dentaire très dégradé. Ces nombres sont bien supérieurs à ceux retrouvés en population générale française [HAS 2010] et posent la question du recours aux soins pour une population, la plupart du temps sans couverture maladie ou sans complémentaire santé.

Ces différences sociales, retrouvées par ailleurs dans des études scientifiques [Azoguy-Levy 2012], s'expliquent en partie par des différences d'exposition aux facteurs de risque (notamment mauvaise hygiène dentaire, alimentation inadéquate, addictions, etc.) mais aussi par des disparités d'accès aux soins. Face à des remboursements très partiels voire inexistants, en particulier en l'absence de couverture maladie, les dépenses consacrées aux soins dentaires passent bien souvent au second plan et entrent en compétition avec d'autres priorités budgétaires (alimentation, logement...). Rappelons que « [...] les soins de prévention sont les premiers à être affectés par cette compétition » [Rilliard 2012]. Le recours aux soins dentaires devient alors motivé uniquement par la douleur et l'urgence des situations.

Il est reconnu qu'à long terme, l'absence de consultation dentaire et la mauvaise santé bucco-dentaire qui en découle peuvent avoir des répercussions graves sur l'état de santé général physique et psychologique des personnes [Teissier 2012]. À ce titre, une enquête auprès des publics précaires d'Angoulême, réalisée en 2015, révèle que pour plus de 40 % des personnes, l'absence de dents affecte leurs relations sociales ; 57 % se sont déclarés parfois à très souvent préoccupés ou inquiets au cours des trois derniers mois et 54 % gênés ou mal à l'aise en raison de problèmes dentaires. Enfin, plus d'un tiers a déclaré limiter parfois à très souvent la quantité d'aliments mangés en raison de problèmes dentaires [MdM 2016].

Ces résultats mettent en évidence un besoin élevé en soins et en actions de prévention auprès des populations en situation de précarité. Il est ainsi indispensable que la prévention des pathologies bucco-dentaires soit intégrée dans une approche globale de prévention et d'accès aux droits et aux soins. L'accès aux soins bucco-dentaires a été abordé dans les travaux préparatoires du plan pauvreté qui doit être annoncé par le gouvernement en septembre 2018. Ce dernier a également annoncé en juin 2018 des mesures facilitant le reste à charge 0 (RAC 0) pour les prothèses dentaires. Il faudra donc observer la mise en œuvre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 et l'efficacité pour les personnes en précarité afin d'assurer un meilleur accès aux soins dentaires.

(21) Caso de Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Rouen et Strasbourg.

(22) Indicateur synthétique de l'état de santé bucco-dentaire qui permet d'évaluer et de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire au sein d'une population. Il est couramment utilisé au niveau international et est un marqueur fréquemment utilisé pour souligner les inégalités sociales de santé. Il se décompose en trois indices : nombre de dents Cariées (C), Absentes (A), Obturées ou soignées (O). 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.

TABLEAU 11 - PRÉVALENCES DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS SELON LA CISP, 2017

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	%	n
Système digestif	24,7	3 540
Symptômes et plaintes du système digestif	14,6	2 088
Affections dents-gencives	5,0	719
Autres diagnostics du système digestif	3,7	536
Hépatite virale	1,7	242
Infections gastro-intestinales	1,2	175
Pathologies ulcéreuses	0,3	42
Respiratoire	20,9	2 989
Infections respiratoires supérieures	7,6	1 088
Infections respiratoires inférieures	3,8	542
Toux	3,3	474
Autres diagnostics du système respiratoire	3,2	461
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	2,1	305
Asthme	1,9	275
Symptômes et plaintes nez-sinus	1,2	167
Ostéo-articulaire	19,7	2 827
Autres symptômes et plaintes ostéo-articulaires	7,8	1 123
Syndromes dorso-lombaires	4,5	641
Symptômes et plaintes du rachis	4,5	637
Autres diagnostics locomoteurs	3,7	528
Peau	15,8	2 261
Parasitoses/Candidoses	4,8	693
Symptômes et plaintes cutanés	3,7	534
Autres pathologies cutanées	2,5	364
Infections cutanées	2,2	315
Éruptions cutanées/Tuméfactions	1,8	252
Dermatites atopiques et contact	1,7	240
Général et non spécifié (1)	9,6	1 375
Symptômes et plaintes généraux	6,0	863
Diagnostics non classés ailleurs	1,5	208
Tuberculoses	0,2	33
Cardiovasculaire	9,4	1 340
Hypertension artérielle	5,9	847
Pathologies vasculaires	1,3	191
Cardiopathies, troubles du rythme	1,1	152
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	0,9	135
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,5	72
Psychologique	8,6	1 233
Angoisse/Stress/Troubles psychosomatiques	6,4	918
Syndromes dépressifs	1,4	194
Autres problèmes psychologiques	0,7	98
Psychoses	0,3	44
Usage de substances psychoactives (alcool)	0,1	20
Usage de substances psychoactives (drogues)	0,1	11
Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments)	0,1	9
Neurologique	5,9	849
Symptômes et plaintes neurologiques	2,8	403
Autres diagnostics neurologiques	2,6	377
Épilepsie	0,5	78

	Prévalence parmi l'ensemble des patients	
	%	n
Métabolisme, nutrition, endocrinien	5,8	829
Diabète (insulino et non insulino-dépendant)	4,4	624
Autres diagnostics métaboliques	1,2	176
Excès pondéral-obésité	0,2	34
Symptômes et plaintes métaboliques	0,2	23
Œil	4,2	601
Symptômes et plaintes du système oculaire	1,8	262
Infections de l'œil	1,7	245
Autres diagnostics du système oculaire	0,7	95
Lunettes-lentilles	0,1	10
Système génital féminin	4,0	577
Symptômes et plaintes du système génital féminin	1,5	218
Troubles des règles	1,0	143
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	0,8	109
Autres diagnostics du système génital féminin	0,7	93
Système urinaire	3,9	559
Infections urinaires/rénales	1,9	277
Symptômes et plaintes urinaires	1,7	240
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,4	55
Grossesse, accouchement	3,6	519
Grossesses et couches non pathologiques	2,5	353
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement	0,6	81
Contraception	0,3	38
Grossesses et couches pathologiques	0,2	33
Oreille	3,3	470
Infections du système auditif	1,9	270
Symptômes et plaintes du système auditif	1,0	140
Autres diagnostics du système auditif	0,4	62
Système génital masculin	1,7	240
Symptômes et plaintes du système génital masculin	0,9	132
Autres diagnostics du système génital masculin	0,4	59
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	0,3	36
Sang, système hémato-immunologique	1,6	223
VIH	0,5	77
Anémies	0,5	68
Symptômes et plaintes du système hémato-immunologique	0,2	30
Autres diagnostics du système hémato-immunologique	0,1	20
Catégories transversales	6,1	877
Traumatismes	3,0	436
Maladies infectieuses non classées ailleurs	1,3	192
Peurs de/Préoccupations	1,2	173
Cancers	0,6	85

Taux de réponse : 87,1 % (14 328/16 458 pers. reçues en consultation médicale).

Les 10 résultats de consultations les plus fréquentes sont signalés en gras.

(1) La catégorie « général et non spécifié » regroupe divers symptômes ou pathologies non classés ailleurs dans la CISP, tels que douleur générale, asthénie, ou encore certaines maladies infectieuses (tuberculose, rougeole...), etc.

Remarque : la somme des résultats détaillés ne correspond pas forcément au total par appareil. Plusieurs explications : certains résultats ne sont codés que par la lettre désignant l'appareil sans plus de précisions et sont donc comptabilisés uniquement dans la ligne correspondant à l'appareil et non dans la partie détaillée. Certains patients peuvent être affectés de plusieurs pathologies pour un même appareil, ces pathologies apparaissent de façon distincte dans la partie détaillée et ne sont comptabilisées qu'une fois dans les fréquences par appareil. L'écart peut aussi provenir du fait que certaines pathologies sont regroupées dans des catégories dites transversales : traumatismes, cancers, préoccupations...

LA TUBERCULOSE : UNE VIEILLE HISTOIRE... DE SANTÉ PUBLIQUE

« Malgré le progrès scientifique, la lutte contre la tuberculose revêtira longtemps encore un caractère essentiellement social. »,
Georges Clemenceau, avril 1907.

La lutte contre la tuberculose a constitué une des premières vraies politiques de santé publique en France. La loi du 15 février 1902 avait pour but de lutter contre la propagation des germes pathogènes et permettait d'envisager que la société impose des soins à un individu dans l'intérêt général. Dès 1914, parmi les armes définies pour combattre la tuberculose, la politique du logement était clairement identifiée [Roger 2017]. C'est à cette période que la notion de « maladie sociale » et de ce qu'elle implique commence à prendre forme dans la société française. En effet, « la tuberculose a toujours été un indicateur sensible des problèmes de société » [Trébuçq 2018] : ce sont les populations les plus précaires qui en payent le plus lourd tribut et la multiplication des cas de tuberculose, notamment dans les rues de la capitale, est révélatrice d'une augmentation de la précarité sociale. Ainsi, l'enjeu sanitaire de la prise en charge de la tuberculose se conçoit tout d'abord en termes de santé publique.

En France, le nombre de cas de tuberculose déclarés continue de baisser. En 2015, 4 741 cas de tuberculose étaient déclarés (contre 5 368 en 2005), soit 1 cas pour 100 000 habitants [Guthmann 2018]). En revanche, si, la même année, les données de couverture vaccinale en BCG révèlent des niveaux élevés en Île-de-France et en Guyane, ils sont parfois insuffisants sur le reste de la France métropolitaine.

Depuis de nombreuses années, MdM travaille à l'amélioration du dépistage et de la prise en charge de la tuberculose auprès des publics les plus exposés reçus dans ses différents programmes : étrangers et personnes vivant à la rue, en squat ou en habitat précaire. En effet, bien que la baisse de l'incidence de la tuberculose soit assez régulière en France, les disparités tant territoriales que populationnelles restent persistantes : les taux de déclaration les plus élevés sont retrouvés en Île-de-France, à Mayotte et en Guyane²³.

- En Île-de-France, il faut noter un tournant à Paris où l'incidence de la tuberculose a augmenté de 15 % entre 2016 et 2017 [Antoun 2018]. Ainsi, à la mission banlieue de Médecins du Monde en Seine-Saint-Denis où l'incidence de la tuberculose était de 28,2/100 000 habitants en 2015, les cas rapportés de tuberculose en 2017 révèlent un taux de 643,3/100 000 habitants.

- À Mayotte, bien qu'une réduction du nombre de cas déclarés ait été observée après un pic en 2015 (61 cas déclarés en 2015, soit 26,9 cas pour 100 000 habitants, taux quatre fois supérieur à celui de la France entière la même année), la Cellule d'alerte de veille et de gestion sanitaire (CAVGS) rapporte déjà 24 cas entre janvier et juin 2018 [Cire Océan indien, 2018].

- Enfin, en Guyane, l'incidence est en nette augmentation depuis 2014. Elle a même doublé entre 2015 et 2016, année au cours de laquelle 79 cas ont été déclarés²⁴.

En 2015, les taux de déclaration sont particulièrement élevés chez les personnes sans domicile fixe (167 ca/100 000 habitants) et celles nées à l'étranger (35 cas/100 000 habitants).

Pour les personnes en situation d'exil, le risque de développer une tuberculose est plus important dans les premières années suivant l'arrivée en France, surtout si l'on tient compte du seuil d'endémie tuberculeuse dans les pays d'origine. La prévalence de la tuberculose parmi les populations réfugiées serait trois fois supérieure à celle retrouvée chez les non-réfugiés d'un même pays, selon l'ECDC [ECDC 2015]. Cependant, il est aujourd'hui également nécessaire de garder à l'esprit la multiplicité des parcours des personnes exilées (rallongement du temps du parcours d'exil et qualité des conditions de vie durant ce parcours et à l'arrivée en France). Tous ces facteurs contribuent potentiellement à un effet négatif sur la santé des migrants. Pour exemple, la prévalence très forte de la tuberculose en Roumanie, notamment chez les populations Roms, avec une montée des cas de résistance aux traitements et un taux extrêmement élevé de rupture de soins, favorise la diffusion de l'épidémie sur des terrains où la densité démographique est très élevée. La gravité potentielle de la maladie, observée par les personnes qui continuent à voir dans leur entourage des proches décéder de tuberculose, encourage de plus la perpétuation d'un tabou ou tout au moins de phénomènes de rejets potentiels des personnes malades.

Depuis 1993, MdM mène (avec des équipes soignantes, des médiateurs et des interprètes) des actions de dépistage auprès des personnes vivant en bidonville et autres habitats précaires, en partenariat avec les structures de soin et de prévention de droit commun et des associations partenaires. Ces équipes mettent en lumière les difficultés pour le suivi des patients atteints de tuberculose. Plus particulièrement,

(23) En 2015, les taux de déclaration de la maladie restent plus élevés en Guyane (18,3 %), en Île-de-France (14,5 %) et à Mayotte (25,9 %), comme les années précédentes.

(24) Source : Institut Pasteur de Guyane, Rapport d'activité 2016.

la sectorisation de certains dispositifs de droits communs est incompatible avec l'errance. Le contexte d'instabilité des bidonvilles touche très fortement le travail fourni par les équipes, anéantissant parfois les efforts entrepris. L'impact sur la santé des personnes est évident lorsque des expulsions ont lieu alors même qu'un dépistage de la tuberculose vient d'être mené car elles génèrent l'errance des personnes malades, l'interruption et même le renoncement aux soins. Toute interruption de traitement peut mener au développement de formes plus graves de la maladie. On doit alors parler de sabotage de santé publique, au niveau collectif comme individuel, car cela favorise l'apparition de souches de tuberculose résistantes aux antibiotiques. Le cumul de facteurs tels que les difficultés sociales, le stigma subi par la population Rom et l'échec d'un premier traitement compromettent également fortement l'observance et l'adhésion au traitement de la tuberculose. C'est là encore la cause de développement de formes résistantes à la maladie, comme l'ont observé les équipes de Médecins du Monde travaillant auprès d'habitants de squats et de bidonvilles à Bordeaux.

En 2017, seuls 17 % des patients accueillis en consultations médicales dans les Casos ont rapporté avoir déjà bénéficié d'un dépistage de la tuberculose avant leur contact avec MdM. Il est toutefois à noter que plus d'un patient sur deux est favorable à un dépistage après une proposition par les équipes de MdM. Ces dernières données indiquent également tout le travail d'accompagnement à mettre en place en termes d'information autour de la tuberculose et de sa détection précoce.

Tous ces éléments 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 mettre systématiquement en place un schéma de détection précoce de la tuberculose au bénéfice des personnes migrantes en situation de précarité. Ce schéma devrait intégrer une offre préventive globale plus conséquente, au vu des possibilités de co-infection avec le VIH ou le VHB.

Médecins du Monde est mobilisé pour souligner l'importance de la prévention et de propositions adaptées de dépistage systématique des maladies infectieuses dont la tuberculose.

Médecins du Monde rappelle que les expulsions répétées sans proposition adaptée de logement et prise en compte des besoins en santé mettent en échec les prises en charge de patients suspects ou malades de tuberculose vivant en squat ou en bidonville. La prévention via la vaccination systématique des jeunes enfants doit également être améliorée. Enfin, la protection de la santé des personnes et de la santé publique doit primer sur l'impératif d'expulsion : quand un problème de santé publique (notamment maladie infectieuse) est identifié sur un lieu de vie menacé d'expulsion, celle-ci doit être suspendue le temps de l'intervention sanitaire.

2. SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2017, seules 12 % des femmes de 15 à 50 ans ont indiqué utiliser un moyen de contraception lors de leur visite au Caso.
- 82 % des femmes de 25 à 65 ans n'ont jamais fait de frottis au cours de leur vie.
- Parmi les femmes enceintes, 45 % présentaient un retard de suivi de grossesse selon les médecins.
- 27 % des femmes enceintes sont sans domicile fixe.

charge à 100 % de l'ensemble du parcours IVG²⁶ a été publié le 26 février 2016 au Journal officiel. Dans la réalité, il n'est pas rare que les femmes en situation de grande précarité rencontrent des obstacles à l'accès à l'IVG.

Il convient, comme l'a suggéré récemment le Haut conseil de la santé publique (HCSP), d'adapter les stratégies en matière de santé sexuelle et reproductive « afin de toucher les populations les plus éloignées du système de prévention et de soins » telles que les migrants, les personnes détenues, les personnes homosexuelles..., « de développer des actions allant au-devant de publics les plus exposés et les plus vulnérables aux IST » et de proposer une politique transversale incluant la réorganisation et la mise en cohérence des structures d'accueil, de prévention et de soins [HCSP 2016(a)].

En ce sens, la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 du ministère de la Santé pose un cadre favorable à la promotion de la santé sexuelle, en proposant de renforcer l'offre, de simplifier les parcours, de promouvoir le choix d'une contraception appropriée et d'adapter des dispositifs aux populations spécifiques. Les actions qui en découleront et les mesures qui pourront être mises en place devront s'attacher à lever les barrières existantes, notamment en matière de respect des droits des personnes (accès effectif, connaissance des dispositifs), de stigmatisation, de libre choix, d'interprétariat, d'information et de dispositifs de proximité (pérennisation et renforcement des structures de prévention PMI, planning familial, CeGIDD...). MdM suivra attentivement la mise en œuvre de cette stratégie et des moyens qui lui seront alloués.

Seules 18 % des femmes de 25 à 65 ans ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis cervico-vaginal au cours de leur vie, soit près de cinq fois moins qu'en population générale française. Rappelons que le cancer du col de l'utérus est la localisation de cancer la plus touchée par les inégalités sociales [Inca 2016(a), Bryere 2017]. Tous les ans, plus de 1 100 femmes décèdent de ce cancer en France [Binder-Foucard 2013], sachant que l'impact du niveau socio-économique sur la mortalité a été démontré. De même les disparités sociales en matière de prévention sont réelles et les obstacles au dépistage nombreux pour les personnes en situation de précarité [HCSP 2016]. Les études en population générale ont mis en avant une association entre les facteurs

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO

En 2017, 5 292 femmes de 15 ans et plus ont été reçues en consultation médicale généraliste et 336 en consultation gynécologique. Les femmes accueillies dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique, une très grande partie d'entre elles venant de régions où l'offre en termes de services en santé sexuelle et reproductive ou de contraception est limitée.

Seules 12 % des femmes en âge de procréer ont indiqué utiliser une contraception soit cinq fois moins qu'en population générale [Bajos 2012]. Ce résultat met en évidence la persistance de disparités sociales d'accès à la contraception qui ont été largement documentées par ailleurs. En effet, les études montrent que l'absence de contraception se retrouve plus fréquemment chez les femmes ayant des difficultés financières, étant peu ou pas diplômées ou vivant en milieu rural [Bajos 2012], et constitue un des principaux motifs du recours à l'IVG [Chappuis 2014]. À ce titre, l'IVG est en théorie accessible en ville et à l'hôpital aux personnes avec ou sans couverture maladie²⁵. L'arrêté rendant la prise en

(25) L'IVG est considérée comme un soin urgent et vital dans le cadre de la circulaire des soins urgents et vitaux.

(26) Soit outre l'acte en lui-même déjà intégralement remboursé depuis 2013 les consultations, les examens de biologie médicale et les échographies pré et post-IVG.

socio-économiques tels que faible revenu, absence de couverture santé et/ou vie dans un environnement défavorisé et absence de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : selon Grillo et al., parmi les facteurs associés à la non-participation au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 18 à 66 ans figuraient notamment la nationalité étrangère, l'absence de couverture sociale et le fait de résider dans un quartier défavorisé [Grillo 2012].

Le principal frein au dépistage du cancer du col utérin identifié chez les femmes migrantes est la barrière de la langue puis les freins d'ordre culturel ou religieux (en particulier la pudeur, notamment face aux examens médicaux), ainsi que des difficultés d'accès aux droits et au système de santé et de soins [INCA 2016(b)].

Le déficit en matière de prévention et de dépistage peut générer un retard de prise en charge en cas de lésion, des traitements plus lourds et un pronostic moins bon.

de petit poids. Rappelons également que les risques de décès maternels sont deux fois plus importants pour les femmes étrangères par rapport aux femmes françaises, principalement du fait de l'absence de soins adaptés au cours de la grossesse [Saurel-Cubizolles 2012].

Ces résultats mettent en évidence le poids des inégalités sociales dans l'accès des femmes à la contraception et aux soins en général, et plus spécifiquement au suivi de grossesse, avec de lourdes conséquences tant sur la santé de la mère que sur celle de l'enfant.

TABLEAU 12 - SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES ENCEINTES REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE OU GYNÉCOLOGIQUE DANS LES CASO, 2017

Femmes enceintes (entre 11 et 49 ans)	%	n
Accès aux soins prénataux	42,6	149
Retard de suivi de grossesse	45,2	156

Taux de réponse : accès aux soins : 67,1 % ; retard de suivi : 66,1 %.

UNE ABSENCE DE SUIVI DE GROSSESSE FRÉQUENTE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

En 2017, 12,2 % des femmes de 11 à 49 ans étaient enceintes au jour de leur consultation médicale au Caso. Il s'agissait d'une première grossesse pour un tiers des femmes. Les conditions de logement de ces femmes apparaissent particulièrement difficiles dans la mesure où seules 10,2 % disposent d'un logement personnel, 26,6 % sont sans domicile fixe, 8,5 % vivent dans un squat ou un campement et 54,6 % sont hébergées par une association ou des connaissances. Enfin, la moitié d'entre elles sont seules et 51,2 % en situation irrégulière au regard du séjour en France. **Seules 6,2 % des femmes enceintes vues en consultation médicale disposent de droits ouverts à la couverture maladie au jour de leur première visite au Caso.**

La précarité sociale de ces femmes a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse. En effet, **45,2 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse**²⁷. Seulement 42,6 % ont eu accès à des soins prénataux au cours de la grossesse (tableau 12). Au total, 55,4 % des femmes enceintes nécessitaient selon les médecins une prise en charge urgente ou assez urgente, soit du fait d'une urgence obstétricale avérée ou potentielle, soit du fait d'un retard ou d'une absence de suivi de grossesse. Ces résultats, démontrés par ailleurs [Azria 2015], mettent en évidence un défaut de surveillance prénatale parmi les femmes en situation précaire avec pour conséquences des risques plus importants d'hospitalisation pendant la grossesse, de prématurité ou de mise au monde d'enfants

(27) On considère qu'il y a un retard lorsqu'il n'y a pas eu de consultation de suivi de grossesse après douze semaines d'aménorrhée.

AMÉLIORER L'ACCÈS AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SUR LES PROGRAMMES DE MdM : UNE APPROCHE INNOVANTE

Ces vingt dernières années, le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin a permis de réduire de moitié le nombre de décès en France. Cependant, ce cancer touche toujours près de 3000 femmes chaque année. Plus de 1000 en meurent, majoritairement des femmes qui ne sont pas touchées par les politiques de dépistage [Inca 2016(a)]. Dans près de 100 % des cas, le cancer du col de l'utérus est attribuable à une infection persistante par un virus qui se transmet par voie sexuelle : le papillomavirus humain (HPV) [Walboomers 1999].

Le moindre recours au dépistage, voire l'absence de dépistage est particulièrement fréquent parmi les femmes présentant des facteurs économiques et sociaux défavorables, comme un faible revenu ou l'absence de couverture sociale ou de santé [Barré 2017, Beltzer 2017]. Par ailleurs, le fait d'être une femme migrante ou d'origine migrante (née à l'étranger) constitue un facteur de non recours au dépistage du cancer du col utérin dans le pays d'accueil, principalement en raison de difficultés d'accès aux droits, du manque d'information sur le système de santé et de barrières culturelles ou linguistiques [Barré 2017]. **Lors d'une enquête menée en 2013 au sein des Caso de MdM, 67 % des femmes de 25 à 65 ans interrogées ont déclaré n'avoir jamais réalisé de frottis** [Chappuis 2014].

L'organisation d'un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus est une priorité du plan cancer 2014-2019 et constitue un élément de réponse afin de faciliter l'accès au dépistage. Comme le préconise l'Institut national du cancer (Inca) [Inca 2016(b)], il est également nécessaire de proposer des actions spécifiques aux populations vulnérables et/ou éloignées du système de santé et de réduire les barrières du recours au dépistage.

En 2017, un projet de recherche interventionnelle financé par l'Inca a débuté au sein de 7 programmes de MdM (4 Caso, 2 programmes auprès des travailleuse du sexe et 1 auprès de femmes vivant en bidonville).

L'objectif est d'améliorer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes en situation de précarité rencontrées sur nos programmes. Ce projet consiste en la mise en œuvre de consultations de prévention, associées ou non à la proposition d'un auto prélèvement vaginal pour la réalisation d'un test HPV à la recherche de papillomavirus humains à haut risque oncogène. Une étude épidémiologique a été associée à ce programme avec pour objectif de comparer deux stratégies de dépistage afin de déterminer laquelle permet d'obtenir une plus grande participation au dépistage et

de détecter une plus grande proportion de lésions précancéreuses ou cancéreuses.

Dans le cadre de ce projet, MdM a développé un réseau de partenaires vers lesquels les femmes sont adressées pour la réalisation d'un frottis au cours d'une consultation gynécologique.

Depuis mars 2017, les équipes réalisent des consultations de prévention qui permettent aux femmes de bénéficier d'une information adaptée concernant le dépistage du cancer du col utérin en particulier, en partant d'une approche plus générale en santé sexuelle et reproductive. Cette consultation de prévention permet d'aborder les différentes thématiques pouvant être discutées lors d'une consultation gynécologique et propose d'apporter aux femmes des connaissances sur leur anatomie, sur le cancer du col et son dépistage. Elle permet d'échanger autour de leur vécu et vise à offrir un espace privilégié d'écoute et de parole.

Nous visons ainsi à rendre le dépistage plus accessible à ces femmes et à favoriser leur suivi gynécologique dans le droit commun.

De mars 2017 à juin 2018, plus de 610 consultations de prévention ont été réalisées par 104 chargé(e)s de prévention formé(e)s.

Les enjeux de cette recherche interventionnelle sont :

- Améliorer l'accès au dépistage du cancer du col :

- proposer des consultations de prévention réalisées par une équipe sensibilisée aux attitudes et aux techniques d'entretien du *counselling* ;
- permettre aux femmes de recevoir des informations adaptées grâce à l'interprétariat professionnel et à des supports illustrés ;
- proposer un nouvel outil d'auto-prélèvement vaginal pour la réalisation d'un test HPV ;
- déterminer quelle stratégie de dépistage est la plus efficace (participation et proportion de lésions précancéreuses ou cancéreuses détectées).

- Renforcer les actions de prévention en SSR sur les programmes concernés.

- Faciliter l'accès aux soins : orientation vers des structures partenaires de droit commun offrant des consultations de gynécologie, en particulier les centres avec un accueil inconditionnel.

3. SOUFFRANCE ET TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REPÉRÉS CHEZ LES PATIENTS DES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, un trouble d'ordre psychologique a été repéré pour près de 9 % des patients. Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux ou dépressifs.

→ Les patients victimes de violences, demandeurs d'asile ou les personnes seules ou vivant à la rue ont une prévalence plus élevée de troubles d'ordre psychologique.

Près de la quasi-totalité des personnes accueillies dans les Caso sont des ressortissants étrangers. Parmi eux, une grande partie viennent, ou ont traversé des pays en guerre. Certains y ont été emprisonnés arbitrairement, ont subi des violences extrêmes, ont été témoins de la mort de proches ou ont été eux-mêmes menacés de mort. Les parcours migratoires apparaissent de plus en plus longs, difficiles et violents [Centre primo Levi 2018]. Les personnes en situation de migration contrainte ont ainsi été largement exposées à des phénomènes de violences et confrontées à des événements traumatiques [Veisse 2017].

« Un homme est rentré chez moi, il m'a collé une arme sur la tempe devant mes enfants. Il m'a dit que s'il ne trouvait pas mon mari, il reviendrait pour me tuer. Quand mon mari est rentré, nous avons pris la fuite. Nous avons tout laissé derrière nous. »

[Caso de Metz, 2017]

En 2017, des troubles d'ordre psychologique ont été repérés chez près de 9 % des patients reçus en consultation médicale avec un généraliste. Les troubles anxieux (angoisse, stress, troubles psychosomatiques) sont les principaux problèmes diagnostiqués, suivis par les syndromes dépressifs (tableau 13). Ces prévalences doivent être considérées avec précaution dans la mesure où les troubles psychologiques ne sont généralement pas les motifs principaux de consultation, sont rarement exprimés ou ne sont pas systématiquement recherchés par les médecins qui ne rencontrent ces patients

bien souvent qu'une seule fois. Par ailleurs, les migrants sont confrontés à des barrières culturelles et linguistiques pouvant compliquer les échanges. De plus, leur niveau de résilience²⁸ est particulièrement élevé, ne laissant pas deviner la souffrance sous-jacente et rendant le diagnostic de tels troubles difficile. Ainsi, il est fort probable que ces troubles soient largement sous-évalués.

Les troubles d'ordre psychologique sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi plus de 60 % des personnes pour lesquelles un trouble d'ordre psychologique a été diagnostiqué présentent par ailleurs au moins une autre pathologie. Les principales pathologies associées sont les pathologies digestives et respiratoires, dont on connaît l'origine très fréquemment psychosomatique, et ostéo-articulaires qui elles, peuvent être mises en lien avec les conditions de vie, le parcours migratoire, le long séjour à la rue, les séquelles de tortures, etc.

45

TABLEAU 13 - FRÉQUENCE DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE DANS LES CASO, 2017

	%	n
Troubles psychiatriques ou psychologiques diagnostiqués	8,6	1 229
Angoisse/Stress/Troubles psychosomatiques	6,4	918
Syndromes dépressifs	1,4	194
Autres problèmes psychologiques	0,7	98
Psychoses	0,3	44
Usage abusif de substances psychoactives	0,3	40

Taux de réponse : 88,3 %.

Chez les ressortissants étrangers, le facteur le plus fortement associé à la présence de troubles d'ordre psychologique demeure le fait d'avoir déclaré une exposition à des situations de violence (tableau 14, page 47), comme cela a par ailleurs été démontré dans l'étude du Comité pour la santé des exilés (Comede) [Veisse 2018]. Parmi les ressortissants étrangers, beaucoup ont fui un pays dans lequel ils étaient persécutés et présentent des parcours de vie difficiles.

(28) La résilience désigne l'aptitude à se remettre d'un traumatisme, à le surmonter pour continuer à vivre une existence relativement satisfaisante – aptitude caractéristique, selon le neuropsychiatre Boris Cyrulnik, d'une « personnalité blessée mais résistante, souffrante mais heureuse d'espérer quand même ».

Aux traumatismes et violences subis dans leur pays viennent s'ajouter également les violences subies lors du parcours migratoire, la perte des liens avec les proches y compris les enfants, les pressions policières ou celles des passeurs.

« En Libye, ils nous dépouillent, ils nous prennent tout, ils vendent et achètent les hommes.

J'ai travaillé pour un monsieur pendant six mois.

Après il m'a permis de partir. Les femmes, on les met en prison plusieurs jours, sans boire ni manger, puis on leur demande si elles veulent rester là ou se prostituer. »

[Caso Nice, 2017]

« C'est des fous. Tout le monde a une arme là-bas. On peut mourir à tout moment. On peut se prendre une balle dans le pied pour un oui ou pour un non. Lui, il a déjà pointé plusieurs fois son arme sur ma tête. »

[Caso Nice, 2017]

Par ailleurs, le fait de vivre à la rue, d'être seul et d'être en demande d'asile sont fortement associés à la présence de troubles d'ordre psychologique (tableau 14). Veisse et al. rappellent que le poids de la détresse sociale, associée en partie à la précarité administrative, aux conditions de vies et aux incertitudes liées à l'avenir reste indéniable sur la gravité des troubles psychiques chez les personnes exilées [Veisse 2018]. Les soignants témoignent de fréquentes décompensations de syndromes psycho-traumatiques et de dépressions lors de la détérioration de la situation socio-administrative ou des rejets de demande d'asile qui, rappelons-le, concernent 2 demandeurs sur 3.

Le rejet de la demande d'asile constitue une violence administrative particulièrement dévastatrice, car il est vécu comme un désaveu, annihile tout espoir de reconstruction et a bien souvent un effet pathogène. Dans le même esprit, le refus de reconnaissance de la minorité chez les mineurs non accompagnés est tout aussi dévastateur. À ce titre, il convient de souligner que davantage de troubles psychologiques ont été diagnostiqués chez les enfants et adolescents non accompagnés²⁹ accueillis dans les Casos de MdM par rapport aux autres mineurs (11 % vs 3,4 %). Comme le souligne le récent rapport commun de Médecins du Monde et du Centre Primo Levi : « la santé mentale de ces mineurs est particulièrement dégradée en raison de leur parcours de vie souvent extrêmement douloureux » [Centre Primo Levi 2018]. Les soignants de MdM témoignent de séquelles sévères en lien avec les violences subies chez ces jeunes. Il est impératif de porter une attention particulière à la prise en charge de leur souffrance psychique pour que ces jeunes puissent bénéficier d'un suivi et d'un parcours de soins adapté dans les structures de droit commun.

Chez les personnes accueillies dans les programmes de MdM, on constate que la fréquence des troubles d'ordre psychologique augmente avec la durée de résidence en France. Ces résultats mettent en évidence que les conditions de vie et d'accueil ainsi que la complexité des démarches pour l'accès aux droits et aux soins conduisent à la décompensation et/ou la persistance des problèmes de santé mentale. Ainsi, il y a nécessité de mettre en place des prises en charge adaptées (bilan de santé somatique et psychique, dispositifs facilitant l'entrée dans le soin, renforcement des structures CMP et CMPP, développer les compétences des professionnels de santé autour du psycho-trauma et les lieux d'accueil et de prise en charge des patients en souffrance...). Pour beaucoup de migrants, l'arrivée en France est un moment d'incertitude et d'insécurité qui peut durer de nombreuses années. L'étude Parcours, réalisée auprès des migrants d'Afrique subsaharienne révèle que plus de la moitié des personnes interrogées n'ont accédé à un premier titre de séjour d'une durée minimale d'un an qu'au bout de trois ans en France ; par ailleurs, pour la moitié d'entre eux, l'accès au logement personnel n'est possible qu'après deux années de présence [Gosselin 2016]. Au total, six ans après l'arrivée en France, la moitié des migrants d'Afrique subsaharienne n'ont toujours pas les trois éléments de sécurité que sont un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel et un travail. Cette même étude démontre que le fait de ne pas avoir de titre de séjour est particulièrement anxiogène chez les ressortissants étrangers masculins [Pannetier 2017]. Leur inquiétude peut être liée à la peur d'être arrêté et donc expulsé, et celle d'échouer dans le parcours migratoire, ces derniers faisant plus souvent l'objet de contrôles policiers dans l'espace public que les femmes [Jobard 2013].

Par ailleurs, l'étude Parcours, menée pour une partie auprès des ressortissants subsahariens vivant avec le VIH ou l'hépatite B, révèle que ce sont davantage les éléments du parcours migratoire que la maladie qui semblent avoir un rôle déterminant sur l'état de santé mentale des personnes [Pannetier 2017]. Ces résultats mettent en évidence « le rôle psycho-traumatique des conditions d'adversité sociale rencontrée dans les pays d'accueil par les migrants » [Aragona 2012].

S'il existe dans le droit commun une offre diversifiée pour les personnes souffrant de troubles d'ordre psychologique (en ambulatoire, en hébergement, en hospitalisation, en action mobile), elle reste insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins. Par ailleurs, la prise en charge des patients allophones reste fortement problématique.

Les questions de l'interculturalité, dans le dépistage, de l'identification des troubles ou du traitement des patients sont rarement prises en compte et le recours à l'interprétariat reste encore rare, alors même que les interprètes professionnels demeurent la seule et la plus importante ressource pour assurer l'accès à des soins de santé mentale

de qualité [Feldman 2006]. À ce titre, Chambon et al. rappellent que « le droit à comprendre et à se faire comprendre dans sa langue maternelle ou usuelle apparaît comme une condition pour construire un système de santé égalitaire » [Chambon 2016] alors même que nombre de soignants ne font que rarement, voire jamais, appel à un interprète (cf. encart page 49).

Il convient en premier lieu de mettre en place un accueil respectant les droits fondamentaux des personnes, dont leur sécurité et leur intégrité physique et psychique. Il s'agit ensuite, pour une meilleure prise en charge, de développer pour les populations confrontées à de multiples vulnérabilités en santé des lieux identifiés, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie. Pour cela, les différents dispositifs existants [Pass, équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP), centre médico-psychologique (CMP), lits d'accueil médicalisé (LAM), lits halte soins santé (LHSS)...] doivent être renforcés et leur offre de soins adaptée aux populations précaires et migrantes avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel. Les types de prises en charge seraient également à diversifier, en développant par exemple des consultations transculturelles, des activités psychosociales collectives, de l'art-thérapie, etc.

À ce titre, MdM suivra de près la création, annoncée à la fin 2017 de 10 unités de prises en charge du psycho-traumatisme, de structures ambulatoires de consultations et de soins ouvertes à toute personne exposée à des violences, et rappelle qu'elles devront être accessibles aussi aux migrants dépourvus de couverture maladie.

Dans le rapport précédemment cité, Médecins du Monde et le Centre Primo Levi alertent sur cet enjeu de santé publique qu'est la souffrance psychique des exilés et font de nombreuses propositions pour améliorer la prévention et la prise en charge de ce problème de santé [Centre Primo Levi/2018³⁰].

TABLEAU 14 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES ÉTRANGERS ACCUEILLIS DANS LES CASO, 2017

	%	n	OR
Ensemble des patients	8,5	1 170	
Sexe			
- Homme	9,4	815	réf.
- Femme	6,9	355	0,9 ^{ns}
Âge			
- Moins de 18 ans	5,2	119	0,7 ^{***}
- 18-39 ans	10,3	772	réf.
- 40-59 ans	7,9	237	1,0 ^{ns}
- 60 ans et plus	4,1	41	0,6 ^{**}
Seul (célibataire ou mineur isolé)			
- Non	4,9	180	réf.
- Oui	10,0	878	1,5 ^{***}
Logement			
- Personnel	5,8	33	1,0 ^{ns}
- Hébergé	7,7	561	réf.
- Squat, campement	6,7	62	0,9 ^{ns}
- Sans domicile fixe	12,0	399	1,3 ^{***}
Durée de résidence en France			
< 1 an	8,4	858	réf.
De 1 à 3 ans	9,1	149	1,2 [*]
3 ans et plus	9,5	142	1,4 ^{***}
Demande d'asile en cours			
- Non	7,6	829	réf.
- Oui	11,9	341	1,4 ^{***}
Victime de violences			
- Non	6,9	837	réf.
- Oui	19,9	333	2,8 ^{***}

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

Modèles multivariés réalisés sur 11 733 étrangers reçus en consultation médicale et ayant répondu à l'ensemble des items.

Lecture : toutes choses égales par ailleurs, les étrangers victimes de violences ont 2,8 fois plus de risque de présenter une pathologie psychologique ou psychiatrique par rapport aux autres patients étrangers (p<0,1 % et OR=2,8).

DES POPULATIONS PARTICULIÈREMENT EXPOSÉES AUX VIOLENCES : DES CONSÉQUENCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES INÉVITABLES SUR LA SANTÉ

« Oui, je prends les médicaments parce que j'avais subi des violences dans mon pays, j'ai des problèmes de règles [...] parce tout est abîmé parce que les tortures que j'ai subies dans mon pays, et les dents se cassent en morceaux. »

[Caso Grenoble, 2018]

« M. E. est nigérian. Il a été victime d'une bombe posée dans l'église où son père présidait une cérémonie. Il y a eu beaucoup de morts. Il s'en est sorti après plusieurs mois de coma. Il souffre toujours d'acouphènes, et présente des trous de mémoire. Ses nuits sont remplies de cauchemars où on lui parle : il voit des gens qui pleurent et beaucoup d'enfants morts. Il pense tout le temps au passé. Il se réfugie la nuit près de la gare ou dans un bâtiment inachevé. »

[Caso de Bordeaux, 2017]

Les études indiquent que les migrants sont particulièrement exposés aux actes de violence, même une fois arrivés en Europe [Canut 2017 / MdM 2014, FTDA 2018]. Ces violences ne se résument pas seulement aux chavirements des embarcations de fortune en Méditerranée, mais sont également constituées de coups, de brimades, de disparitions de proches et d'épuisement lors des parcours migratoires. Ces violences physiques s'accompagnent régulièrement de violences verbales, institutionnelles et politiques, particulièrement dans les espaces de « transit » qui jalonnent les parcours migratoires [Canut 2017], mais également dans les pays dits « d'accueil ». La récente étude de FTDA rappelle, par exemple, que « les femmes demandeuses d'asile et réfugiées restent exposées à de nombreuses situations de violence une fois en France ». Leurs conditions d'accueil et leur situation administrative souvent précaires les exposent à toutes formes de violence tels que harcèlement, attitudes de rejet, agressions physiques, vols, situation d'exploitation, mariage ou grossesse arrangés pour obtenir plus facilement un hébergement ou un titre de séjour, prostitution de survie [FTDA 2018, Freedman 2016]...

Dans les Casos de MdM, ce sont près de 2000 personnes qui ont déclaré avoir été victimes de situations violentes en 2017. **Les situations les plus fréquemment évoquées sont le fait d'avoir été victime de menaces physiques, de torture ou d'emprisonnements pour des idées, d'avoir souffert de la faim ou encore le fait d'avoir été victime de violences de la part des forces de l'ordre.** Dans la plupart des cas et lorsqu'il s'agit de patients étrangers, les situations de violences ont été subies dans le pays d'origine, voire quelquefois au cours du trajet les menant en France. Nous notons cependant **un nombre élevé de personnes indiquant avoir souffert de la faim une fois arrivées en France.** Les ressortissants d'Afrique subsaharienne sont particulièrement exposés aux violences par rapport aux ressortissants d'autres groupes continentaux, ainsi que les personnes vivant à la rue, en squat ou en bidonville par rapport aux personnes disposant d'un hébergement personnel.

Les professionnels de santé ont un rôle important dans le repérage de la violence subie et l'identification des conséquences de celle-ci. Ce constat s'applique non seulement aux syndromes de stress post-traumatique (SSPT) qui sont bien connus, mais également à des symptômes moins spécifiques tels que dépression, angoisse, insomnies, céphalées, irritabilité...

Les patients victimes de violences doivent par conséquent pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique (sociale, psychologique, médicale...), voire – dans certains cas – faire l'objet d'un signalement.

À ce titre, plusieurs rapports mettent en évidence l'absence de formation systématique des professionnels aux problématiques de violences [FTDA 2018, HCE 2017(b)], qui peut se traduire comme l'évoque FTDA par « une invisibilisation des violences subies ».

Face à ces constats, il convient donc de mettre en œuvre une véritable politique d'accueil des migrants et de s'assurer d'une prise en compte systématique des vulnérabilités et des violences.

L'INTERPRÈTE PROFESSIONNEL, ACTEUR INDISPENSABLE À LA BONNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ALLOPHONES

La complexité du système de santé, la méconnaissance des dispositifs de prise en charge et les barrières linguistiques et culturelles entravent l'accès des personnes allophones vulnérables à la prévention et aux soins. En 2017, **33 % des patients ont déclaré avoir besoin d'interprétariat pour leur consultation lors de leurs visites dans les Casp**. Cet écart linguistique est l'une des principales causes des disparités en matière de santé [Pottier 2011].

Recourir à l'interprétariat permet donc de faciliter l'accès aux soins et à la prévention, en levant la barrière linguistique. Cependant, c'est le recours à l'interprétariat professionnel qui représente un intérêt certain pour les uns et les autres. En effet, la charte de l'interprétariat médical et social professionnel adoptée en 2012 stipule que « l'interprétariat médical et social garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins ». De même, il « garantit aux professionnels des domaines concernés les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions ». Ainsi, en ce sens, l'interprétariat professionnel est un outil indispensable de l'accès à la santé, de la qualité des pratiques et de l'autonomisation des personnes.

L'interprète s'attache à réduire l'écart existant entre les professionnels du soin et du social et le patient. Il se situe entre des acteurs qui ont des représentations et des intérêts différents.

En santé mentale, l'interprète peut parfois être vu comme cothérapeute dans la mesure où il possède un savoir linguistique et socio-culturel spécifique qui peut être utilisé pour éclairer le processus thérapeutique [Boivin 2011]. Le recours à l'interprète transforme la dynamique traditionnelle du colloque singulier de la consultation médicale et du processus thérapeutique de la consultation psychologique. Il n'y a plus deux acteurs en présence mais bien trois et l'interprète endosse un rôle dans cette dynamique tripartite, participant ainsi à la mouvance dynamique du fonctionnement traditionnel. En effet, opérer le passage d'une langue à l'autre,

d'un univers culturel et social à un autre s'accompagne d'un fort investissement subjectif, en plus de compétences linguistiques et de la connaissance du contexte médico-psycho-social [Comede 2015]. Les ajustements continuels auxquels l'interprète doit faire face en font un professionnel particulier dans l'équipe socio-sanitaire. Cependant, les rôles de l'interprète sont encore à définir, car bien souvent ils vont au-delà de la conversion linguistique et ils se dessinent dans un questionnement identitaire de ce professionnel de l'interculturalité. C'est ainsi un collaborateur particulier qui peut endosser tour à tour les rôles d'accueillant et de soutien du patient, de partenaire et de coconstructeur de la réflexion thérapeutique, de référent linguistique et de codiagnosticien [Delizée 2016]. La diversité des positionnements décrits ci-dessus est en contradiction avec la plupart des codes déontologiques qui prônent une position unique : celle d'un convertisseur linguistique qui tend à s'effacer au maximum [Bancroft 2005].

La budgétisation de l'interprétariat dans les structures dédiées à l'accueil des personnes allophones est une gageure. Les programmes de MdM font appel aux services d'interprétariat professionnel par téléphone ou en présentiel quand cela est possible. Ils font également appel aux services rendus par des bénévoles ou parfois, mais ce n'est pas souhaitable, par la famille ou les amis des personnes. On perd alors la règle de confidentialité qui doit primer dans la relation de soins.

L'interprète représente, dans les faits, le traducteur entre deux mondes culturels et sociaux. Sa place parmi les autres professionnels est indispensable, en tant qu'élément indiscutable de l'accès aux soins pour les migrants. À ce titre MdM se réjouit que l'interprétariat linguistique ait été reconnu par la loi de Modernisation de notre système de santé en janvier 2016. Cette reconnaissance a conduit à l'élaboration par la Haute autorité de santé (HAS) d'un référentiel de compétences, de formations et de bonnes pratiques pour l'exercice de l'interprétariat linguistique professionnel auprès des personnes peu ou non francophones, ainsi que les bonnes pratiques à respecter [HAS 2017].

4. LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION

LES POINTS ESSENTIELS

→ La couverture vaccinale des patients reçus dans les Caso est faible, avec des taux qui varient de 33 à 53 % chez les plus de 15 ans et de 59 à 76 % parmi les moins de 15 ans.

→ Les taux de vaccination sont plus faibles chez les patients étrangers.

→ Les personnes en situation de logement les plus précaires présentent des niveaux de vaccination plus faibles.

50

D'une manière générale, les taux de couverture vaccinale des personnes reçues dans les Caso sont faibles. Parmi les personnes de plus de 15 ans, seules un peu plus d'un tiers disposent d'une vaccination à jour pour la coqueluche, le ROR et l'hépatite B et 1 sur 2 est à jour pour le tétanos, la diphtérie, la polio et le BCG (*tableau 15*). Pour les enfants de moins de 15 ans, la couverture vaccinale est un peu meilleure, même si elle reste insuffisante : près de 8 enfants sur 10 sont à jour pour le DTP, 7 sur 10 sont à jour pour le BCG, le ROR et la coqueluche et moins de 6 sur 10 pour l'hépatite B. L'absence de vaccination et/ou la méconnaissance du statut vaccinal sont particulièrement marquées chez les enfants et adolescents non accompagnés par rapport aux autres enfants du même âge.

Ces taux de couverture sont très en-dessous de ceux retrouvés en population générale [*Guthmann 2007 & 2015, Antona 2007*] et bien en deçà des objectifs de santé publique, qui permettraient de garantir une protection efficace à

l'ensemble de la population, alors même que les enfants rencontrés sur les programmes de MdM sont ceux considérés à risque élevé de tuberculose³¹ en particulier, et devraient donc faire l'objet d'une vaccination pour le BCG.

Selon l'analyse multiple réalisée sur les jeunes de 15 ans ou plus (*tableau 16*), on constate que les taux de couverture vaccinale sont fortement associés aux conditions de logement : ainsi les enfants vivant à la rue ont une probabilité plus de trois fois supérieure de ne pas être à jour de leurs vaccinations par rapport aux enfants ayant un domicile personnel. Les faibles taux de couverture vaccinale dans ces populations imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit avec les principaux services publics concernés. Il s'agit alors d'informer et de faciliter l'accès des publics concernés aux services publics par des démarches de médiation adaptées et des actions de proximité (telles que des vaccinations sur site en cas d'épidémie). Alors que l'objectif de réduction des inégalités de santé est inscrit dans la stratégie nationale de santé, rien n'est dit dans la loi de Santé³² adoptée en janvier 2016 sur les dispositifs de prévention pour les plus précaires. À titre d'exemple, les centres de PMI, qui jouent un rôle central en matière de prévention auprès des mères et des enfants, parviennent aujourd'hui difficilement à répondre aux besoins et sont fragilisés voire menacés, faute de moyens suffisants. Ainsi, plusieurs départements ont fermé des centres ou les ont réduits à de simples permanences.

MdM milite pour un renforcement des structures de proximité, telles que les PMI qui constituent un centre de premier recours ayant un rôle primordial en matière de prévention pour les femmes et les enfants et dont il convient de réaffirmer les missions, de valoriser les atouts et de sécuriser l'avenir.

(31) Les enfants à risque élevé de tuberculose sont ceux résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte, ou nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse ou dont l'un des parents est originaire de ces pays : Afrique, Asie, Amérique centrale et du Sud, Proche et Moyen-Orient, Russie et pays de l'ex-URSS, Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie [*Source : Inpes*].

(32) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé.

TABLEAU 15 - VACCINATIONS « À JOUR »¹ DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO SELON LEUR ÂGE, 2017

	≤ 15 ans		> 15 ans	
	%	n	%	n
Diphthérie/Polio	76,0	733	52,5	3 557
Tétanos	75,7	728	53,1	3 636
Coqueluche	66,2	507	33,4	1 592
ROR	65,8	547	36,6	1 878
BCG	72,4	601	53,0	2 928
Hépatite B	58,6	448	33,0	1 733

Taux de réponse : ROR : 36,2 % ; tétanos : 47,4 % ; DP : 47,1 % ; BCG : 38,6 % ; Hépatite B : 36,6 % ; coqueluche : 33,6 %.

(1) Sont considérés comme « à jour » de leurs vaccinations les patients pouvant présenter un carnet de vaccination ou ceux pour lesquels les médecins ont de bonnes raisons de penser que leurs vaccins sont à jour.

TABLEAU 16 : FACTEURS ASSOCIÉS À LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS DE 15 ANS ET MOINS CONSULTANT DANS LES CASO, 2017

	DTP			ROR			BCG			Hépatite B		
	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹
Sexe												
- Garçon	69,9	388	réf.	60,4	285	réf.	68,2	326	réf.	53,3	242	réf.
- Filles	83,4	336	1,6*	73,0	262	1,1 ^{ns}	78,1	275	1,3 ^{ns}	66,5	206	1,1 ^{ns}
Âge												
- Moins de 7 ans	82,4	392	réf.	73,3	310	réf.	79,2	334	réf.	69,5	264	réf.
- 7-10 ans	88,5	146	1,2 ^{ns}	77,9	116	1,1 ^{ns}	81,7	116	0,8 ^{ns}	73,0	92	1,0 ^{ns}
- 11-15 ans	58,7	186	0,3 ^{***}	46,7	121	0,3 ^{***}	56,8	151	0,3 ^{***}	35,7	92	0,2 ^{***}
Logement												
- Personnel	90,7	68	réf.	76,5	52	réf.	81,8	54	réf.	68,4	39	réf.
- Hébergé	76,0	231	0,3 ^{**}	68,0	183	0,6 ^{ns}	71,9	189	0,5 ^{ns}	59,3	144	0,7 ^{ns}
- Squat, campement	68,1	77	0,3 ^{**}	61,1	58	0,5 ^{ns}	71,0	71	0,5 ^{ns}	52,8	48	0,6 ^{ns}
- Sans domicile fixe	68,4	143	0,3 ^{**}	54,2	96	0,4 ^{**}	65,1	114	0,4*	45,5	75	0,5*
Nationalité												
- Français	88,2	45	réf.	81,4	35	réf.	84,6	33	réf.	78,1	32	réf.
- Étranger	74,9	679	1,1 ^{ns}	65,0	512	1,3 ^{ns}	71,8	568	1,3 ^{ns}	57,5	416	1,0 ^{ns}

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

(1) Odds Ratio ajustés sur l'ensemble des variables du tableau (attention : OR surestimés par rapport aux risques relatifs, ils servent uniquement ici d'indicateurs du degré d'association relatif).

Lecture : toutes choses égales par ailleurs, les enfants de 15 ans et moins ont plus de risque de ne pas avoir fait le vaccin DTP s'ils vivent à la rue que s'ils vivent dans un logement personnel (OR : 0,3 ; p<0,01).

5. LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES B ET C ET DES IST AUPRÈS DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, seul un quart des patients accueillis dans les Caso connaissent leur statut sérologique pour le VIH, 20,4 % pour l'hépatite C et 18,4 % pour l'hépatite B.

→ Les personnes originaires d'Asie et d'Europe (hors UE) ont les plus faibles niveaux de connaissance de leur statut sérologique.

→ 1 472 personnes ont été dépistées pour le VIH et 859 pour le VHC à l'aide d'un Trod.

« On aborde la prévention par la vaccination [...] la plupart du temps les personnes ne savent pas ce qu'est la prévention, donc on discute ensemble sur divers sujets. On parle de la vaccination puis on enclenche sur la prévention par le dépistage du VIH et du VHC et si la personne explique avoir pris des risques on lui propose le Trod. Les personnes refusent rarement de faire le dépistage et celles qui n'ont pas le temps reviennent souvent la semaine suivante pour le faire. Les personnes sont très intéressées car la réponse est immédiate [...] »

[Caso de Lyon]

Les populations accueillies dans les Caso sont souvent originaires de zones de fortes endémies des maladies infectieuses, telles que les hépatites B et C ou le VIH, et plus globalement les infections sexuellement transmissibles (IST). De plus, leur parcours migratoire s'accompagne de risques multiples. Leur passage dans les Caso est donc une opportunité de faire un bilan sur leur santé et d'aborder, au même titre que leur situation vis-à-vis des vaccinations, la question du dépistage des IST afin de les orienter le cas échéant vers un dépistage. Ces questions sont particulièrement importantes à aborder d'autant plus que pour de

nombreux patients la consultation au Caso est souvent l'unique occasion d'accéder à la prévention et aux soins.

Parmi les personnes reçues en consultation médicale, 39 % ont été interrogées sur la réalisation de dépistages sérologiques pour les hépatites et le VIH au cours de leur vie. Parmi elles, 1 sur 5 connaissait son statut sérologique pour les hépatites et 1 sur 4 pour le VIH. Ces résultats mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes fréquentant les Caso (tableau 17).

TABLEAU 17 - CONNAISSANCE DES STATUTS SÉROLOGIQUES (VHB, VHC, VIH) DES PERSONNES REÇUES EN CONSULTATION MÉDICALE GÉNÉRALISTE DANS LES CASO, 2017 (% EN LIGNE)

% en ligne	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
Statut sérologique connu lors de la 1 ^{re} visite en Caso	18,4	1 182	20,4	1 310	25,6	1 643

Le défaut de connaissance des statuts sérologiques est plus important parmi les ressortissants étrangers que parmi les Français. Ainsi, seul un quart des adultes étrangers connaissent leur statut sérologique pour le VIH contre 44,4 % des Français et moins de 20 % connaissent leur statut vis-à-vis des hépatites contre plus de 40 % des Français. C'est parmi les ressortissants originaires d'Asie, d'Europe (hors UE) et du Maghreb que les niveaux de connaissances sont les plus faibles. Ces résultats ont déjà été mis en évidence dans des études récentes qui révèlent une moindre connaissance sur le VIH et les hépatites des populations migrantes ainsi qu'une plus faible perception des risques liés au VIH [Pauti 2016, Sahajian 2005, Lopez-Quintero 2005, Prost 2008, Carnicer-Pont 2009]. Toutefois, la durée de séjour en France est un élément déterminant pour l'accès au dépistage du VIH chez les ressortissants étrangers, avec une augmentation significative du nombre d'étrangers connaissant leur statut sérologique au-delà d'une année passée en France (tableau 18). Les mêmes constats ont été faits pour la connaissance du statut sérologique pour le VHB et le VHC dans une étude récente [Pauti 2016].

Les femmes ont une meilleure connaissance de leur statut sérologique vis-à-vis du VIH que les hommes. Ce résultat est probablement lié aux opportunités de dépistage plus nombreuses notamment lors des grossesses. Par ailleurs, la connaissance du statut sérologique VIH est particulièrement faible parmi les mineurs.

TABLEAU 18 - CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À LA CONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE VIH PARMIS LES ÉTRANGERS REÇUS EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2017 (% EN LIGNE)

	VIH		OR ¹
	%	n	
Ensemble des patients étrangers	25,1	1 571	
Sexe			
- Homme	23,0	945	réf.
- Femme	29,1	626	1,3***
Âge			
- < 18 ans	8,1	64	0,3***
- 18-29 ans	24,8	500	réf.
- 30-39 ans	31,2	568	1,4***
- 40-59 ans	29,0	371	1,4***
- 60 ans et plus	19,3	67	0,7*
Logement			
- Personnel	24,0	50	réf.
- Hébergé	27,3	946	1,1 ^{ns}
- Squat, campement	19,4	89	0,9 ^{ns}
- Sans domicile fixe	22,9	349	0,9 ^{ns}
Groupe continental			
- Union européenne (hors France)	18,6	88	réf.
- Europe (hors UE)	15,0	48	0,8 ^{ns}
- Afrique subsaharienne	30,6	1 143	2,2***
- Maghreb	17,0	173	0,8 ^{ns}
- Proche et Moyen-Orient	18,2	55	0,9 ^{ns}
- Asie	13,8	50	0,6**
- Océanie et Amériques	31,8	14	2,2*
Durée de résidence en France			
- < 1 an	24,0	1 130	réf.
- Entre 1 et 3 ans	25,7	195	1,2*
- 3 ans et plus	34,5	232	1,9***

Modèle multivarié réalisé sur 5 406 patients majeurs d'origine étrangère ayant répondu à l'ensemble des items.

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

(1) Odds Ratio ajustés sur l'ensemble des variables du tableau (attention : OR surestimés par rapport aux risques relatifs, ils servent uniquement ici d'indicateurs du degré d'association relatif).

Lecture : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de connaître son statut sérologique vis-à-vis du VIH est 1,3 fois plus élevée pour les femmes par rapport aux hommes (OR : 1,3 ; p<0,001).

« M., jeune femme homosexuelle vivait avec une autre femme dans un village au Cameroun. Un jour, l'armée est arrivée [...], ils l'ont tous violée et l'ont laissée pour morte. "À l'hôpital on m'a soignée mais on m'a vite remise dehors, sans un mot" [...]. Elle s'est sauvée, avec l'aide d'amis qui lui ont donné de l'argent pour partir car elle était en danger. Elle est arrivée à Lyon en plein hiver. Quand je lui ai parlé du dépistage, elle m'a répondu qu'il fallait qu'elle le fasse, elle était comme résignée. Quand je lui ai annoncé que le test était positif elle m'a répondu : "Tu sais, je crois que c'est pour ça qu'ils m'ont mis dehors à l'hôpital" »

[Caso de Lyon, 2017]

Il est reconnu que les conditions de vie précaires constituent un premier obstacle au dépistage pour ces populations, qui ont bien souvent d'autres priorités à gérer (trouver un logement, de quoi se nourrir, un emploi...) que leur santé [Burns 2007, Fakoya 2008, Chappuis 2015, Pauti 2016].

Par ailleurs, la méconnaissance des systèmes de soins et de droits, la barrière de la langue, le fait de vivre à la rue, d'être dans une situation de grande précarité ainsi que le contexte de répression policière à l'encontre des étrangers en situation irrégulière, des usagers de drogues et des clients des travailleurs du sexe sont autant de facteurs qui renforcent les difficultés d'accès à la prévention et au dépistage et augmentent les prises de risques. Même si les préservatifs restent les remparts les plus efficaces pour lutter contre le VIH et autres IST, certains peuvent avoir des difficultés à les utiliser, à y avoir accès ou à en négocier l'utilisation.

En France, on estime à environ 153 000 le nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité au VIH. Parmi celles-là, 40 % seraient des personnes hétérosexuelles nées à l'étranger [Supervie 2016]. Or, au cours de la période où les personnes ignorent leur séropositivité, le risque de transmission de l'infection aux partenaires est élevé du fait de l'importance de la quantité de virus présente dans le sang en l'absence de traitement. Les populations migrantes et/ou en situation de précarité sont particulièrement vulnérables face aux pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites B et C ou la tuberculose. L'amélioration de l'accès au système de santé de droit commun et la proposition de dépistages répétés annuellement sont nécessaires pour les personnes migrantes dès leur arrivée en France. En effet, selon les résultats de l'étude Parcours, on estime que 44 % des hommes et 30 % des femmes séropositifs pour le VIH nés dans un pays d'Afrique subsaharienne ont été infectés en France et que 39 % d'entre eux l'ont été plus de six ans après leur arrivée [Limousi 2017].

Ainsi, on voit bien toute la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention en direction des populations en situation de précarité et de faciliter leur accès au système de soins et de prévention.

La promotion du dépistage chez les personnes reçues dans les différents programmes de MdM fait l'objet d'une attention particulière autant pour le VIH que pour le VHC notamment par l'intermédiaire de Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

Certaines équipes proposent aux patients des entretiens de prévention individualisés ou des animations collectives et les orientent vers des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des laboratoires de biologie médicale de ville ou des Centres d'examen de santé (CES). En 2017, plus de 24 000 personnes ont été concernées par des actions de prévention et plus de 3 600 entretiens individuels ont été réalisés. Par ailleurs, 1 472 personnes ont bénéficié des Trod VIH et 859 personnes des Trod VHC³³, en 2017.

MdM recommande d'accentuer les actions de prévention et de dépistage et de développer des stratégies d'« aller vers » en direction des populations en situation de précarité et/ou migrantes.

(33) Les dépistages à l'aide de Trods sont proposés dans les Casos de Bordeaux, Lyon, Nancy, Nice, Pau, Rouen, Strasbourg et Toulouse, ainsi que sur les programmes de réduction des risques de Guyane, Paris (Lotus bus), Metz et Bayonne.

02

L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN



1. QUEL ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS POUR LES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO ?

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, si 7 personnes sur 10 reçues dans les Caso pouvaient théoriquement bénéficier d'une couverture maladie, seules 13 % disposaient d'une couverture maladie lors de leur première visite.

→ Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée puisque deux tiers des étrangers résidant en France depuis plus de dix ans ne disposent toujours pas de couverture maladie lors de leur première visite au Caso.

→ Près de la moitié des patients reçus en consultation médicale présentent un retard dans leur prise en charge médicale ; près de 2 patients sur 5 nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente selon le diagnostic du médecin.

58

En 2017, la très large majorité du public accueilli dans les Caso ne dispose pas de couverture maladie. En effet, seuls 13,3 % des personnes disposent d'une couverture maladie en France, quelle que soit leur situation administrative, lorsqu'elles viennent pour la première fois au Caso ; alors même que 7 personnes sur 10 relèvent théoriquement d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative³⁴ (tableau 19).

Enfin, **près de 30 % des personnes rencontrées dans les Caso restent exclues de tout dispositif de couverture maladie, dans la plupart des cas en raison du critère de résidence de plus de trois mois à démontrer³⁵ depuis 2005** pour pouvoir bénéficier de l'AME.

L'accès aux soins pour ces populations dépourvues de couverture maladie reste alors possible uniquement par le biais des PASS lorsqu'elles existent et sont fonctionnelles (cf. encart page 59) ou via le Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) qui ne concerne que les « soins urgents dont l'absence de prise en charge mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. [...] Doivent aussi être considérés comme urgents 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 le sida, par exemple). [...] » qui sont dispensés dans un hôpital et dont l'appréciation de l'urgence est laissée aux seuls médecins.

TABLEAU 19 - DROITS THÉORIQUES ET EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO¹, 2017

	Droits théoriques		Droits effectifs	
	%	n	%	n
Assurance maladie (PUMa)	26,9	5 397	6,2	1 337
AME	42,8	8 598	5,2	1 132
Couverture de base européenne/VISA	1,2	252	1,9	421
Aucun droit à une couverture maladie	29,1	5 848	86,7	18 810

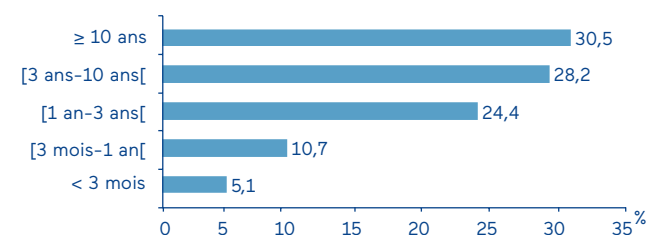
Taux de réponse : droit théorique : 82,6 % ; droits effectifs : 89,2 %.

(1) Situation au jour de la première visite.

Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée, dans la mesure où, parmi les étrangers résidant en France depuis plus de 10 ans, seuls 30 % disposent d'une couverture maladie lorsqu'ils se présentent au Caso (figure 8).

Ces résultats mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de précarité pour faire valoir leurs droits et en assurer la continuité, dans le temps. Ces difficultés augmentent les risques de non recours aux droits et aux soins comme le soulignait récemment le Défenseur des droits [DDD 2014].

FIGURE 8 - PART DES ÉTRANGERS DISPOSANT DE DROITS THÉORIQUES ET AYANT DES DROITS OUVERTS SELON LEUR DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE¹, CASO, 2017



(1) Situation au jour de la première visite.

(34) Au jour de leur première visite, 43 % relèvent de l'AME et un peu plus d'un quart de l'assurance maladie ; moins de 2 % dépendent d'un système de protection sociale d'un autre pays européen ou d'une assurance privée souscrite lors d'une demande de visa.

(35) Les caisses étant par ailleurs de plus en plus exigeantes dans l'examen des preuves apportées.

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ : DES DISPOSITIFS À HARMONISER ET À RENFORCER

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) constituent un dispositif créé par la loi du 29 juillet 1998⁽³⁶⁾ dont l'objectif est de permettre l'accès aux soins ambulatoires de toute personne démunie au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital et de favoriser la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie de l'hôpital, en facilitant en particulier l'ouverture des droits à la couverture maladie. « Elles s'inscrivent dans le cadre des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et répondent à de multiples missions de service public qui incombent aux établissements de santé, parmi lesquels "la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre les exclusions et la discrimination, (...) les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, (...) les actions de santé publique"⁽³⁷⁾ ».

Les PASS sont très diverses en termes de modalités d'organisation et de prestations. Les PASS dites « dédiées » ou « centralisées » sont des services à part entière au sein des hôpitaux avec un emplacement et un personnel dédiés. Les PASS transversales n'ont pas de locaux dédiés, les patients sont pris en charge dans les différents services de l'hôpital en bénéficiant d'une prise en charge sociale au sein du service social hospitalier.

Près de quinze ans après leur création, elles étaient au nombre de 430 environ sur le territoire, contre 500 initialement prévues [Helfer 2014]. Selon une étude de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), en 2013 seules un quart des PASS satisfaisaient aux critères d'exigence fixés (à savoir : disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10 % de temps médical dédié, d'accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, de recours à l'interprétariat, de signalétique au sein de l'établissement, de protocoles entre les services de l'établissement...) [Helfer 2014].

« Mme N., en France depuis un an : "Mo, je suis allée au moins dix fois à l'hôpital pédiatrique pour l'angiome de mon enfant, j'ai toujours payé, je n'ai jamais vu une assistante sociale qui m'a dit que j'ai droit à une couverture maladie..." »

[Caso de Nice, 2017]

« M. R., en situation irrégulière : "J'ai très très mal à l'épaule depuis une semaine. Je suis allé à l'hôpital, on m'a demandé un chèque de caution de 250 €... je suis parti." »

[Caso de Nice, 2017]

Les équipes de MdM font le constat d'une mise en place des PASS inégalement effective selon les régions et les villes, avec pour certaines des dysfonctionnements persistants. De plus l'absence quasi générale de PASS dentaires, psychiatriques et pédiatriques reste une véritable carence.

Malgré une augmentation du personnel médical et paramédical au sein des PASS constatée depuis la parution de la circulaire de la DGOS en 2013⁽³⁸⁾ de nombreuses PASS restent saturées, certaines proposent des plages horaires trop restreintes pour les populations concernées, entraînant des risques de retard, voire de renoncement, aux soins des personnes en situation de précarité. Dans certaines PASS, les délais pour une prise de rendez-vous peuvent aller jusqu'à cinq semaines.

La méconnaissance de ces dispositifs, qui ont bientôt vingt ans, semble être en partie due à un *turn-over* trop important des équipes au sein des services des hôpitaux [Rivollier 2016].

La question de l'interprétariat professionnel par téléphone est centrale dans les PASS. Les professionnels y ont rarement recours pour diverses raisons : coût de la prestation, disponibilité des interprètes, difficultés à assurer les consultations avec une tierce personne au téléphone... Le recours à l'interprétariat « de fortune », souvent endossé par un proche des patients, ou via des sites de traductions sur Internet est alors fréquent. Ces situations peuvent générer des difficultés de compréhension, des malentendus et des problèmes de confidentialité (cf. encart page 49). Alors même qu'il est reconnu que le recours à l'interprétariat évite la multiplication des consultations, voire les errances ou les erreurs de diagnostics [Schwarzinger 2012] et par conséquent réduit les risques de retard de recours aux soins et de complications médicales dont les coûts humains et financiers sont sans aucune mesure avec le coût même de la traduction.

D'un point de vue financier, le budget des PASS est défini par les lois de financement de la Sécurité sociale. Les budgets attribués à chaque PASS sont répartis par les ARS en fonction de la taille de leur file active et des caractéristiques des territoires qu'elles couvrent. Intégrés dans les budgets des établissements de santé, ils peuvent parfois servir de variable d'ajustement pour combler des déficits au sein des hôpitaux et ne pas être affectés aux PASS [Geeraert 2017]. Les équipes des PASS n'ont pas forcément de visibilité sur le budget qui leur est attribué, ce qui peut être problématique pour assurer le bon fonctionnement de ces services, et en fine assurer des prises en charge pour les patients.



(36) Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

(37) Code de la santé publique, Partie législative, Sixième partie : établissements et services de santé, Livre 1^{er} : établissement de santé, Titre 1^{er} : organisations des activités des établissements de santé, Chapitre II : missions de service public des établissements de santé, article L.6112-1

(38) Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).



Par ailleurs sur certains territoires, la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie du dispositif semble complexe à cause des difficultés pour les personnels des PASS à pouvoir relayer la prise en charge des patients vers la médecine de ville du fait de la désertification médicale, cumulée parfois à des refus de soins pour les publics disposant de l'AME ou de la CMUc, ainsi qu'à la saturation de certains dispositifs de prise en charge médicale (LHSS, LAM...).

Face à ces constats, MDM appelle à poursuivre l'ouverture des PASS en France et à consolider celles existantes, notamment dans les villes où les indicateurs de précarité sont élevés. MDM rappelle, avec l'ODSE, que le dispositif doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement, possédant une couverture médicale incomplète ou sans droits ouverts aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale ; l'approche doit y être pluridisciplinaire, incluant le recours à des interprètes professionnels pour les personnes allophones et l'accompagnement dans les démarches nécessaires à l'effectivité des droits. Les soins délivrés à l'hôpital doivent être gratuits aux points d'accès (c'est-à-dire sans facturation à l'utilisateur) pour les personnes en situation de grande précarité, avec ou sans ouverture de droits effective au jour des soins comme prévu par la circulaire de 2013.

LE NON-ACCÈS AUX DROITS : SOURCE DE NON-RECOURS AUX SOINS

En 2017, près de la moitié (49,4 %) des patients reçus en consultation médicale présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins et 38,6 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents (tableau 20). Par ailleurs, 14 % des patients accueillis dans les Caso ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, dans près de 8 cas sur 10 pour des raisons financières.

Ces résultats sont confirmés par ailleurs dans des études qui mettent en évidence que le renoncement aux soins est avant tout motivé par l'absence de couverture maladie et les difficultés financières [Masullo 2006, Desprès 2013]. « La précarité économique et la nécessité de faire face aux problèmes du quotidien entraînent des difficultés à se projeter dans l'avenir ; pourvoir aux besoins de base est souvent prioritaire par rapport à ceux liés à la santé » [Geeraert 2014].

TABLEAU 20 – RETARD ET RENONCEMENT AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2017

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Retard de recours aux soins médicaux	49,4	3 552
Soins médicaux jugés urgents ou assez urgents	38,6	4 831
Renoncement aux soins au cours des douze derniers mois	14,0	2 056

Taux de réponse : retard aux soins : 50,2 % ; urgence des soins : 76,1 % ; renoncement aux soins : 60,4 %.

Face à ces résultats, un des facteurs décisifs à l'accès aux soins est donc bien l'existence d'une assurance maladie et son degré de couverture. Si la loi de 1998 portant la création de la CMU³⁹ a constitué un réel progrès, notre système de protection sociale reste encore éloigné du principe d'universalité puisque des systèmes différents existent selon le statut administratif. Il est également fragilisé par des mécanismes de transfert progressif des remboursements à des assurances privées ainsi que par les modalités très inflationnistes et inégalitaires de fixation des prix des médicaments (cf. encart page 61).

LE PRIX DES MÉDICAMENTS : LE NOUVEAU VISAGE DE L'INÉGALITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS EN FRANCE ET EN EUROPE

Depuis de nombreuses années, l'observatoire de l'accès aux soins de MdM documente les – déjà – trop nombreuses inégalités et ruptures dans l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables vivant dans les pays du Nord⁴⁰. Pourtant, il faudrait envisager une nouvelle façon de voir les choses en matière d'inégalité d'accès aux soins en France et en Europe.

En effet, la commercialisation des nouveaux traitements contre l'hépatite C, fin 2014, en Europe a conduit la quasi-totalité des gouvernements des pays européens à mettre en place des mesures de rationnement pour l'accès des personnes infectées chroniques par l'hépatite C à ces traitements. La raison ? Leur prix. Il a atteint des niveaux tellement élevés que les systèmes de sécurité sociale de nos pays ne peuvent pas payer la facture. L'OCDE avait elle-même sanctionné ce diagnostic inquiétant dans un rapport publié en janvier 2017 [OCDE, 2017]⁴¹. En France, les mesures de rationnement ont pris la forme d'arrêtés ministériels définissant des seuils d'éligibilité au bénéfice de ces traitements en fonction du degré de sévérité de la maladie – mesures administratives allant à l'encontre de toutes les considérations de santé publique, qu'il s'agisse du bénéfice individuel pour les personnes malades (guérison à plus de 90 % avec ces traitements) ou du bénéfice collectif pour les sociétés (éradication de la maladie si tout le monde est traité). En France toujours, les mesures de rationnement ont commencé à être assouplies à partir de juin 2016, soit un an et demi après la commercialisation de ces médicaments, pour ne disparaître définitivement qu'au 1^{er} avril 2017.

Mais au-delà de la situation singulière de l'hépatite C, ces traitements ont agi comme un révélateur d'une rupture plus générale dans l'accès aux soins pour les assurés sociaux en Europe lorsqu'il s'agit de nouveaux médicaments prescrits dans un milieu hospitalier. Si l'on considère le cancer, les perspectives

d'inégalités et de ruptures dans l'accès aux soins pour tout un chacun – et non plus seulement les plus vulnérables – sont effrayantes. On peut donner cet exemple très concret : les médicaments de la toute dernière stratégie thérapeutique en oncologie, connue sous l'expression de « Car-T ». Dans cette stratégie, il s'agit de prélever le matériel immunitaire d'une personne malade (lymphocytes), de modifier l'ADN de ces lymphocytes de façon à ce que les cellules, une fois réinjectées au patient avec une seule perfusion, ciblent directement les cellules cancéreuses. Les deux premiers médicaments de cette nouvelle stratégie thérapeutique ont obtenu leur autorisation de mise sur le marché aux États-Unis fin 2017, où ils sont facturés 475 000 dollars et 375 000 dollars la perfusion. L'Agence européenne du médicament a donné son feu vert fin juin 2018, et ils devraient donc bientôt arriver sur les marchés européens. Or, le modèle économique de l'industrie pharmaceutique mondiale repose sur la logique suivante : le prix de référence des marchés mondiaux est défini aux États-Unis, pays où les nouveaux médicaments sont d'abord commercialisés ; puis, lorsqu'ils arrivent en Europe, une décote d'environ 25 % est appliquée sur le prix américain. C'est exactement ce qui s'était passé avec le tout premier médicament contre l'hépatite C par qui le rationnement était arrivé : son prix de 41 000 euros en France correspondait plus ou moins à cette décote par rapport au prix américain. Or, avec ce prix, la Sécurité sociale en France n'avait pas été capable de garantir l'accès aux médicaments aux 200 000 personnes infectées à l'époque. La question est donc comment la Sécurité sociale pourra-t-elle garantir l'accès à des médicaments aux prix dix fois plus élevés pour une population malade du cancer dont le nombre est lui aussi dix fois plus élevé ?

Voilà le nouveau visage de l'inégalité et des ruptures d'accès aux soins en France et en Europe, aujourd'hui.

Pour lutter contre toutes les inégalités d'accès aux soins, MdM milite pour rendre la protection maladie réellement protectrice, universelle et accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, et ce quelle que soit leur situation administrative.

À ce titre, MdM s'est battu avec l'ODSE afin que la réforme de la PUMa instaurée au 1^{er} janvier 2016 garantisse les droits pour les étrangers en situation régulière. En effet, les premiers projets de décrets présentés aux associations limitaient l'ouverture des droits à la durée de validité du titre de séjour,

supprimant la durée incompressible d'un an de la CMU de base. Après de nombreuses alertes, l'ODSE a été entendu et le décret⁴² est venu confirmer la durée minimale d'un an après la fin de validité du titre. Ainsi, pour les étrangers la PUMa est en quelque sorte garantie douze mois après la fin de validité de leur titre de séjour (cf. encart page 62).

Par ailleurs, la CNAM développe et généralise dans les caisses un programme de lutte contre le non-recours et le renoncement aux droits, nommé PLANIR (plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures)⁴³. Initié et expérimenté depuis 2014 dans le département du Gard, puis

(40) Aldridge R., Miller A., Jakubowski B., Pereira L., Fille F. et Noret I., Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe, Rapport de l'Observatoire du réseau européen pour réduire les vulnérabilités en santé (Londres, 2017), <https://mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/>

(41) OCDE (2017), *New Health Technologies : Managing Access, Value and Sustainability*, Éditions OCDE, Paris, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/managing-new-technologies-in-health-care_9789264266438-en; <http://www.oecd.org/fr/sante/une-nouvelle-approche-s-impose-face-a-la-hausse-des-prix-des-medicaments.htm>

(42) Décret n° 2017-240 du 24 février 2017.

(43) <http://www.ladepeche.fr/article/2017/03/28/2545418-assurance-maladie-generalise-dispositif-lutte-contre-renoncement-soins.html>

élargi en 2015-2016 à 21 territoires, il consiste à repérer les situations de renoncement pour ensuite accompagner, avec leur consentement, les personnes jusqu'à leur prise en charge administrative mais également dans le système de soins. Les caisses sont aussi incitées à passer autant que faire se peut des conventions avec les acteurs institutionnels et associatifs de terrain. Si l'objectif de ce programme est intéressant, MdM est attentif à en suivre les effets réels et **réaffirme que l'ouverture des droits constitue une mission de service public**

de l'Assurance maladie, qui implique un accueil physique des personnes ainsi qu'un accompagnement matériel à la constitution administrative des dossiers. À ce titre, MdM souligne la tendance de l'Assurance maladie à déléguer à d'autres structures, publiques ou associatives, le travail d'accueil du public et de constitution des dossiers pour l'ouverture des droits et déplore la fermeture de nombreux points d'accueil physique sur tout le territoire⁴⁴. Ces restrictions ont des effets négatifs sur l'accès aux droits des personnes.

DEUX ANS APRÈS LA RÉFORME DE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE : DES OBSTACLES QUI S'ADDITIONNENT

Instaurée par la loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2016⁴⁵, la Protection universelle maladie (PUMa) est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 et remplace ainsi la CMU de base. Si cette réforme poursuivait des objectifs ambitieux (simplification des démarches, universalisation, autonomie et confidentialité dans la prise en charge des frais de santé, fin des ruptures de droits à chaque changement de régime), elle présente des risques importants pour les étrangers en situation régulière qui risquent de voir leurs droits à l'assurance maladie souffrir de nombreuses restrictions et ruptures.

Après avoir attendu près de deux ans la parution des textes d'application de cette réforme définissant la durée d'ouverture des droits et la régularité du séjour⁴⁶, une nouvelle difficulté a été identifiée, source de nombreuses ruptures de couverture complémentaire. En effet, selon les textes en vigueur⁴⁷, les droits à la couverture de base et à la couverture complémentaire ne peuvent être fermés avant douze mois suivant la fin du titre de séjour. Ainsi par exemple, si le titre de séjour d'une personne est de trois mois, sa couverture complète devrait être effective pendant quinze mois.

Entre juillet 2017 et février 2018, les associations ont constaté que de nombreuses caisses refusaient de renouveler les droits à l'assurance complémentaire à l'issue des douze mois et pour le nombre de mois restants (si l'on reprend notre exemple, 3 mois restant), considérant que le bénéficiaire était alors en situation irrégulière. Parallèlement, il n'était pas rare que ces mêmes caisses refusent une affiliation à l'AME, sous prétexte que ces mêmes bénéficiaires étaient toujours affiliés sociaux et qu'elles ne pouvaient pas fermer leurs droits (douze mois plus trois selon notre exemple), laissant ainsi de très nombreuses personnes avec une couverture de base mais sans la part complémentaire ; avec des conséquences financières très importantes pour les personnes hospitalisées.

Après de nombreuses discussions avec l'ODSE, le ministère de la Santé a finalement rappelé à l'ordre la Cnamts, confirmant la nécessité d'appliquer le renouvellement de CMUc pour le reliquat de temps courant jusqu'à la fin des douze mois suivant le début du séjour irrégulier. Le 02 mars 2018, Agnès Buzyn écrivait ainsi à l'ODSE :

« [...] je vous informe par la présente des consignes transmises à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) relative aux modalités de mise en œuvre de l'article R. 111-4 du code de la Sécurité sociale. [...] »

S'agissant du renouvellement des droits à la couverture universelle complémentaire (CMUc) pendant la prolongation des droits de base suivant l'expiration du titre de séjour de l'assuré, les consignes suivantes seront appliquées par les caisses afin d'éviter toute situation de rupture ou d'absence de prise en charge de soins durant cette période :

- La CMUc sera renouvelée jusqu'à la fin des droits de base, intervenant douze mois après l'expiration du titre, si les personnes ne présentent pas de nouveau titre de séjour entre-temps ;
- La CMUc sera renouvelée jusqu'à son terme de droit commun, intervenant douze mois après la date du renouvellement, si les personnes présentent un nouveau titre de séjour avant la fin des droits de base.

Il en va de même pour le renouvellement aux droits à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). »

Ce rappel à la loi est salubre, signe que la vigilance et mobilisation conjointe d'associations sont toujours nécessaires car les personnes confrontées à de multiples précarités sont trop souvent les proies de pratiques abusives et disparates des caisses.

(44) <https://www.humanite.fr/cpam-stop-au-demantèlement-des-accueils-des-assurés-sociaux-en-ile-de-france-600538> ; <https://www.mediapart.fr/journal/france/070515/pres-de-la-moitié-des-antennes-de-la-cpam-menacées-de-fermeture-en-seine-saint-denis?onglet=full>

(45) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de Financement de la Sécurité sociale pour 2016.

(46) Arrêté du 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévu au chapitre I de l'article R. 111-3 du code de la sécurité sociale.

(47) L'article L. 160-1 du code de la Sécurité sociale dispose que : « Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre. L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3. Un décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui résident en France et cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1. »

2. LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, 28 % des personnes évoquent des difficultés administratives, 26 % la méconnaissance des droits et des structures et 16 % la barrière linguistique ou les difficultés financières comme les principaux obstacles dans l'accès aux soins.

→ Un tiers des personnes de 16 ans ou plus ont besoin d'une domiciliation administrative pour accéder à leurs droits.

→ 38 % des étrangers en situation irrégulière déclarent limiter leur déplacement de peur d'être arrêtés.

→ La diversité des origines des personnes accueillies dans les Caso se traduit par la nécessité d'un recours à un interprète pour plus de 3 personnes sur 10.

qui rappelle qu'1 personne sur 5 en France éprouve des difficultés à accomplir des démarches administratives courantes [DDD 2017(a)].

« Je ne peux plus aller chez le médecin parce que je n'ai plus de papiers, je n'ai plus de mutuelle, c'est tellement compliqué leur truc, la CMU ils demandent une tonne de papiers, j'ai pas encore fait. Ça fait six mois que je cours dans tous les sens soit pour les soins soit pour les papiers. »

[Caso de Grenoble, 2017]

À l'heure actuelle, les démarches pour obtenir l'AME sont bien souvent ignorées des bénéficiaires et les équipes de MdM constatent de nombreux obstacles à l'ouverture de ce droit spécifique comme la méconnaissance très répandue sur son existence et des difficultés à rassembler les documents nécessaires. Il convient de rappeler également que les bénéficiaires de l'AME sont confrontés à de fréquents refus de soins de la part des professionnels de santé, dénoncés récemment par le Défenseur des droits [DDD 2014]. Ces pratiques sont souvent justifiées par les professionnels par les contraintes administratives, les conséquences en matière de rémunération⁴⁸ ou encore la difficulté des prises en charge liées à la très grande précarité des bénéficiaires.

À ces obstacles s'ajoutent, pour les étrangers en situation irrégulière, la peur d'être arrêté qui conduit plus d'un tiers (38 %) d'entre eux à limiter leurs déplacements.

Par ailleurs, les associations constatent de nombreux dysfonctionnements et des pratiques abusives fréquentes des administrations (perte de dossier, demandes injustifiées de documents, refus d'accepter l'adresse déclarative...). Enfin, on constate un désengagement des services publics, notamment de l'accueil physique des personnes. Sur de nombreux territoires, les fermetures ou restrictions dans l'accueil et l'accompagnement physique des personnes, la dématérialisation de l'accès aux droits (CPAM, CAF...) deviennent des problématiques centrales auxquelles se heurtent les autres acteurs sociaux et de santé (services sociaux de secteur, associations...). On constate également une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel.

UNE COMPLEXITÉ DES DÉMARCHES, RENFORCÉE PAR DES DYSFONCTIONNEMENTS ET DES PRATIQUES ABUSIVES

« La France c'est beaucoup de papier, beaucoup d'attente et pas beaucoup de chances. »

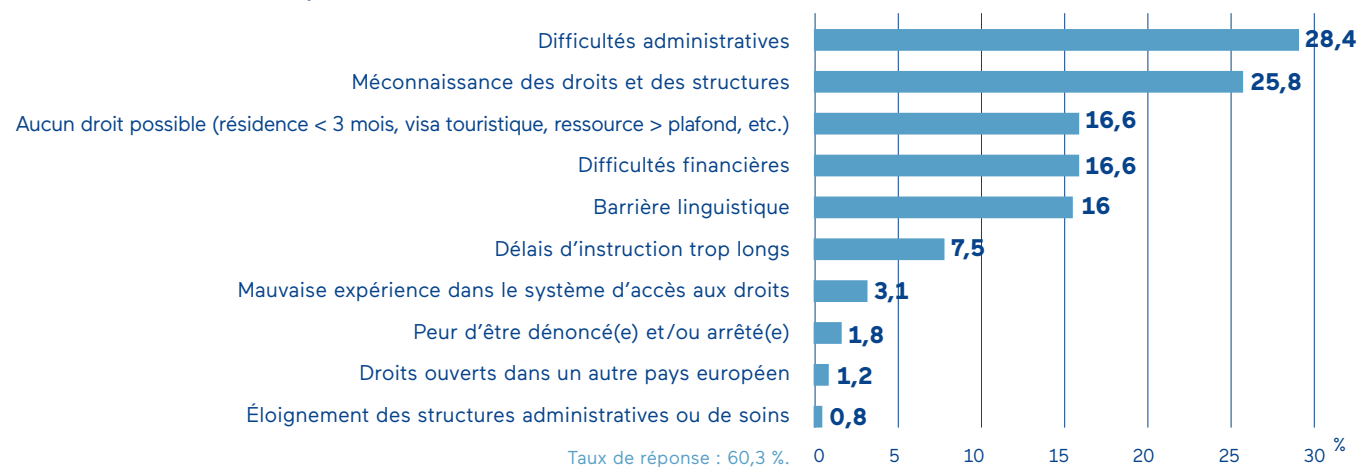
[Veille sanitaire Paris, 2017]

Les difficultés administratives et la complexité des démarches constituent les obstacles les plus fréquemment cités par les patients, suivis de la méconnaissance des droits et des structures (figure 9, page 64). Ces obstacles sont dénoncés depuis de nombreuses années par les associations qui accompagnent les publics en situation de précarité et ont été confirmés récemment par le Défenseur des droits

(48) Les patients (enfants et adultes) AME ne sont pas enregistrés dans la patientèle de leurs médecins généralistes puisqu'il n'y a pas de déclaration de médecin traitant à la CNAM. Cela a pour conséquence :

- une non-rémunération au titre de la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) pour ces médecins généralistes puisqu'ils ne touchent pas le forfait médecin traitant (6 euros/enfant/an et 5 euros/adulte/an),
- une non-rémunération pour les pathologies chroniques (42 euros/patient/an),
- l'absence de la majoration pour soins aux patients CMUc, alors que le critère de précarité est le même.

FIGURE 9 - PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS CITÉS PAR LES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE, 2017



LA DÉMATÉRIALISATION DES SERVICES PUBLICS : UN ACCÈS AUX DROITS VIRTUEL

La dématérialisation des services publics peut constituer une véritable barrière à l'accès aux droits pour un certain nombre de personnes, en particulier celles ne disposant pas ou ne maîtrisant pas les usages d'Internet. Si le développement de la dématérialisation permet de simplifier l'accès à l'information et aux démarches pour une majorité d'usagers, elle risque de compromettre le principe d'égalité d'accès aux services publics et de renforcer des facteurs d'inégalités déjà existants. Le DDD s'inquiète de voir s'institutionnaliser, à travers le développement de ces procédures, « une forme d'exclusion liée à la situation de précarité sociale et/ou économique [...] et de marginalisation de nouveaux publics [...] notamment ceux qui sont peu à l'aise avec l'écrit, ou encore éloignés de l'outil informatique » [DDD 2017(a)]. Rappelons à ce titre que selon une étude récente plus de 13 % de la population générale, soit 7 millions de personnes, se déclaraient

en 2016 dans l'incapacité de remplir un formulaire en ligne ou d'obtenir des informations via Internet [Arcep 2016].

Ces constats soulignent les besoins d'accompagnement, d'information et de simplification des dispositifs pour les publics en situation de précarité en particulier.

MdM demande que des dispositifs alternatifs au « tout numérique » soient maintenus pour faciliter l'accès aux droits des publics en situation de précarité, comme le préconise le DDD dans deux avis récents⁴⁹ et insiste sur la nécessité de maintenir des lieux d'accueil physiques de proximité qui s'articulent avec tous les canaux d'informations existants (courrier, téléphone, numérique, guichet...), afin de maintenir la mission première des services publics qui est « le service au public ».

MdM milite, aux côtés de nombreuses associations, et depuis plus de trente ans pour un « **choc de simplification** » du dispositif d'accès à la couverture maladie, permettant ainsi une **protection maladie vraiment inclusive pour les personnes en précarité** et regrette que la loi de Santé adoptée en janvier 2016⁵⁰ ne prévoise aucune mesure allant dans ce sens alors que de nombreux rapports et acteurs institutionnels attestent que la complexité du système constitue un frein majeur à l'accès aux soins [DDD 2014, CNLE 2011, Archimbaud 2013].

La fusion de l'AME dans la PUMa serait, à ce titre, une mesure de santé publique majeure qui améliorerait la prévention et la promotion de la santé. Ce serait également une réforme pragmatique sur le plan économique, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoces et donc moins coûteux, et la réduction des frais de gestion engendrés par la cohabitation de deux systèmes (cf. encarts pages 65-66).

(49) Avis du DDD (n° 16-01 du 6 janvier 2016 et avis n° 16-09 du 7 avril 2016) concernant le projet de loi pour une République numérique.

(50) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé.

POUR UNE PROTECTION MALADIE INCLUSIVE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ : INCLURE L'AME DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La réduction des inégalités de santé, l'impératif de prévention, la lutte contre le non-recours aux droits et les renoncements aux soins sont souvent annoncés comme des priorités de l'action publique. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de rendre réellement effectif l'accès au système de santé des personnes vivant en France, de manière simplifiée et continue, en mettant fin aux régimes spécifiques.

À ce titre, la fusion de l'AME au sein du régime général de la Sécurité sociale est une réforme incontournable, souhaitée par de nombreuses institutions, depuis plusieurs années⁵¹.

L'AME fait l'objet d'attaques politiques récurrentes. La dernière en date étant celle du 21 juin 2018 avec le vote du Sénat proposant sa transformation en une « aide médicale d'urgence » qui ne financerait plus que les soins urgents et vitaux. Force est de constater que **l'AME est systématiquement instrumentalisée dans une rhétorique anti-migratoire, hors de toute approche scientifique et réalité statistique et hors de toute considération de santé publique ;** alors même que plusieurs rapports des inspections générales concluent à la nécessité de conserver ce dispositif, et même de l'améliorer pour permettre de ne pas retarder des soins qui, de toutes manières, seront prodigués [IGF 2010].

Intégrer les bénéficiaires de l'AME dans le régime général de sécurité sociale : une évolution essentielle et désormais urgente dans un souci de santé publique et d'éthique.

Alors que la prévention est enfin affichée comme un objectif majeur de la politique de santé, en exclure des personnes en situation de précarité est particulièrement inadapté. En effet, l'existence du double régime a des conséquences très concrètes dans l'accès à la prévention : les bénéficiaires de l'AME ne sont pas des assurés sociaux, ils ne sont pas tenus d'avoir un médecin traitant et sont donc exclus d'emblée des programmes de prévention de la CNAM comme les programmes de prévention de la santé bucco-dentaire (pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes), les campagnes de dépistage des cancers du côlon, du sein, du col de l'utérus..., ou encore le programme Sophia pour l'accompagnement des malades chroniques diabétiques et

asthmatiques. L'intégration de l'AME dans le régime général favoriserait l'accès à la médecine de ville, essentielle pour le dépistage et le traitement précoce des maladies chroniques, et viendrait limiter le recours aux services d'urgence hospitaliers : il faut donc favoriser un accès précoce aux soins primaires en médecine générale.

Enfin, Il n'est pas acceptable sur le plan éthique d'attendre une urgence vitale pour pouvoir soigner une personne. En octobre 2017, le CCNE soulignait dans un avis⁵² « [qu'il faut] demeurer attentif à la tentation d'instaurer un circuit de prise en charge distinct des conditions de droit commun, ce qui représenterait une réelle discrimination » et pose comme « exigence éthique [...] l'accueil et la prise en compte des personnes migrantes [...] par le système de soins » [CCNE 2017]. L'Académie nationale de médecine en juin 2017 soulignait également que « créer un système de santé spécifique pour les précaires contribuerait à instituer une médecine à deux vitesses » [Académie de médecine 2017].

Intégrer l'AME dans le régime général : un choc de simplification administrative, un avantage pour les finances publiques.

Le dispositif séparé et complexe de l'AME est une des principales causes du non-recours aux droits. La complexité des démarches est notamment soulignée par le Défenseur des Droits⁵³ comme étant un frein majeur à l'ouverture et au renouvellement des droits. Elle augmente les délais de traitements des dossiers, les risques de rupture de droits et de renoncement aux droits potentiels par les personnes.

Ce dispositif à part pèse également sur les médecins généralistes en termes de rémunération et de gestion administrative⁵⁴.

La fusion des dispositifs de l'AME et du régime général de la Sécurité sociale permettrait un bien meilleur accès à l'information, un accès aux droits simplifié pour tous et éviterait une approche spécifique et stigmatisante pour les plus précaires des étrangers. Elle faciliterait le travail des professionnels de santé, du social et des caisses d'assurance maladie



(51) Le Conseil économique et social (2003), plusieurs rapports de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection des finances (2007 et 2010), le Conseil national du sida, le Conseil national de politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (2017), le Défenseur des droits (2014), l'Académie de Médecine (2017).

(52) Dans son avis « Santé des migrants et exigence éthique ».

(53) Le Défenseur des droits « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME », Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.

(54) Les patients bénéficiaires de l'AME ne sont pas enregistrés dans la patientèle des médecins puisqu'il n'y a pas de déclaration de médecin traitant à la CNAM. Cela a pour conséquence : une non-rémunération au titre de la Rémunération sur objectifs de santé publique pour ces médecins généralistes puisqu'ils ne touchent pas le forfait médecin traitant (6 euros/enfant/an et 5 euros/adulte/an), une non-rémunération pour les pathologies chroniques (42 euros/patient/an), l'absence de la majoration pour soins aux patients CMUc, alors que le critère de précarité est le même. Administrativement, les personnes bénéficiaires de l'AME n'ayant pas de carte vitale, la demande de règlement des honoraires se fait toujours sous format papier avec envoi postal à la CPAM, générant une gestion administrative et des délais de remboursement.



qui traitent ces demandes en devant appliquer des règles complexes et différentes pour des populations aux profils similaires. À ce titre le Défenseur des droits recommandait que « *la dualité des dispositifs CMU/AME – aujourd'hui PUMa/AME – soit reconsidérée de façon à simplifier les modalités d'intervention des CPAM et les démarches administratives des professionnels de santé et à faciliter l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires actuels de l'AME* » [DDD 2014].

Par ailleurs, il est reconnu que le coût de la prise en charge d'une maladie qui atteint le stade de l'urgence est beaucoup plus élevé que celui de son traitement au long cours : plus on tarde à soigner une pathologie, plus les traitements seront lourds, donc coûteux, comme le montrent plusieurs études en France et en Europe. Selon une étude menée dans trois pays européens, les économies vont de 9 à 69 % selon les pathologies et les pays [FRA 2015, Guillon 2017]. **Ainsi faciliter l'accès aux soins par un meilleur accès aux droits, permet d'éviter des surcoûts liés aux retards des soins et protège les patients ainsi que les services d'urgence hospitaliers.**

Enfin, aujourd'hui 882 millions d'euros sont dépensés pour l'AME de droit commun, soit moins de 0,5 % des dépenses d'assurance maladie⁵⁵. Menacer ce dispositif, y ajouter des conditions ou demander sa suppression relève donc essentiellement d'une vision idéologique et d'un choix politique qui instrumentalisent les dépenses de santé pour les plus précaires.

Le CCNE affirme que la santé « ne peut être instrumentalisée. [...] Une mauvaise condition sanitaire ne saurait en aucun cas être recherchée ou maintenue comme outil d'une politique de découragement puis de refoulement » [CCNE 2017].

Intégrer l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale lèverait la menace annuelle qui pèse sur cette prestation sociale et entérinerait de manière enfin pérenne l'universalité de l'accès aux soins en France.

ÉTRANGERS MALADES : LA SUSPICION AU CŒUR DE LA RÉGULARISATION POUR SOINS

Réformée par la loi du 7 mars 2016, l'accès à la régularisation pour soins pour les étrangers malades se restreint, tel que la Cimade le constate dans son récent rapport [La Cimade 2018] : « *Tout juste vingt ans après la création de la protection contre l'expulsion et du droit au séjour pour raisons médicales, le bilan est sombre.* » On constate entre autres un effondrement du taux d'avis favorable depuis le transfert de compétence des ARS à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), notamment du fait de la suspicion de fraude au cœur de l'évaluation.

Si le projet de loi Asile et immigration ne revient pas sur cette loi, il consacre au contraire la suspicion à l'égard des étrangers malades, et met en place de nombreux filtres aux demandes de régularisation pour soins pour les demandeurs d'asile en procédure Dublin. En effet, il ne prévoit pas d'information aux demandeurs d'asile en procédure Dublin sur la possibilité de déposer en parallèle une demande de régularisation à un autre titre. Seuls les demandeurs d'asile

dont la demande dépend de l'État français auront accès à cette information. Il ajoute dans le même temps que cette demande ne peut être faite que dans un court délai suivant le dépôt de la demande d'asile. Passé ce délai, seule la démonstration de « circonstances nouvelles » permettrait de déposer une demande. « Circonstances nouvelles », nouveau critère qui dans de nombreux cas exclura des personnes de la régularisation.

Quant aux demandes d'asile et de régularisation pour soins déposées depuis un centre de rétention, elles sont tout simplement perçues comme des « stratégies d'obstructions » à l'éloignement permettant la prolongation de la rétention jusqu'à trois fois quinze jours.

C'est pourquoi MdM, aux côtés de l'ODSE, sera vigilant aux pratiques médicales et administratives de l'Ofii et continuera d'alerter l'opinion publique de ces manquements et d'informer les bénéficiaires sur leurs droits.

L'EXEMPLE DE LA DOMICILIATION

Une des conditions indispensables à l'accès aux droits est de disposer d'une adresse postale afin de recevoir tout courrier relatif au dossier de demande de CMUc ou d'AME. Les personnes ne pouvant fournir une adresse postale doivent se tourner vers un Centre communal d'action sociale (CCAS) ou une association agréée pour obtenir une domiciliation administrative.

En 2017, 42,6 % des personnes de 16 ans ou plus se présentant pour la première fois au Caso disposaient d'une adresse personnelle pour recevoir du courrier et 23,6 % avaient obtenu une domiciliation administrative. Toutefois plus d'un tiers des personnes rencontrées avaient besoin d'une domiciliation administrative (tableau 21).

Parmi les personnes ayant une domiciliation, dans près de 7 cas sur 10 elle a été obtenue auprès d'une association agréée, mettant en évidence la sollicitation toujours plus importante des associations.

TABLEAU 21 – SITUATION¹ VIS-À-VIS DE LA DOMICILIATION DES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS ACCUEILLIES DANS LES CASO, 2017

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille/amis)	42,6	7 375
Dispose d'une domiciliation administrative	23,6	4 093
A besoin d'une domiciliation	33,8	5 853

Taux de réponse : 79,0 %.

(1) Situation au jour de leur première visite.

Si la loi prévoit le principe déclaratif en matière de domicile, selon lequel la déclaration d'une adresse permet d'ouvrir des droits sans avoir à produire de pièces justificatives, il convient toutefois de rappeler que les Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) exigent fréquemment des pièces justificatives de domicile, alors même que la personne est en mesure de déclarer une adresse. Pour de nombreuses personnes sans domicile stable, il est impossible de produire ces pièces et ainsi faire valoir leur droit à l'élection de domicile. Ainsi, par exemple, nombre de personnes hébergées par de la famille ou des proches, n'osent pas communiquer les coordonnées des personnes les hébergeant par peur d'un éventuel contrôle.

Ces pratiques, en plus d'être abusives, augmentent le nombre de personnes en demande de domiciliation alors même que les organismes domiciliaires sont saturés. Ces derniers, afin de limiter leur charge, appliquent même parfois une politique restrictive d'accès à la domiciliation, excluant ainsi de nombreuses personnes de l'accès aux droits (cf. encart pages 67-68). De plus, les équipes terrain ont observé des situations où le non-respect du principe déclaratif de l'adresse et le déficit de l'offre d'une domiciliation administrative ont même conduit à un véritable « marché noir » de l'adresse (exemple : hébergeurs demandant 150 € pour donner l'attestation d'hébergement).

67

Parce qu'il est la première étape pour accéder à ses droits, le droit à la domiciliation doit être garanti à toute personne. Il convient ainsi de donner les moyens humains et financiers aux organismes domiciliaires d'assurer une domiciliation administrative à tous ceux qui en ont besoin mais aussi de faire respecter le principe déclaratif pour l'adresse postale, sans justificatif.

L'ACCÈS À LA DOMICILIATION PAR LE CONTENTIEUX ADMINISTRATIF : L'EXEMPLE DU CCAS DE BOBIGNY

Le dispositif de domiciliation généraliste est régi par les articles L.264-1 à L.264-10 du CASF ainsi que par une instruction DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable, qui comprend dans son annexe un guide de la domiciliation.

Si la loi ALUR du 24 mars 2014⁵⁶ a aligné la domiciliation AME sur la domiciliation de droit commun, elle a par la même occasion exclue de cette simplification la domiciliation pour l'admission au séjour des demandeurs d'asile qui

reste spécifique. Cette simplification *a minima* laisse ainsi perdurer une pratique qui conduit à discriminer les étrangers en situation irrégulière qui ne pourraient pas avoir accès à la domiciliation, selon certains CCAS, sans démontrer qu'ils ont engagé des démarches d'ouverture d'AME.

Pourtant **la domiciliation est un droit pour les personnes sans domicile stable**. Elle est obligatoire pour accéder à certains droits ou prestations (article L.264-1 du CASF), elle est opposable (article L. 264-3 du CASF) pour



(56) Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à un urbanisme rénové.



l'accès à une prestation ou un droit et les CCAS ou CIAS ne peuvent refuser la domiciliation que si la personne sans domicile stable ne présente pas de lien avec la commune (lien défini à l'article L. 264-4 du CASF) au moment de sa demande (article L. 264-4 du CASF). En cas de refus, l'organisme domiciliataire doit orienter le demandeur vers un autre organisme.

Pourtant à Bobigny, depuis plusieurs années, il était impossible d'être domicilié. Face à ce constat plusieurs associations en Seine-Saint-Denis ont dénoncé l'absence de service de domiciliation au sein du CCAS de Bobigny et en 2017, MdM, le Secours Catholique et Dom'Asile ont saisi le juge d'un recours au fond pour faire annuler la décision du CCAS de ne pas organiser de service de domiciliation.

Plutôt que risquer une condamnation du tribunal administratif, le CCAS de Bobigny a ouvert un service de domiciliation quelques semaines avant l'audience.

Cette nouvelle donnée a conduit le juge à prononcer un non-lieu à statuer dans la mesure où l'absence de service de domiciliation n'était plus d'actualité au moment du prononcé.

La décision du tribunal administratif⁽⁵⁷⁾ est un outil précieux en pareils cas. Elle a le mérite de clarifier les obligations des CCAS en matière de domiciliation : « *Il résulte de ces dispositions que les CCAS sont légalement tenus d'assurer le service de domiciliation des personnes sans domicile stable qui leur en font la demande et qu'ils peuvent seulement refuser une telle domiciliation par une décision individuelle et motivée, dans le cas où les demandeurs ne présentent aucun lien avec la commune ou le groupement de commune de rattachement de l'établissement.* »

C'est à ce titre que le CCAS de Bobigny a été condamné à verser aux associations les frais irrépétibles qui leur ont été accordées. Il conviendra de suivre les modalités d'accès à la domiciliation dans cette commune afin de s'assurer de l'effectivité de cette décision.

DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES D'ACCÈS AUX SOINS ÉVOQUÉES PAR PRÈS DE 1 PATIENT SUR 5

Près de 17 % des personnes rencontrées dans les Casos évoquent les difficultés financières dans l'accès aux soins et plus d'un tiers des personnes rencontrées sur le programme en zone rurale. Ces difficultés concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais ou de souscrire à une complémentaire santé. Malgré un fort développement des couvertures complémentaires, il reste une frange non négligeable de la population qui en est dépourvue, et ce en dépit de la création de la CMUc ou de l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Selon Verniolle R., si 9 personnes sur 10 disposent aujourd'hui d'une couverture maladie complémentaire en France (contre 7 sur 10 en 1981) ; « les plus pauvres restent moins couverts, ce qui n'est pas sans lien avec le recours aux soins puisque les individus non couverts sont deux fois plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois ». [Verniolle 2016]. La CMUc et l'ACS devaient en principe assurer une couverture à l'ensemble de la population ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé, cependant la réalité est plus complexe et ces dispositifs souffrent d'un non-recours important. Au total, ce sont plus de trois millions de personnes qui n'auraient pas fait valoir leurs droits aux dispositifs [Verniolle 2016].

L'avance de frais constitue un facteur majeur de non-recours aux soins et donc de retard de soins. La généralisation du tiers payant, proposée dans la loi de Santé adoptée en janvier 2016, et réclamée depuis plus de vingt ans par MdM, constitue de ce fait un outil efficace pour l'accès à la médecine de ville, la lutte contre les retards de soins et le renoncement aux soins. Par ailleurs, elle va permettre de lutter en partie contre la stigmatisation des titulaires de la CMUc et de l'AME et devrait limiter les refus de soins de certains professionnels. Elle permettra aussi de mettre fin à un discours qui fait des plus pauvres des « profiteurs » au prétexte qu'ils n'ont pas à effectuer l'avance de frais, alors même qu'ils sont les premières victimes des inégalités de santé et d'accès aux soins.

Enfin, MdM continue de demander l'augmentation du seuil d'attribution de la CMUc⁵⁸ au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE : UN OBSTACLE À UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

« Quand je suis arrivée, j'étais enceinte et la dame parlait très mal anglais et moi pas français, elle m'a proposé d'aller à l'hôpital pour l'avortement... [...]. Elle me proposait un avortement et moi je disais non et elle croyait que je ne voulais pas l'enfant. [...] je ne comprenais pas l'anglais du docteur. »

[Caso Grenoble, 2017]

En 2017, 16 % des personnes rencontrées évoquent la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. La diversité des origines des personnes accueillies dans les Casos se traduit par la nécessité d'un recours à un interprète pour plus de 3 personnes sur 10. Ces résultats soulignent, une fois encore, les besoins en matière d'interprète professionnel dans l'ensemble des institutions (administrations et structures médicosociales) mais également en médecine de ville afin de permettre une prise en charge optimale⁵⁹.

L'interprétariat est un outil indispensable, qui doit être réalisé par des professionnels afin d'assurer le respect des principes suivants : la restitution objective, complète et fidèle du message, la non-intervention, l'impartialité et le devoir de confidentialité [Schwarzinger 2012/Chambon 2016]. Il est reconnu que le recours à l'interprétariat professionnel améliore le dialogue entre le soignant et le soigné, évite la multiplication des consultations, voire les errances ou les erreurs de diagnostics [Schwarzinger 2012] et par conséquent réduit les risques de retard de recours aux soins et de complications médicales dont les coûts humains et financiers sont sans aucune mesure avec le coût même de la traduction. En favorisant la communication entre le patient et le personnel soignant, l'adhésion au traitement et au suivi médical, la prévention, l'information des proches éventuellement concernés par la pathologie et l'orientation vers les spécialistes appropriés sont facilités. Ainsi l'interprétariat favorise l'égalité de traitement des personnes (cf. encart page 49).

Les efforts doivent être poursuivis afin de développer le recours à l'interprétariat dans l'ensemble des structures médico-sociales, pour assurer un accès et une prise en charge optimale aux personnes peu ou pas francophones et lutter ainsi contre les discriminations dans l'accès à la santé. MdM se réjouit que la loi de Santé⁶⁰ adoptée en janvier 2016 ait permis l'inscription au Code de la Sécurité sociale d'un article⁶¹ prévoyant l'élaboration « de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique », **mais milite maintenant pour la promotion et surtout le financement de l'interprétariat professionnel dans tous les établissements d'accueil.**

(58) Fixé à 727€/mois pour une personne seule au 1^{er} avril 2017 (en métropole).

(59) Migrations Santé Alsace / Note d'opportunité pour un interprétariat médical et social professionnel, avril 2009.

(60) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé.

(61) Article L. 1110-13 du Code de la santé publique.

Les médiateurs en santé constituent également une ressource pour toutes les personnes éprouvant des difficultés pour accéder aux droits et aux soins, qu'elles soient ou non étrangères. La présence du médiateur, tierce personne neutre avec des connaissances à la fois du système de santé, de la langue et des codes culturels des personnes, simplifie les premiers contacts entre patient et institution médicosociale et se révèle donc parfois une action complémentaire.

La loi de Santé adoptée en janvier 2016⁶² a permis une avancée en la matière en inscrivant la médiation en santé dans le Code de la santé publique et en mandatant la Haute autorité de santé pour élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention de ces acteurs (cf. encart ci-dessous).

Ces constats conduisent à suggérer « le développement d'un système plus accompagnant » avec un recours facilité aux interprètes et aux médiateurs. Ils peuvent permettre un moyen efficace d'améliorer l'accès aux services de santé. Ainsi, les patients bénéficient d'une meilleure connaissance des parcours de santé et d'une meilleure qualité de prise en charge.

Ces obstacles à l'accès aux droits, soulignés dans de nombreux rapports institutionnels [DDD 2014 & 2016], aboutissent à un parcours du combattant pour de nombreuses personnes ; ils augmentent les délais de traitement des dossiers, les risques de rupture ou de renoncements aux droits des potentiels bénéficiaires, ce qui signifie également des risques de retard ou de renoncement aux soins.

LA MÉDIATION EN SANTÉ : UN DISPOSITIF INDISPENSABLE À TOUTE ACTION DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ AUPRÈS DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Par un décret du 5 mai 2017⁶³, la médiation en santé en direction des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins a été introduite dans le Code de la santé publique (CSP) dans l'article L. 1110 -13. Cette reconnaissance est notamment le fruit du travail mené par nos équipes sur le terrain depuis plusieurs années et du plaidoyer fort porté par les associations, auquel MdM s'est joint.

Dans ce cadre, la Haute autorité de santé a été saisie pour élaborer un référentiel de compétences, de formations et de bonnes pratiques en médiation en santé. Forte de son expérience, MdM a très largement contribué à son écriture, et se reconnaît dans l'esprit de ce texte, rendu public en octobre 2017 [HAS 2017].

La médiation en santé vise à réduire les inégalités de santé. Elle « désigne la fonction d'interface assurée en proximité » entre les personnes les plus vulnérables et les acteurs du système de santé. Elle a pour objectif de faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins et de contribuer à l'amélioration des dispositifs et de l'accueil de ces personnes dans le système de santé. Selon la HAS, « la médiation en santé est un processus temporaire de "l'aller vers" et du "faire-avec" » qui vise à renforcer l'équité en santé, à favoriser l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé, tout en facilitant la prise en compte par les acteurs de la santé de leurs facteurs de vulnérabilité.

La médiation en santé a été mise en place d'abord dans le cadre du dépistage et de la prévention de l'infection à VIH chez les populations migrantes [formations de médiation en santé publique de l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée (IMEA)] et via un programme expérimental en 2011-2012 auprès des populations Roms migrantes vivant en squat et en bidonville. Elle a depuis fait la preuve de son efficacité (sur l'accès aux droits, aux soins, à la prévention, aux suivis). Les différentes études qualitatives ou quantitatives ont confirmé que ce dispositif se révèle indispensable à toute action de prévention et de promotion de la santé auprès des publics en situation de précarité et/ou d'exclusion.

C'est pourquoi MdM défend la pertinence de ce modèle tant dans une approche populationnelle que territoriale. Initialement mise en place à travers quatre programmes de MdM en direction des personnes vivant en squat et en bidonville à Nantes, Saint-Denis, Lyon et Marseille, la médiation en santé est désormais étendue sur de nouveaux territoires où les personnes les plus vulnérables rencontrent de nombreux obstacles dans leur accès à la santé, que ce soit en zone rurale, en Auvergne et dans la Haute vallée de l'Aude, qu'en zone urbaine sensible dans le quartier de Lille-Sud.

Face à ces constats, MdM recommande toujours le développement, le financement et la pérennisation des actions de médiation en santé en direction de toutes les populations en situation de vulnérabilité.

(62) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé.

(63) Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé.

3. LA SANTÉ EN ZONE RURALE : ENTRE PRÉCARITÉ ET ÉLOIGNEMENT

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, 250 personnes en situation de précarité et ayant des difficultés d'accès aux droits et aux soins ont été prises en charge sur les programmes en zones rurales.

→ Près de 6 personnes sur 10 déclarent avoir renoncé à un soin de santé dans les douze derniers mois.

→ Les difficultés de transport et l'isolement social des personnes constituent les principaux obstacles à l'accès aux soins.

→ Des difficultés d'accès aux soins et à la prévention, fréquentes, liées à la diminution de la présence des services publics et de la faible densité médicale.

Dans les territoires ruraux français, les habitants sont témoins depuis des années de la diminution de l'offre de services publics (réduction de l'offre de transport en commun et des services aux personnes). Ces constats renvoient à la réorganisation des modes d'interventions (fermetures de guichet, guichet unique, exigences de performances...) dont l'objectif est avant tout « l'efficacité et l'efficacité de la dépense publique » [Martin 2016, DDD 2017(a)]. Ce « désengagement » des services publics se traduit également par une dématérialisation des procédures aggravée par les difficultés d'accès à Internet qui constitue une véritable barrière à l'accès aux droits pour un certain nombre de personnes (cf. encart page 64).

Les services de santé ne sont pas épargnés par ces changements structurels. La fracture médicale est une réalité pour un nombre croissant de Français : malgré une augmentation continue du nombre de médecins au cours des dernières années⁶⁴, les déserts médicaux en campagne et dans les zones périurbaines se développent. Le nombre de médecins qui vont partir à la retraite dans les prochaines années conduit à fragiliser davantage certains territoires [Anguis 2018].

En 2016, selon les calculs de la Drees, 8,6 % de la population vivait dans une commune sous-dense en médecins généralistes. Il s'agissait généralement de communes rurales. Les régions Antilles-Guyane, Corse, Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes sont particulièrement touchées par ce phénomène [Anguis 2018].

Toutefois « si le médecin généraliste est considéré comme la porte d'entrée du système de soins, son absence sur un territoire peut être moins problématique si d'autres services de santé y sont disponibles ou si l'organisation de la prise en charge est telle qu'elle permet de contourner et de pallier ce manque. » À ce titre, des travaux récents de la Drees permettent ainsi d'identifier les "déserts médicaux" sur la base « d'un cumul de mauvaises accessibilités à différents services » [Vergier 2017].

Ainsi, 2,5 % de la population, soit environ 1,6 million de personnes, sont à plus de dix minutes de la pharmacie la plus proche et près de 4 millions de français (soit 6 % de la population) résidaient à plus de trente minutes d'un service d'urgence ou d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Les zones pour lesquelles les soins urgents sont les moins accessibles sont souvent situées en moyenne montagne ou dans un environnement où les déplacements sont difficiles [Vergier 2017]. Environ 0,5 % de la population française connaît simultanément une accessibilité faible aux médecins généralistes, un éloignement des services d'urgence et une absence de pharmacie à proximité [Vergier 2017]. Si cette population est limitée, sa situation est particulièrement critique. La région Auvergne-Rhône-Alpes rassemble plus d'un quart de cette population, tandis que la Provence-Alpes-Côte-D'azur en rassemble 10 % et la Corse 7 %.

Dans ces zones rurales, les premières personnes impactées par ces changements structurels sont les plus précaires qui n'ont, bien souvent, pas les moyens de se déplacer pour des raisons économiques (coût des transports, absence de voiture), professionnelles (travail ne permettant pas de s'absenter) ou matérielles (absence de transport en commun ou de voiture), dont une proportion non négligeable n'a pas ou ne sait pas se servir de l'outil informatique et pour qui la santé passe souvent au second plan. Selon une étude menée en 2016 en Auvergne, 41 % des personnes en situation de précarité déclarent avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois [ORS Auvergne 2016].

(64) En 2018, on compte 226 000 médecins en activité en France [Anguis 2018], soit 2 fois plus qu'en 1980.

Fort de ces constats, MdM a initié en 2013 le programme « Rescorda » pour Réseau de santé et de coordination d'appui sur le pays des Combrailles, Auvergne. Il a pour objectif de repérer et d'accompagner les personnes en difficulté dans la mise en œuvre de leur démarche de droits et de soins et de faire le relais avec les dispositifs du droit commun grâce au travail en réseau avec les partenaires locaux. Un projet similaire est né à l'automne 2016 dans la Haute vallée de l'Aude (Occitanie, Languedoc-Roussillon).

Ces programmes agissent dans une démarche de médiation en santé. Il s'agit d'un processus temporaire de « l'aller vers⁶⁵ » et du « faire avec » dans le but de maintenir ou de rétablir le lien entre les acteurs médicaux et paramédicaux, les acteurs sociaux et les personnes en situation de fragilité rencontrant des difficultés d'accès aux droits et aux soins. L'objectif est d'aider au retour vers le droit commun et de favoriser l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé.

LES POPULATIONS ACCUEILLIES SUR LE PROGRAMME DES COMBRAILLES ET DE LA HAUTE VALLÉE DE L'AUDE

En 2017, 250 personnes en situation de précarité et ayant des difficultés d'accès aux droits et aux soins ont été prises en charge, 112 dans les Combrailles et 138 dans la Haute vallée de l'Aude. L'âge moyen est de 47 ans. Plus de 7 personnes sur 10 sont en situation de grande précarité, au sens du score Epices⁶⁶ et près de 9 adultes sur 10 n'ont pas d'activité professionnelle.

Les équipes constatent que de nombreuses personnes vivent dans des conditions de logement parfois difficiles. Ils sont touchés par la précarité énergétique⁶⁷ (habitat ancien très mal isolé, absence de chauffage, camping-car sans chauffage, difficultés à s'approvisionner en bois (coût, efforts physiques), et rencontrent des difficultés pour assurer leur hygiène quotidienne (absence d'eau chaude, de douche, de toilettes, de machine à laver...).

« Je n'ai pas d'électricité depuis des mois, on me l'a coupée... Le frigo ne marche pas, je n'ai pas de bouteille de gaz... pour manger c'est dur... Heureusement, quelques voisins m'aident à tenir le coup. »

[Programme dans les Combrailles, 2017]

« [...] Je vis dans un garage. Ce matin, je voulais me raser et prendre une douche mais l'eau était gelée, il a fait moins 2 degrés cette nuit. Cela fait depuis six mois que je demande un logement mais on me répond toujours qu'il me manque un papier pour avancer dans mon dossier. »

[Programme dans la Haute vallée de l'Aude, 2017]

Parmi les personnes vues dans les Combrailles, plus de la moitié n'ont aucun moyen de transport personnel et si la très large majorité dispose d'une couverture maladie, près d'un tiers n'ont pas de complémentaire santé au jour de la première rencontre avec le programme.

Que ce soit en Haute vallée de l'Aude comme dans les Combrailles près de 6 personnes sur 10 déclarent avoir renoncé à un soin de santé dans les douze derniers mois.

L'ACCESSIBILITÉ AUX STRUCTURES DE DROITS COMMUNS : UNE DIFFICULTÉ MAJEURE

Plus d'un tiers des personnes reçues sur le programme Rescorda depuis 2013 déclarent rencontrer des difficultés de transport pour se faire soigner. Ces personnes évoquent des distances géographiques parfois très importantes à parcourir et donc des temps de trajets importants parfois incompatibles avec une activité professionnelle ou familiale, un réseau de transport en commun limité, des difficultés financières pour acheter un véhicule ou financer le déplacement (taxi, essence...)

« J'ai un rendez-vous médical prévu à Carcassonne à 9 heures. Mais avec les bus, ça ne colle pas pour y aller. Il y a juste un train qui part à 5h49 du matin et qui arrive à 7h11 à la gare. Ça me ferait me lever à 5 heures du matin. [...] Et de la gare, il faut encore prendre un bus de ville. C'est vraiment trop compliqué. Je crois que je ne vais pas y aller. »

[Programme dans la Haute vallée de l'Aude, 2017]

L'isolement social des personnes ou leur état de santé peut également rendre très difficiles les déplacements vers les structures de soins.

(65) Aller vers l'autre, établir le premier contact, entrer en relation, établir une relation dans le temps (tissage du lien).

(66) Le score Epices est un indicateur individuel de précarité, construit en 1998, qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Il se base sur 11 questions. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score Epices. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité) [CETAF 2005]. Il n'est calculé ici que pour les personnes accueillies sur le programme des Combrailles.

(67) « Est en situation de précarité énergétique [...] une personne qui éprouve dans son logement des difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'habitat ». (Loi du 10 juillet 2010, dite loi Grenelle 2). Selon l'Observatoire national de la précarité énergétique, en 2014, ce sont 5,1 millions de ménages (12 millions d'individus) qui sont en situation de précarité énergétique. 35 % d'entre eux vivent en zones rurales.

Face à ces obstacles, les équipes proposent des accompagnements physiques. En 2017, 135 accompagnements ont été réalisés par les équipes du programme des Combrailles, représentant 350 heures et plus de 9 000 kilomètres parcourus. Les principaux motifs des accompagnements physiques réalisés sont les difficultés de transport rencontrées par la personne, le besoin d'être rassuré moralement, les difficultés financières, de compréhension, une mauvaise expérience vécue par la personne au préalable, l'absence de repère spatial (ne connaît pas la ville)...

Fort de son expérience, Mdm milite pour faciliter l'accessibilité physique des personnes aux structures de soins et de prévention et suggère d'élargir par exemple les critères d'éligibilité pour la prise en charge des transports par la Sécurité sociale pour les rendez-vous médicaux en prenant en compte les conditions de ressources, l'éloignement géographique et/ou l'absence de moyen de transport des ménages.

Mdm suggère également le développement de dispositifs innovants de transports, tel que des plateformes de covoiturage portées par les établissements de santé ou les communes, pour permettre l'accès aux rendez-vous médicaux des personnes isolées et en situation de précarité.

UNE DIMINUTION DE LA PRÉSENCE DES SERVICES PUBLICS QUI GÉNÈRE DES RENONCEMENTS AUX DROITS ET AUX SOINS

Au-delà de l'accessibilité géographique, on constate dans les zones rurales des difficultés d'accès aux soins et à la prévention liées à la diminution de la présence des services publics et de la densité médicale. En effet, les personnes rencontrées évoquent des délais de rendez-vous chez le médecin généraliste et spécialiste parfois très longs. Comme dans les zones urbaines très denses, la diminution du nombre de médecins a pour conséquence que certains d'entre eux n'acceptent pas de prendre de nouveaux patients.

« Je souhaite changer de médecin traitant, mais lorsque j'ai appelé la plateforme qui réunit plusieurs médecins, on m'a répondu qu'on ne peut rien faire pour moi, que je n'ai pas le choix, que je ne peux pas changer car c'est de plus en plus difficile de trouver un médecin traitant. Mais je ne suis pas satisfaite de mon médecin. Alors je ne sais pas si je retournerai. »

[Programme dans la Haute vallée de l'Aude, 2017]

Certaines structures de proximité sont rares (CPAM, CAF, maison de la justice et du droit, bureau de poste...), voire inexistantes en zone rurale, ou disposent de permanences ponctuelles, avec des plages pas toujours adaptées aux besoins des personnes.

Mdm demande que soit assurées des permanences délocalisées des structures de proximité, telles que la CPAM, en nombre suffisant, avec des plages horaires adaptées aux besoins toute l'année, et avec des professionnels qualifiés sur l'accès aux droits.

En termes d'accès aux soins de santé mentale, on note une insuffisance du nombre de CMP et EMPP en milieu rural (fermeture de plusieurs CMP courant 2017 en milieu rural), et une insuffisance voire une absence de médecin psychiatre.

Mdm soutient les démarches de coordination des acteurs des domaines de la santé et du social pour favoriser les synergies sur des territoires où le risque d'isolement des professionnels est fort. Mdm soutient également le développement des centres de santé municipaux ou associatifs ainsi que les EMPP en milieu rural. En outre, Mdm encourage les CMP à avoir des activités « hors les murs ».

Enfin, l'expérience de Mdm en zone rurale a montré tout l'intérêt de développer la médiation en santé. Il faut encourager son utilisation par les dispositifs du droit commun pour aller vers les populations qui ne se déplacent pas et renforcer les liens avec les professionnels du social et de la santé.

4. LES TRAVAILLEURS DU SEXE MIS EN DIFFICULTÉ PAR UNE LOI PLUS DANGEREUSE QUE PROTECTRICE⁶⁸

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, plus de 1 500 travailleurs du sexe ont été rencontrés par les équipes de MdM.

→ 63 % des travailleurs du sexe (TdS) connaissent une détérioration de leur condition de vie depuis l'adoption de la loi du 13 avril 2016 et 78 % sont confrontés à une diminution de leurs revenus⁶⁹.

→ 42 % des TdS sont davantage confrontés aux violences et 38 % rencontrent davantage de difficultés pour imposer le port du préservatif depuis l'adoption de la loi⁷⁰.

74

Le travail du sexe recoupe des réalités très diverses (travail de rue ou en intérieur, régulier ou occasionnel, de façon contrainte ou autonome, dans des conditions sûres ou plus précaires...), qui rendent particulièrement difficile l'estimation du nombre de personnes pouvant être concernées. Les seules données disponibles proviennent des autorités en charge de la sécurité publique et portent essentiellement sur la prostitution « visible ». Il est donc difficile de donner des chiffres qui rendent compte de la réalité. MdM mène depuis 2000 des actions spécifiques auprès des personnes proposant des services sexuels. En 2017, on compte cinq programmes⁷¹ ayant pour objectif de réduire les risques liés aux pratiques du travail sexuel. Leurs actions consistent à « aller vers » les personnes afin d'assurer une écoute attentive, de faciliter l'accès aux droits et aux soins, de prévenir et de réduire les risques. En s'appuyant sur les compétences des personnes et sur la réalité de leurs pratiques, il s'agit de renforcer leurs connaissances en matière de prévention primaire et secondaire, en particulier sur la transmission des infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur les violences,

pour mieux se protéger. L'orientation et l'accompagnement vers les professionnels médicaux, juridiques et sociaux de droit commun font également partie des objectifs de ces programmes. En 2017, ces programmes ont réalisé plus de 17 000 contacts auprès de 1 500 personnes⁷².

La vie quotidienne des travailleurs du sexe (TdS⁷³) rencontrés sur les programmes de MdM est précaire, en termes de logement, d'accès aux droits et aux soins et d'isolement social pour une large partie d'entre elles. Pour les personnes étrangères, l'absence de titre de séjour et donc de droit au travail officiel, la réalité du marché de l'emploi en France et la pression économique qu'elles peuvent subir pour rembourser leurs dettes et/ou aider leur famille les poussent à cette activité comme un des seuls moyens de subsistance possible.

La récente étude de la HAS rappelle que « l'activité prostitutionnelle n'est pas en soi un facteur de risque d'infection au VIH/Sida sauf lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique qui limitent la capacité des personnes à résister aux pressions exercées par des clients pour obtenir des pratiques à risques » [HAS 2016]. Par ailleurs, les violences et leurs conséquences sanitaires constituent d'autres risques très souvent associés au travail du sexe [Igas 2012]. « Ces violences ne sont pas inhérentes à l'activité de la prostitution en elle-même mais bien aux conditions dans lesquelles cette activité s'exerce » [Maffesoli 2016] (Cf. encart page 77). Ces violences multiforme, d'origine très diverse, peuvent être perpétrées par des personnes se faisant passer pour des clients, les proxénètes, les passants/voisins, les TdS entre eux, ou liées à l'environnement institutionnel...

Dans ce contexte, l'accès aux droits est un parcours du combattant pour les TdS. Porter plainte, par exemple, est difficile pour ces personnes qui assimilent souvent les officiers de police à des forces répressives (et non protectrices)

(68) De nombreux éléments de ce chapitre y compris les témoignages proviennent de l'enquête : « Que pensent les travailleur.se.s du sexe de la loi Prostitution ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le "système prostitutionnel"... », publiée en avril 2018, <https://www.medecinsdumonde.org/sites/default/files/Rapport-prostitution-BD.PDF>. [Le Bail 2018].

(69) Résultats de l'enquête menée auprès de 583 travailleurs du sexe en 2017 [Le Bail 2018].

(70) Ibid, [Le Bail 2018].

(71) Paris, Montpellier, Rouen, Nantes, Poitiers. En avril 2017, le programme de Nantes auprès des TdS a été transféré à une association nommée Paloma créée spécifiquement.

(72) Les données concernent les programmes de Montpellier, Paris, Poitiers et Rouen. Le programme de Nantes ayant été transféré en avril 2017.

(73) La terminologie à employer pour les personnes qui pratiquent la prostitution fait l'objet de nombreux débats. Nous avons fait le choix à Médecins du monde de parler de « travailleurs du sexe » (TdS) pour désigner l'ensemble des personnes qui pratiquent les services sexuels tarifés.

du fait du grand nombre d'arrestations en raison de leur situation administrative irrégulière et stigmatisées en raison de leur activité.

L'isolement social, le statut administratif précaire, la barrière de la langue pour les ressortissants étrangers apparaissent comme des obstacles supplémentaires pour entreprendre des procédures administratives, qui leur permettraient l'accès aux droits et aux soins.

À ce titre, la loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel adoptée le 13 avril 2016⁷⁴ a un impact négatif non négligeable sur les conditions de vie et de travail des TdS et par conséquent sur leur santé.

MdM rappelle qu'une politique fondée sur le respect des droits humains et soucieuse de la santé publique doit viser à lutter contre toute forme d'exploitation mais doit également garantir le respect de la dignité, les droits et la santé des travailleurs du sexe.

L'IMPACT DE LA LOI DU 13 AVRIL 2016 SUR LES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL DES TdS ⁷⁵

En France, avant l'établissement de la pénalisation des clients en 2016, les TdS étaient directement visés par la pénalisation du racolage public établie en 2003 par la loi de sécurité intérieure (LSI). La loi de 2016 avait pour but d'« inverser la charge pénale » dans l'objectif de lutter contre le « système prostitutionnel ». Toutefois, malgré l'intention de protection des personnes affichée par la loi, la majorité des TdS interrogés dans le cadre d'une étude menée en 2016/2017⁷⁶ par des chercheurs et un collectif d'associations dont MdM estime que la pénalisation des clients s'avère particulièrement préjudiciable [Le Bail 2018]. La grande majorité des personnes considèrent qu'elles maîtrisent moins bien leurs conditions de travail alors que le nombre de clients diminue depuis l'adoption de la loi.

Contrairement à ce que prévoyait la loi, notamment qu'en pénalisant les clients l'offre serait réduite⁷⁷, les entretiens avec les associations indiquent qu'il n'y a pas de baisse du nombre de TdS. Ceux-ci continuent malgré tout de travailler, mais dans des conditions fortement dégradées.

Selon l'étude, 63 % des personnes interrogées déclarent connaître une détérioration de leurs conditions de vie et 78 % sont confrontées à une baisse de leurs revenus [Le Bail 2018].

« Les clients ont disparu, donc on chôme, on passe des heures à attendre pour rien. »

[Camila]

« Avant, j'avais deux jours de repos par semaine. Maintenant qu'un seul. Avant, je sortais travailler de 14 heures jusqu'à 20 heures. Maintenant je sors à partir de 13 heures et je reviens plus tard. Et j'ai quand même moins d'argent. »

[Manuela]

En plus de la dégradation de leur situation économique et de leurs conditions de vie en général, les effets négatifs de la loi se font ressentir également sur leur sécurité et leur santé. En effet, la loi a un impact négatif sur l'autonomie au travail des TdS, et sur les risques qu'ils sont amenés à prendre. La quasi-totalité des TdS interrogés décrivent une perte de pouvoir dans la relation avec le client. Celui-ci impose plus souvent ses conditions (rapports non protégés, baisse des prix, tentative de ne pas payer, etc.) parce qu'il prétend être celui qui prend des risques.

« [...] La loi m'a rabaissé complètement parce que je cours derrière le client pour qu'il accepte. [...] Là, maintenant c'est lui qui impose les prix et c'est lui qui impose les coins. [...] Comment voulez-vous que je me sente fort. »

[Yacine]

« Globalement ce sont les clients qui décident et mènent la négociation. Il y a un rapport qui change dans la relation dominant-dominé. Avant, c'était la femme qui décidait, maintenant c'est un peu le client qui mène la danse. Le client est plus anxieux, oui, beaucoup plus stressé, plus exigeant [...]. »

[Entr'Actes, Lille]

(74) Loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

(75) Éléments issus de l'enquête Le Bail et a suscité, y compris les témoignages.

(76) Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi directifs menés auprès des TdS et des associations travaillant avec ce public entre juin 2016 et février 2018 afin de documenter l'impact de la loi du 13 avril 2016 sur les conditions de vie et de travail des TdS. Au total 70 entretiens auprès des TdS et 24 entretiens ou focus groups auprès d'associations ont été réalisés. Parallèlement, une enquête quantitative a été menée auprès des TdS rencontrées par neuf associations entre le 11 janvier et le 2 février 2018 dans le but de confirmer les résultats de l'enquête qualitative. 583 personnes ont répondu [Le Bail 2018].

(77) Le but était de faire baisser la demande de services sexuels tarifés afin que l'offre baisse. Ce raisonnement est basé sur le postulat non vérifié que l'immense majorité des TdS étant contraintes, les exploiters ne les orienteraient plus vers la France à terme. Les associations de travailleurs du sexe n'ont jamais été écoutées.

Cette situation les pousse à prendre plus de risques au travail et les impacts sur la santé sont préoccupants. On observe, par exemple, un recul de l'usage du préservatif, des ruptures de traitement, et beaucoup d'état de stress ou d'angoisse.

« Ma santé s'est plutôt dégradée. Il y a un épuisement moral dû au stress devant le constat quotidien de la désertification de la clientèle dans le quartier, fatigue physique à cause de la station debout, qui engendre des douleurs articulaires. »

[Emma]

« On est face à des clients qui viennent nous dire "moi, je prends un risque de 1500 € d'amende et d'être pénalisé, qu'est-ce que tu fais pour moi ? [...] Est-ce que tu peux me faire une gâterie sans préservatif ?" C'est quand même très dangereux. On dit non pour l'instant. Mais jusqu'à quand on va dire non. À un moment, il va falloir qu'on mange. Il va falloir qu'on ait de l'argent. »

[Ame]

Les résultats de l'enquête qualitative [Le Bail 2018] mettent en évidence une augmentation des violences multiforme : insultes de rue, violences physiques, violences sexuelles, vols, braquages dans les appartements.

« Maintenant, je n'ai plus le temps d'analyser qui est le bon et le mauvais client, dès que quelqu'un me propose quelque chose je dis oui à tout. Donc ça multiplie les risques de me retrouver dans une situation conflictuelle. »

[Aurora]

Par ailleurs, l'étude a révélé de fortes divergences et contradictions entre une politique nationale qui affiche une volonté de protéger les personnes et des mesures locales qui contiennent de réprimer les TdS. Localement, dans une approche dite de « tranquillité publique », des arrêtés municipaux et des opérations de contrôles d'identité font que les TdS restent plus souvent pénalisés ou arrêtés que les clients. Même si certaines personnes enquêtées considèrent que leurs relations avec la police sont bonnes, la grande majorité ne voit pas les forces de l'ordre comme une institution protectrice. Beaucoup relatent des cas d'intimidation, par exemple quand elles sont menacées d'expulsion, pour les pousser à dénoncer un client.

« [Les policiers] viennent tous les jours nous chasser. Tous les après-midi, ils viennent pour nous virer. Ça n'a pas changé. »

[Ludi]

« Moi, je me tenais un peu loin de lui et j'ai confirmé, j'ai dit que je ne travaillais pas sur le trottoir. Mais les policiers m'ont dit que si je ne disais pas qu'il était mon client, ils m'emmèneraient au poste ! J'avais très peur, du coup j'ai dit qu'en effet, j'étais bien une prostituée au travail. »

[Jili]

Ces résultats accablants mettent en évidence une loi qui va à l'encontre des objectifs annoncés de protection des personnes. Bien au contraire, elle porte gravement atteinte à la santé, à la sécurité et aux droits des TdS.

LE PARCOURS DE SORTIE DE LA PROSTITUTION : MÉCONNU ET PEU ADAPTÉ AUX BESOINS DES PERSONNES CONCERNÉES

Par ailleurs, la loi de 2016 propose un « parcours de sortie de la prostitution » qui prévoit une aide financière, une autorisation provisoire de séjour de six mois (renouvelable trois fois, 24 mois en tout) et l'accompagnement par une association agréée pour les questions de logement et de réorientation professionnelle. Pour rentrer dans ce dispositif les personnes doivent s'engager à ne plus pratiquer le travail du sexe sous peine de perdre le bénéfice de ces dispositions.

L'étude a montré que seules 39 % des TdS interrogés connaissent l'existence de ce « parcours de sortie » et parmi eux seuls un quart avaient l'intention d'en faire la demande.

Bien que l'idée initiale puisse correspondre à la volonté de certaines personnes d'arrêter le travail du sexe, les personnes enquêtées (TdS et associations) sont très critiques à l'égard de la mise en application de ce « parcours de sortie ».

Les conditions d'accès et les modalités pratiques proposées (montant de l'allocation financière trop faible, absence de volet « hébergement »...) ne permettent pas aux personnes de s'inscrire dans ce parcours.

« Qu'est-ce que tu peux faire avec 300 € par mois ? La loi ne propose pas une base solide pour te permettre d'arrêter de travailler. Tu ne peux pas quitter ton boulot comme ça. [...] J'aimerais arrêter mais pas dans ces conditions. »

[Jessica]

« La prise en charge doit être une passerelle entre le métier et la reconversion, avec à la clé une formation choisie par la travailleuse du sexe, de préférence rémunérée. Il faut laisser le choix de continuer son activité à la professionnelle, pour qu'elle puisse faire face à ses besoins urgents. »

[Emma]

Les critiques concernent également des représentations partiales du travail du sexe véhiculées par ce volet social de la loi. Étant donné que le soutien n'est accordé qu'aux personnes qui s'engagent à totalement arrêter le travail du sexe, cela peut être considéré comme une atteinte à leur dignité pour celles qui ne pourraient ou ne souhaiteraient pas bénéficier du parcours de sortie. Cela paraît surtout très irréaliste, notamment financièrement, pour beaucoup de TdS. Ceux-ci se voient contraints d'arrêter une activité qui n'est pas illégale. Le problème légal et éthique que pose cette conditionnalité de l'entrée dans le parcours est également évoqué par les travailleurs sociaux qui les accompagnent.

La mise en place des commissions devant valider les demandes de « parcours de sortie » est très lente : deux ans après le vote de la loi, ces commissions ne se sont pas encore tenues dans de nombreux départements et sont très peu actives et/ou très partiales dans beaucoup d'autres. Ces commissions sont majoritairement constituées de représentants de l'appareil répressif (sécurité publique, PAF, parquet, bureau des étrangers, etc.) qui connaissent mal les réalités de vie des TdS et n'abordent pas les situations sous l'angle de l'accompagnement social. Les personnes enquêtées s'inquiètent de l'utilisation des données personnelles transmises si le dossier est rejeté ainsi que de la possibilité d'un renforcement de la stigmatisation pour la majorité des personnes qui ne souhaiteront pas entrer dans ce « parcours de sortie ».

Le volet social censé protéger les personnes et leur proposer de l'aide pour cesser l'activité, n'est pas opérationnel. Deux ans après le vote de la loi, c'est le volet répressif qui a été mis en œuvre contre les TdS en accentuant les situations de précarité, de violences, de stigmatisation et en les exposant à des risques accrus pour la santé.

MdM, aux côtés des associations mobilisées avec et pour les droits des TdS, appelle les décideurs politiques à revenir sur ces dispositions législatives inadaptées. Il est essentiel de défendre les enjeux de santé et les droits des TdS, de lutter véritablement contre les violences, l'exploitation et la traite des êtres humains dans une approche pragmatique et non idéologique et en s'appuyant sur la parole et les besoins des personnes concernées.

CONTRE UNE PRISE EN CHARGE PARTIELLE ET PARTIALE ET POUR UNE LUTTE EFFECTIVE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX TRAVAILLEURS DU SEXE

Les violences ne sont pas inhérentes au travail du sexe mais bien souvent la conséquence des lois répressives encadrant le travail sexuel et de la stigmatisation. Bien que désignant tous et toutes les TdS, indépendamment de leur situation et de leur ressenti, comme des victimes, la loi du 13 avril 2016 n'a pas permis de réduire les violences les ciblant, qu'elles soient institutionnelles, policières ou le fait d'agresseurs, bien au contraire.

Parce que la loi n'a pas mis fin à la répression, les TdS continuent d'être chassés de l'espace public par le biais des contrôles d'identité, des arrêtés municipaux leur interdisant de travailler ou tout simplement des actions des forces de l'ordre leur ordonnant de ne pas rester là. Dans ce contexte, la police n'est toujours pas perçue comme une institution protectrice.

Par ailleurs, la raréfaction de la clientèle empêche les personnes de refuser les clients qu'elles évaluent comme étant potentiellement dangereux et qui se révèlent être des agresseurs.

Pour autant, nous constatons que la prise en charge des violences faites aux TdS continuent d'être partielle et partiale, et ce à plusieurs niveaux.

En premier lieu, il existe de fait une hiérarchisation des violences subies par les TdS et donc une inégalité de traitement. En effet, les TdS victimes de traite des êtres humains ou de proxénétisme qui témoignent ou portent plainte se voient délivrer un titre de séjour le temps de la procédure judiciaire, alors que les victimes d'autres violences, n'ont droit à aucun titre de séjour afin de leur garantir l'accès aux droits et aux soins auxquels elles devraient pourtant avoir droit en tant que victimes sur le territoire français.

En second lieu, accéder aux droits et aux soins est une gageure quand on ne maîtrise pas la langue française, qu'il s'agisse d'appeler la police au moment de l'agression ou d'aller se faire soigner et d'aller porter plainte par la suite, et ce alors même que l'interprétariat est un droit reconnu pour les victimes.

Enfin, les diverses discriminations à l'œuvre et combinées (sexisme, racisme, transphobie, homophobie, etc.) entravent de manière très importante l'accès aux droits et aux soins pour les victimes, et donc la lutte contre les violences.

À ce titre, la lutte contre les violences faites aux TdS ne peut passer que par la décriminalisation du travail du sexe tout comme par la lutte contre les différents facteurs de vulnérabilité (absence de titre de séjour, non-maîtrise du français, trans-identité, etc.) que cumulent souvent les TdS et par le renforcement de leurs droits et de leurs pouvoir d'agir.

5. LA SANTÉ EN PRISON

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, au centre pénitentiaire de Nantes, les équipes de MdM ont rencontré 154 personnes détenues en ateliers, 172 personnes au moment de leur arrivée en détention, et ont accompagné 15 personnes en rendez-vous médical à l'extérieur.

→ La prison génère de l'anxiété et favorise de nombreuses carences qui impactent la santé physique et psychique des détenus.

→ Les personnes détenues rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux services de santé et de prévention.

En matière de santé, depuis 1994 la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire relèvent du ministère de la Santé. La loi du 18 janvier 1994 avait pour ambition de garantir aux personnes détenues « une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ».

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont implantées par les services hospitaliers au sein de chaque établissement pénitentiaire et organisent les soins devant être dispensés à l'extérieur (examens, hospitalisations, rendez-vous avec des médecins spécialistes). Toutes les personnes détenues sont immatriculées et affiliées à la Sécurité sociale.

Par ailleurs, le Code de la santé publique prévoit l'existence de service médico-psychologique régional (SMPR) implanté dans les centres pénitentiaires. S'il n'y en a pas l'ARS doit désigner un établissement à proximité⁷⁸. Ce service assure le dépistage systématique des troubles psychiques (notamment par un entretien d'accueil avec les arrivants), les soins médico-psychologiques courants, la prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies, la coordination des prestations de santé mentale et des dispositifs de soins psychiatriques dans les prisons de son secteur.

Les hospitalisations d'urgence et de courte durée sont réalisées dans les chambres sécurisées des hôpitaux de

rattachement. Depuis 2004, les hospitalisations programmées de plus de 48 heures, se déroulent dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), implantées dans les centres hospitaliers régionaux universitaires de huit grandes villes. Des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) accueillent les hospitalisations psychiatriques (avec ou sans consentement).

Si les connaissances sur la santé de la population carcérale française sont peu nombreuses, l'étude de l'InVS, indique toutefois que les personnes incarcérées « sont majoritairement issues des populations défavorisées et cumulent de nombreuses difficultés sanitaires et sociales avant même leur incarcération (faible accès aux soins, comportements à risque, addictions, troubles mentaux, ...) » [InVS 2014, Godin 2013]. Ces difficultés sont souvent majorées par les conditions de détention et le caractère potentiellement pathogène du milieu carcéral.

Au-delà de connaissances sur la santé des personnes détenues, de nombreux rapports⁷⁹ mettent en exergue depuis des années des problèmes majeurs éthiques posés dans les lieux de détention par la protection de la santé et l'accès aux soins. La prison apparaît ainsi comme un lieu de contradictions :

- entre des enjeux de sécurité et un respect des libertés et des droits individuels fondamentaux ;
- entre une prison qui « rend malade » et des professionnels médicaux et paramédicaux qui veulent soigner ;
- entre le sens de la peine fondée sur la responsabilité des actes et l'incarcération de personnes présentant des pathologies mentales.

Malgré la loi de 1994, des difficultés persistent et les personnes détenues rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux services de santé et de prévention : accès au médecin conditionné par l'écrit, permanence de soins complexe en dehors des heures d'ouverture des unités sanitaires, contraintes sécuritaires lourdes touchent les soins (renoncement et/ou recours tardif aux soins, enjeu de confidentialité), sujets de santé tabou (sexualité, consommation de produits psychoactifs, violences, mesures à prendre en cas d'agressions ou de viol...), prise en compte relative ou négation des déterminants de santé.

De plus, si à l'extérieur, certaines structures proposent des dispositifs mobiles pour aller à la rencontre de personnes qui pour une raison ou une autre ne se rendent pas dans

(78) Article R6111-28 En savoir plus sur cet article, modifié par décret n° 2016-1645 du 1^{er} décembre 2016 - Art. 3. Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médico-psychologique régional mentionné à l'article R. 3221-6, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne en outre, dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'article R. 6112-14, l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé, situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins en psychiatrie.

(79) Rapports du Sénat, de l'Assemblée nationale, de l'IGAS, de l'IGSJ, de l'Académie de médecine, du Conseil national du Sida, de la CNCDH, du CDHCE et du CES.

les structures de soins, cette modalité d'intervention est peu, voire pas, fréquente en prison et le seuil d'accès reste donc exigeant.

Par ailleurs, de par sa préoccupation sécuritaire, son organisation et son environnement, la prison rend malade. Elle génère en effet de l'anxiété et favorise de nombreuses carences (de liens familiaux, affectifs, de sommeil, de qualité visuelle), qui atteignent la santé physique et psychique [Nurse 2003, Lhuillier 2007]. Elle crée des troubles dépressifs et une exposition chronique au stress et à la violence.

Depuis 2015, MdM intervient en milieu carcéral pour promouvoir la santé et améliorer l'accès à la santé des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nantes. Une équipe à Marseille construit également un dispositif d'alternative à l'incarcération pour les personnes à la rue présentant des troubles psychiatriques sévères, qui devrait être opérationnel en 2019.

Le programme de MdM, auprès des femmes en maison d'arrêt et des hommes en centre de détention à Nantes, s'est inscrit dès le départ dans une démarche communautaire afin de travailler avec les personnes détenues à partir des problèmes de santé qu'elles identifient. De même, les équipes médicales et le personnel pénitentiaire ont été associés à l'élaboration et à la mise en place des activités dès l'origine du programme. MdM ne se substitue pas aux acteurs de soins présents en détention. Le projet a évolué au fil des apports de chaque « partie » concernée : les personnes détenues, les équipes médicales et celle de la justice. Il considère l'ensemble des questions liées à la santé et ne se concentre pas uniquement sur une pathologie ou un risque lié à une pratique. Les équipes travaillent à partir de propositions et de besoins émis par et avec les personnes détenues.

Dès le départ, un axe de travail auprès des surveillants a été planifié du fait de leur implication dans l'organisation des soins. La loi de 1994 leur a en effet donné un rôle crucial dans l'articulation de la relation entre le détenu et les soignants :

- les surveillants, mis à disposition du service médical pour accueillir et surveiller les espaces médicaux, sont astreints au secret médical ;
- les consultations à l'USMP et au SMPR peuvent se faire à la demande des surveillants leur conférant ainsi un rôle dans la protection de la santé des personnes détenues et dans leur accès aux soins ;
- les surveillants accompagnent les soins dispensés en externe.

Les activités mises en place (ateliers collectifs, entretiens individuels, formation, sensibilisation, groupes de travail...) s'articulent les unes avec les autres et se construisent

majoritairement à partir de ce qui émerge lors des ateliers collectifs dans lesquels les personnes détenues partagent leurs préoccupations en matière de santé.

L'alliance entre professionnels et personnes détenues est rendue possible tant par l'intervention d'un tiers - MdM - que par le partage de « préoccupations communes » mises ainsi en évidence au travers des propositions des personnes détenues [Legrand 2018].

En parallèle, une recherche a été mise en place, avec l'EHESP, afin de mesurer les effets du programme nantais et dégager des pistes pour une potentielle modélisation [Legrand 2018].

Les résultats de cette recherche mettent en évidence une amélioration des connaissances des personnes détenues sur le système de santé, une évolution de leurs représentations sur les professionnels de santé et une adaptation des informations et des messages de prévention au regard de la réalité des pratiques et du quotidien vécu. Ces activités permettent le développement d'aptitudes psycho-sociales, et l'implication des détenus dans ce qui les concerne, permettant ainsi une revalorisation de leur parole et de leur pouvoir d'agir individuel et collectif dans l'espace de détention.

Enfin, la relation patient/soignant est améliorée ainsi que les relations entre les personnes détenues et les surveillants.

*« Pendant une heure on ne ressent plus les murs » ,
« On est reconnu comme des interlocuteurs
à part entière, on se sent écouté, et on a enfin
la sensation de servir à quelque chose » ,
« Ici on peut avoir un esprit critique » ,
« [Ces ateliers] c'est avoir un espace sans
uniformes qui donne un sentiment de liberté
et l'impression d'être comme dehors où on peut
s'exprimer sans retombées négatives » ,
« Ça m'a permis d'argumenter et discuter avec
d'autres détenus avec qui je ne l'aurais pas fait car
ici on est en zone neutre. »*

[Programme en milieu carcéral de Nantes, 2017]

Concernant les personnels pénitentiaires, on constate que les activités menées dans le cadre de ce projet ont permis une reconnaissance du rôle des surveillants dans les questions de santé, ainsi qu'une réflexion autour des représentations sur les personnes détenues et une prise de conscience des déterminants de santé. Ces activités sont ainsi à l'origine d'un décloisonnement des questions de santé, d'une amélioration de l'organisation des soins au sein des établissements et d'une meilleure articulation des différents corps de métier.

Enfin, ces activités ont permis l'émergence d'une reconnaissance des bienfaits d'un travail collectif, associant l'ensemble des personnes concernées.

Si la prison est un lieu de privation de liberté, elle n'est pas un hôpital. À ce titre, il est nécessaire de proposer des alternatives à l'incarcération, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères, qui visent le renforcement de compétences des personnes plutôt que l'enfermement dont on sait qu'il ne répondra pas à l'accompagnement adéquate des personnes pour vivre dans la société.

Par ailleurs, en aucun cas, la prison ne doit dégrader la santé et il est donc essentiel de travailler avec les personnes détenues sur les déterminants sociaux de santé. Les premières personnes concernées doivent pouvoir s'exprimer et travailler avec les acteurs de la santé et le personnel pénitentiaire sur des dispositifs qui amélioreront leur santé, dans un contexte qui par ailleurs est pathogène. L'expression des personnes détenues doit donc être possible et reconnue. Les mobilisations collectives doivent pouvoir être organisées au sein du milieu pénitentiaire pour trouver des solutions adaptées à tous.

80

Il est dès lors indispensable de rendre possible l'équivalence de soins entre les dispositifs extérieurs et ceux accessibles à l'intérieur, comme le prévoit la loi du 18 janvier 1994. La personne détenue doit par exemple pouvoir maintenir des pratiques de réduction des risques comme elle le faisait à l'extérieur tout en bénéficiant d'un accompagnement par les équipes médicales sur site.

Enfin, la promotion de la santé en milieu carcéral est à développer impérativement, dans toutes ses composantes : élaboration de politiques pour la santé, prise en compte des déterminants sociaux de santé, renforcement de l'action communautaire, mobilisation pour favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles des personnes détenues et réorientation des services de santé en intégrant toutes les dimensions au-delà du soin et de la clinique.

6. L'OUTRE-MER : TERRITOIRES OUBLIÉS

LES POINTS ESSENTIELS

→ Les indicateurs de précarité sont particulièrement élevés en Guyane.

→ En 2017, 29 % des personnes couvertes par l'assurance maladie bénéficiaient de la CMUc (7 % en métropole).

→ Les difficultés de transport et l'isolement social des personnes constituent les principaux obstacles à l'accès aux soins.

→ L'offre de soins est insuffisante et extrêmement inégale sur l'ensemble du territoire.

L'EXEMPLE DE LA GUYANE

Si les indicateurs de santé de la population de la Guyane sont en amélioration, ils restent particulièrement inquiétants et fragiles comparés à ceux de la population métropolitaine. On constate notamment une mortalité prématurée supérieure de 30 % à celle de l'ensemble du territoire. On peut remarquer également la survenue plus précoce des décès pour maladies de l'appareil circulatoire, une surmortalité néonatale et infantile élevée, ou encore une surmortalité liée au VIH/SIDA⁸⁰. Les conditions climatiques guyanaises exposent également la population à des pathologies infectieuses épidémiques tropicales (Zika, Chikungunya, Dengue) ou encore à la tuberculose dont l'incidence (18,3/100 000 habitants) en 2015 est bien plus élevée que la métropole (7,1/100 000) en 2015⁸¹. La périnatalité représente également un défi important, notamment pour les femmes exilées et leurs enfants : « 69 % des nouveau-nés avec AME étaient des nouveau-nés de petits poids de naissance avec des problèmes significatifs, sévères ou majeurs » (ARS, 2018).

Dans ces conditions, l'offre de soins en Guyane est loin d'être à la hauteur des enjeux du territoire et peine à répondre aux besoins de la population, particulièrement les personnes plus précaires et dans les zones isolées.

Si l'offre de soins sur l'île de Cayenne est relativement complète, les autres communes sur le territoire souffrent d'un déficit de services publics qui limitent l'accès aux droits et aux soins.

L'île de Cayenne bénéficie d'un centre hospitalier situé à Cayenne (centre hospitalier Andrée-Rosemon/CHAR), mais aussi d'établissements privés, notamment pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD). Toutefois, le CHAR est inscrit dans une crise durable structurelle et financière ayant mené, en 2016-2017, à une aide financière exceptionnelle versée par l'État et un plan de réhabilitation et de restructuration de ses bâtiments. De manière générale, l'hôpital n'arrive pas à stabiliser ses effectifs médicaux, ressource rare en Guyane.

En ce qui concerne les médecins généralistes, malgré un déficit quantitatif, celui-ci est considéré comme « acceptable » selon le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM, 2017). En revanche, il existe un déficit qualitatif et quantitatif de médecins sur certaines spécialités à l'hôpital et dans une mesure encore plus importante en ville (pédiatrie, ophtalmologie, endocrinologie, cancérologie, etc.).

Pour ce qui concerne les autres professionnels de santé libéraux de premier recours, l'offre sur l'île de Cayenne semble suffisante mais inégale en fonction du corps de métier : la zone est surdotée en infirmiers et en masseurs-kinésithérapeutes. En revanche, il existe un déficit important concernant les chirurgiens-dentistes.

Dans les communes isolées, la prise en charge de premier recours est assurée par les centres délocalisés de prévention et de soins ; ces structures accueillent toute personne gratuitement sans enclencher systématiquement des ouvertures de droit. Cependant, les infrastructures et les équipements sont vieillissants et la ressource humaine est loin d'être suffisante, laissant des équipes, notamment dans le **Centre Délocalisé de Prévention et de Soins** (CDPS) de Saint-Georges, surmenées et dépassées par la demande.

Avec un déficit global et une offre de soins répartie inégalement, la Guyane ne permet pas de répondre aux enjeux de santé, particulièrement pour les plus précaires. Les indicateurs de précarité sont élevés en Guyane et les données concernant l'assurance maladie l'illustrent également. **En 2017, 29 % des personnes couvertes par l'assurance maladie bénéficiaient de la CMUc. La Guyane enregistre aussi une part importante de personnes bénéficiaires de l'AME (20 % des recettes hospitalières)** (ARS Guyane, 2018). Les personnes en situation de précarité rencontrent de nombreux obstacles dans leur parcours, parmi lesquels la méconnaissance des circuits d'accès aux droits,

(80) La Guyane est en situation d'épidémie généralisée du VIH avec un taux de prévalence supérieur à 1 % chez les femmes enceintes (COS ARS, 2018).
(81) <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Tuberculose/Donnees-epidemiologiques>

la barrière de la langue et non-acceptation de la présence d'accompagnants dans certains services publics, l'attitude des accueillants, la discrimination à l'égard des étrangers, la répression policière et les contrôles récurrents menant à une peur de se déplacer et d'être arrêté, la difficulté d'apporter les justificatifs demandés pour constituer les dossiers, les renouvellements récurrents occasionnant des ruptures de droits et enfin le manque de transport en commun entraînant des difficultés à se déplacer.

Les équipes de MdM Guyane ont aussi constaté des délais de traitement extrêmement longs des dossiers par la Caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) de Guyane, des files d'attente aux portes de la CGSS dès 2 heures du matin pour déposer un dossier et un durcissement dans l'accès aux droits notamment en termes de demandes de pièces abusives non réglementaires. Des pratiques abusives ont également été constatées en ce qui concerne la domiciliation : aucune domiciliation n'a été accordée par le CCAS sur la commune de Saint-Georges malgré la simplification opérée par la loi Alur et la fusion des régimes de domiciliation.

Les barrages avec contrôle systématique d'identité mis en place sur les routes menant des frontières franco-surinamaise et franco-brésilienne à Cayenne instaurent un climat d'insécurité qui éloigne les personnes en situation administrative précaire de leur accès aux droits et aux soins. Depuis 2013, huit associations⁸², membres du collectif MOM (Migrants outre-mer), se sont regroupées pour contester les arrêtés qui prolongent les deux barrages policiers permanents établis sur la seule route menant à Cayenne depuis l'est et l'ouest de la Guyane.

Au vu des difficultés que connaît la population et compte tenu de la complexité des démarches, la demande d'accompagnement social, notamment pour l'accès aux droits, est importante. Sur l'île de Cayenne, plusieurs structures publiques ou associatives proposent un accompagnement, mais l'offre reste fragmentée et saturée.

De plus, les mouvements sociaux de 2017 ont encore plus fortement touché l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité : difficultés d'accès physique à la Sécurité sociale empêchant les ouvertures de droit et retardant les prises en charge, délai de traitement des dossiers de plus de six mois, difficultés d'accès physique aux services de santé et barrière linguistique.

Le centre hospitalier de Cayenne dispose de **deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**, l'une à l'hôpital de Cayenne, l'autre, délocalisée à Balata, un des quartiers prioritaires de la ville de Matoury. En 2017, la file active des assistantes sociales était de 3214 personnes pour les deux PASS, soit une augmentation de 37 % par rapport à l'année 2016. Le nombre de consultations médicales et infirmières à la PASS de Cayenne était de 2 618 (+37 % par rapport à 2016) et sur Balata de 1 495 (+45 % par rapport

à 2016). Les PASS restent saturées et fragiles par manque de moyens, malgré un renforcement de l'équipe médico-sociale de la PASS de Cayenne en 2016. Les moyens restent inadéquats face aux besoins d'accès aux soins et aux droits : on constate plusieurs semaines d'attente entre la date de prise du rendez-vous et celle du rendez-vous.

Les actions de promotion de la santé de MdM Guyane dans certains quartiers prioritaires de l'île de Cayenne montrent l'importance de l'approche en médiation auprès des populations précaires et isolées, les plus éloignées des soins.

03

LA POLITIQUE D'ACCUEIL : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE



1. LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX À L'ÉPREUVE DE LA POLITIQUE MIGRATOIRE FRANÇAISE

LES POINTS ESSENTIELS

- Une aggravation des conditions de vie et de santé des exilés, constatée par les associations.
- Une multiplication des opérations d'évacuation et un harcèlement incessant des exilés destiné à éviter toute reconstitution des campements.
- Des projets de lois ou de textes réglementaires qui mettent en péril les droits des réfugiés et des migrants en France.
- Des associations contraintes de saisir le juge quand leurs interpellations ne sont plus entendues.

86

Les conflits armés, les persécutions et l'instabilité mondiale - qu'elle soit géopolitique, économique ou climatique - expliquent l'augmentation continue du nombre de personnes forcées de fuir leur pays. Selon l'UNHCR, 68,5 millions de personnes ont été déracinées dans le monde en 2017, soit 31 personnes par minute⁽⁸³⁾. L'Europe, loin d'accueillir la majorité des personnes déracinées, a reçu environ 700 000 demandes d'asile en 2017, on estime que plus de 186 000 personnes⁽⁸⁴⁾ sont entrées en Europe via les routes méditerranéennes (routes terrestres ou maritimes). Environ 92 % des migrants ont atteint les pays européens par la mer (172 301), les 8 % restants sont arrivés par diverses routes terrestres. Si le nombre d'arrivées a baissé au cours de cette dernière année, les morts et les disparus sur les routes migratoires persistent : l'année 2017 s'est achevée avec plus de 3 000 morts ou disparus répertoriés en Méditerranée⁽⁸⁵⁾.

L'exil entraîne le plus souvent une extrême précarité et expose à toutes formes de violences. La fermeture des frontières, imposée par les politiques migratoires européennes, induit des conditions de voyage encore plus dangereuses : les passages et les routes migratoires sont de plus en plus périlleux, abandonnant les personnes aux mains des réseaux mafieux et des trafiquants, les exposant aux violences extrêmes et aux traumatismes et leur imposant de vivre dans une insécurité croissante.

« Ça fait à peu près trois ans que je suis parti de Somalie. Et là, je t'avoue que ça devient dur. Je commence à fatiguer. [...] J'ai passé un mois en Éthiopie, quatre mois au Soudan [...]. Comme tout le monde je suis passé par la Libye. On m'a kidnappé et je suis resté emprisonné huit mois, on était entassé à 300 dans un hangar, souvent plusieurs jours sans manger. Les Libyens ont demandé 10 000 dollars à ma famille pour me libérer. Évidemment on n'avait pas cette somme. Personne n'a une telle somme, donc ils tuent arbitrairement une dizaine de personnes par jour, car il faut faire de la place pour les nouveaux venus. Certains sont abattus, certains sont vendus, [...] moi, j'ai eu la chance d'être relâché. Après, il y a eu la traversée. Tout est allé très vite, énormément de monde essayait de monter dans un tout petit bateau pneumatique. Certains sont tombés à l'eau avant même que le bateau soit lancé. Puis, la traversée a commencé. On a foncé tout droit dans la nuit, jusqu'à atteindre les eaux internationales tous accrochés les uns aux autres en priant que le bateau ne se renverse pas... Au bout de quelques heures un bateau italien nous a repêchés. J'ai alors pensé que nous étions sauvés, que ça y est, j'allais m'en sortir. Je n'aurais pas imaginé deux ans après me retrouver sous un pont porte de la Chapelle. »

[Veille sanitaire Paris, 2017]

(83) UNHCR, rapport annuel sur les migrations forcées, http://www.unhcr.org/globaltrends2017/#_ga=2.57321187.874334244.1529335278-1194207618.1529335278

(84) Migration flows to Europe, displacement tracking matrix (DTM), Janvier 2018, http://migration.iom.int/docs/2017_Overview_Arrivals_to_Europe.pdf

(85) <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>

« En France, la politique conduite vis-à-vis des réfugié.e.s est nettement déficitaire, en particulier au niveau du premier accueil. Cette situation fait contraste avec l'inscription du droit d'asile dans la Constitution et la capacité de la France à octroyer une protection internationale à des publics prioritaires en fonction d'objectifs de politique étrangère ou humanitaire », déplorait le Conseil économique, social et environnemental dans son avis de mai 2018 [CESE 2018].

En effet, entre 2017 et 2018, de nombreux événements ont rythmé la gestion française et européenne de l'accueil des exilés. Si beaucoup d'entre eux peuvent paraître aberrants tel le projet précipité de loi Asile et immigration réunissant un consensus dans la critique jamais égalé, ils s'inscrivent en réalité dans une logique dont le fil rouge, la répression, conduit la société civile à s'ériger en dernier rempart des droits de l'Homme, appuyée de plus en plus par le pouvoir judiciaire.

Les équipes de MdM présentes depuis plus de trente ans en France constatent une aggravation des conditions de vie et de santé des exilés. Le CESE ajoute d'ailleurs que « l'accès à des soins élémentaires est une nécessité pour les exilé.e.s dont le parcours a souvent conduit à une détérioration de l'état physique et psychique. Or, des obstacles importants à l'accès aux soins doivent être levés ». [...] « En l'absence d'hébergement, les demandeur.euse.s d'asile n'ont que difficilement accès aux soins de santé : c'est pourquoi il est essentiel de s'assurer que les personnes aient accès à un hébergement » [CESE 2018].

Pour répondre à une demande conséquente de mise à l'abri de milliers d'exilés dormant à la rue, la mairie de Paris avait mis en place, fin 2016, deux centres humanitaires de premier accueil (CPA), répondant aux normes internationales pour l'accueil de ces populations : un premier réservé aux hommes seuls et situé porte de la Chapelle de novembre 2016 à mars 2018 (400 places), un second accueillant les familles et les femmes seules avec ou sans enfants (350 à 400 places) à Ivry-sur Seine en place depuis janvier 2017. MdM s'est associé pendant sept mois au CPA de porte de la Chapelle (novembre 2016-juin 2017) dans le cadre d'un partenariat avec Emmaüs Solidarités afin d'assurer conjointement avec le Samu social de Paris et l'EMPP (équipe mobile psychiatrie-précarité) une veille sanitaire et proposer des orientations vers le droit commun en cas de besoin. Environ 17 000 hommes ont été hébergés au sein du CPA entre novembre 2016 et décembre 2017. Au cours de cette collaboration au sein du CPA en 2017, ce sont 2 140 évaluations médicales (médecine générale et santé mentale)

qui ont été réalisées par les équipes de MdM. Plus de 3 600 hommes seuls y ont effectué un bilan infirmier réalisé par les équipes du Samu Social de Paris dont près de 80 % d'entre eux ont été orientés vers des équipes de MdM. Si MdM est sorti du dispositif pour passer le relais au droit commun, l'urgence sanitaire est maintenant focalisée à l'extérieur du CPA. Les équipes de MdM ont continué leur veille sanitaire (démarrée dès juin 2015) dans les rues de Paris où environ 80-100 personnes arrivent chaque jour et se regroupent au sein de campements informels. En 2017, au cours de 121 veilles sanitaires, 2 209 consultations médicales (auprès d'hommes seuls pour 94 %) ont été réalisées, permettant à un public très vulnérable d'être écouté, soigné et pris en charge par les dispositifs de droits commun.

« Ça fait vingt jours que je suis à Paris et je n'ai toujours pas pu accéder au centre de la Chapelle. Je n'ai même pas de tente donc je dors sous un pont à côté du canal Saint-Denis avec d'autres réfugiés. Des tentes, des gens nous en avaient données mais la police nous les a prises. Hier encore ils sont venus à 8 heures du matin nous réveiller. Ils ont arraché nos couvertures et les ont jetées sous la pluie. [...] Lorsqu'on dort dans la file du camp ils nous disent de partir, alors on va sous les ponts. Lorsqu'on dort sous les ponts, ils nous disent de partir, où est ce que l'on est censé aller ? Hors de Paris, c'est leur réponse. »

[Veille sanitaire Paris, 2017]

LA PROCÉDURE DE DEMANDE D'ASILE EN FRANCE

L'asile est la protection qu'accorde un État à un ressortissant étranger qui est (ou qui risque d'être) persécuté dans son pays et qui ne peut y être protégé par les autorités. La Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés 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. Outre les obligations qui incombent à la France en vertu du droit international et du droit européen, le droit d'asile a une valeur constitutionnelle⁸⁶.

À la suite de la récente réforme de l'asile en France⁸⁷, depuis le 1^{er} novembre 2015, toute personne qui souhaite solliciter l'asile doit d'abord se présenter auprès de la Plateforme d'accueil pour demandeurs d'asile (Pada) de son département, qui est chargée de fixer un rendez-vous au guichet unique de demande d'asile (Guda) de la préfecture pour le dépôt de sa demande.

Lors de l'enregistrement de la demande, la préfecture détermine si la France est responsable de l'examen de la demande d'asile en vertu du règlement européen dit « Dublin III ». En effet, il est possible qu'un autre État européen soit responsable de la demande d'asile notamment lorsque le demandeur a transité par cet État, y a entamé des démarches de demande d'asile ou que s'y trouvent des membres de sa famille. Un seul État peut être responsable d'une demande d'asile.

« M. a pris la décision de fuir son pays avec son petit frère. En Libye, ils sont séparés. M. est envoyé en prison et battu. À sa sortie, il travaille six mois pour un homme en échange de nourriture et d'une place sur un canot pour l'Italie. [...] En Italie, on le pousse à demander l'asile mais il veut partir pour la France car il vient d'avoir des nouvelles de son petit frère qui a été pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance à Paris. Il prend le premier train et se retrouve à Bordeaux. Quand il va demander l'asile, on lui dit qu'il doit repartir en Italie qui est responsable de sa demande. [...] Mdm l'aide à rédiger un courrier à destination du préfet. M. devra attendre six mois dans l'angoisse pour savoir si le transfert vers l'Italie est rendu effectif ou s'il peut rester en France pour demander l'asile. »

[Caso de Bordeaux, 2017]

Lorsqu'elle relève d'un autre État membre de l'Union européenne que la France (information obtenue grâce à la consultation des fichiers Eurodac et Visabio), la préfecture saisit l'État responsable d'une demande de transfert afin d'engager le renvoi du demandeur d'asile vers cet État. Le sort des personnes relevant du règlement de Dublin III constitue ainsi un enjeu central, beaucoup se retrouvant soumis à des mesures coercitives (assignation à résidence, rétention) puis, au terme d'une procédure complexe, dans une véritable impasse administrative.

En revanche, lorsque l'examen de la demande d'asile relève de la responsabilité de la France, la préfecture remet au demandeur une attestation l'autorisant à se maintenir sur le territoire pour la durée de sa procédure d'asile. Selon la situation et si l'Ofpra (Office français pour les réfugiés et apatrides) considère que la demande est recevable, le demandeur peut être placé en procédure normale ou accélérée⁸⁸. C'est l'Ofpra qui est chargé de recevoir et d'instruire les demandes d'asile. Selon que le demandeur d'asile relève de la procédure normale ou de la procédure accélérée, les délais théoriques d'instruction de la demande peuvent varier entre quinze jours et six mois. En cas de rejet de la demande par l'Ofpra, le demandeur peut saisir la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour contester la décision. Si la CNDA rejette sa demande (ou lorsque le demandeur ne fait pas de recours devant la CNDA), il est alors débouté du droit d'asile et la préfecture pourra prononcer à son encontre une obligation de quitter le territoire français (OQTF).

Pendant l'instruction de sa demande, le demandeur d'asile doit bénéficier de conditions matérielles d'accueil : il doit lui être proposé un hébergement ainsi que le bénéfice d'une allocation pour demandeurs d'asile (Ada) et l'accès à une couverture maladie. Il n'est pas autorisé à travailler.

(86) Préambule de la Constitution de 1946 et de la Constitution de 1958.

(87) Loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015.

(88) Notamment sur le motif qu'il est originaire d'un pays dit « sûr » ou sur le motif de suspicion d'une fraude. Au 9 octobre 2015, la liste des pays sûrs comprend les 16 États suivants : Albanie, Arménie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Géorgie, Ghana, Inde, Kosovo, Ancienne République yougoslave de Macédoine (ARYM), Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal, Serbie, Tanzanie.

L'APPEL D'AIR : DE L'EXCUSE ÉTATIQUE À L'INDIGNITÉ

Argument largement déployé par les pouvoirs publics, ce fantasme de l'appel d'air les conduit à nier aux exilés les droits les plus élémentaires.

À Calais en juillet 2017, où MdM maintenait ses activités médicales après le démantèlement du bidonville de la jungle, les associations ont très vite dû recourir au juge pour obtenir de l'État qu'il réponde aux besoins les plus élémentaires des centaines d'exilés toujours présents sur le Calaisis : un accès à l'eau, aux sanitaires et une information sur l'asile. Le Conseil d'État, le 31 juillet 2017, jugeait en effet « *que les conditions de vie des migrants révèlent une carence des autorités publiques, qui est de nature à exposer les personnes concernées à des traitements inhumains ou dégradants et qui porte donc une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale* »⁸⁹. Pourtant malgré cette alerte du juge, l'immobilité des pouvoirs publics a entraîné l'ONU, en octobre 2017, à exhorter la France de mettre en place des mesures pérennes sur Calais et la région nord du pays pour l'accès à l'eau⁹⁰.

Près de 1 000 personnes, hommes, femmes et enfants, bloquées à la frontière, en attente d'une solution ou d'un passage vers le Royaume-Uni, vivent toujours dans des conditions indignes et dégradantes, causes de souffrances caractérisées, somatiques et psychiques. MdM a redoublé d'effort pour atteindre à la fin de l'année le maximum de ses capacités opérationnelles, à savoir quatre sorties en clinique mobile par semaine et développer une approche en santé mentale pour venir en aide aux plus vulnérables. Des accompagnements vers les structures de santé et des distributions de biens de première nécessité ont également été réalisés. Au cours de l'année 2017, à Calais et à Dunkerque, 162 sorties ont été réalisées et plus de 4 000 personnes ont été rencontrées par une équipe de 40 bénévoles et trois salariés.

L'INVISIBILISATION PAR LES EXPULSIONS SANS SOLUTION

Lors de la déclaration du président de la République, Emmanuel Macron en juillet 2017, affirmant qu'il n'y aurait plus personne à la rue d'ici la fin de l'année, les associations, loin d'être dupes, se préparaient à des opérations d'évacuation violentes.

Dès septembre 2017⁹¹, le bois du Puythouck de Grande Synthe, où s'étaient réfugiées près de 400 personnes, était évacué en dehors des cadres légaux habituels. Cette évacuation, basée sur des arrêtés⁹² organisant de simples contrôles d'identité, conduisait pourtant à l'orientation en CAO pour les moins réticents, mais à un placement en garde à vue puis en centre de rétention pour les autres. Encore une fois les associations, dont MdM, ont dû saisir le juge en vue d'un rappel des textes élémentaires régissant les expulsions⁹³.

Pendant ce temps, à Metz, s'organisait le démantèlement d'un dispositif d'accueil des demandeurs d'asile officiel et pourtant indigne : le parking de Blida⁹⁴. Ainsi le 15 novembre 2017⁹⁵, les autorités préfectorales organisaient son évacuation sans qu'aucune information n'ait été donnée aux habitants et pour cause : les premiers étaient évacués vers des CAO, puis vers des centres de préparation au retour volontaire, enfin les derniers vers des centres de rétention.

Plus récemment à Paris, le centre de premier accueil fermait ses portes en mars 2018 (CPA évoqué page 87). Ce projet, initié par les équipes de la mairie de Paris autour d'un besoin d'accueil et d'accès aux droits a très vite été repris en mains par les services de l'État, puis décrié⁹⁶ pour désormais être remplacé par cinq centres d'accueils et d'évaluation des situations (CAES) en Île-de-France⁹⁷.

(89) <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/Conseil-d-Etat-31-juillet-2017-Commune-de-Calais-Ministre-d-Etat-ministre-de-l-Interieur>

(90) <https://news.un.org/fr/story/2017/10/366202-calais-la-france-doit-fournir-de-leau-potable-et-des-services-dassainissement#.WeW4g1u0NaS>

(91) <http://www.lavoixdunord.fr/220205/article/2017-09-19/entre-350-et-400-migrants-evacues-de-la-jungle-du-puythouck>

(92) Du 13 septembre 2017.

(93) La décision devrait intervenir à la fin de l'année 2018.

(94) Accueillant près de 800 personnes et géré par ADOMA réquisitionnée pour l'occasion, ce bidonville s'organisait alors autour de sanitaires dans un état déplorable, de baraques de bois où étaient disponibles des gazinières et d'une guérite, élément central de l'organisation puisqu'il visait à contrôler les entrées des habitants et des associations. Quant aux abris, faits de morceaux de bois, de tôle, récupérés çà et là construits sans aucune aide, les conditions de vie y étaient aussi dures qu'à Calais quelques mois plus tôt.

(95) <https://www.francebleu.fr/infos/societe/metz-800-migrants-evacues-du-camp-de-blida-a-l-approche-de-l-hiver-1510754527>

(96) Cf. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins 2016 p. 93 - La mairie de Paris en novembre 2016 (quelques semaines après le démantèlement de la jungle de Calais) avait fait le choix d'ouvrir le centre de premier accueil articulé autour d'une « bulle », sorte de sas où l'accueil était inconditionnel et permettait à tous de recevoir des informations sur leurs droits, puis le centre de mise à l'abri, ouvert uniquement aux hommes majeurs potentiellement demandeurs d'asile. Un dispositif qui très vite a fait l'expérience de son insuffisance puis, rendant la mise à l'abri accessoire, s'est transformé en centre d'évaluation des situations administratives. C'est ainsi que dès juin 2017, les équipes de MdM qui participaient à la veille sanitaire au sein du centre démontrant ainsi que grâce à des moyens accessibles une prise en charge de la santé pouvait rapidement être mise en œuvre, l'ont quitté considérant que l'urgence sanitaire se trouvait alors dans les rues.

(97) À Paris, Nanterre (Hauts-de-Seine), Vaux-le-Pénil (Seine-et-Marne), Ris-Orangis (Essonne) et Cergy (Val-d'Oise) : <http://www.leparisien.fr/paris-75/voici-le-nouveau-dispositif-pour-l-accueil-des-migrants-en-ile-de-france-16-03-2018-7611918.php>

Preuve de l'inadéquation de ces dispositifs, le 29 mai 2018⁹⁸, l'État organisait une 35^e évacuation sur le territoire parisien, au camp du Millénaire, porte de la Villette. Mais pour la première fois, sur les 1 600 personnes présentes, près de 600 avaient quitté le camp la veille de l'opération, démonstration de la défiance des exilés à l'égard de ces centres de tri.

Passée la médiatisation de cette évacuation, le harcèlement continue. Pour éviter toute reconstitution de campement, les exilés sont sommés de quitter les lieux chaque fois qu'ils s'y arrêtent, à toute heure du jour et de la nuit, les contraignant à l'errance et à l'épuisement⁹⁹ comme le déplorent le Centre Primo Levi et MdM dans un récent rapport [Centre Primo Levi 2018].

« Ça n'est pas facile. Vraiment avec ce froid là ça n'est pas facile. Quand la fraîcheur tombe le soir-là, je n'ai même pas un sac de couchage pour dormir. Hier sous le pont où l'on dort, des Afghans ont allumé un petit feu pour que l'on puisse se réchauffer. Tout de suite la police est arrivée, ils ont éteint le feu et envoyé du gaz sur tout le monde. Ça me brûle encore et on ne pouvait plus utiliser les couvertures. On a dû partir et marcher sous la pluie, pour se cacher ailleurs. Mais nous cacher ça va pas nous faire disparaître. »

[Veille sanitaire de Paris, 2017]

L'HÉBERGEMENT CONDITIONNEL : L'APPROCHE PAR LES CHIFFRES D'UNE STRATÉGIE INHUMAINE

Avec la multiplication des opérations d'évacuations des bidonvilles et des campements éparses, on pourrait imaginer que les orientations vers les hébergements d'urgence aient été facilitées et les moyens de ces structures accrus. Or, pour première réponse, deux circulaires, publiées en décembre 2017, ont contraint près de 20 associations à s'engager dans un contentieux visant à les faire annuler ou à tout le moins en neutraliser les effets.

Le 4 décembre 2017, le ministère de l'Intérieur publiait une instruction¹⁰⁰ aux préfets de régions et de départements visant notamment à définir les actions à mener en 2018 en vue d'atteindre les objectifs définis de création de places d'hébergement pour les demandeurs d'asile.

Le 12 décembre 2017, le ministre de l'Intérieur et le ministre de la Cohésion des territoires publiaient une circulaire¹⁰¹ qui, si elle rappelle l'inconditionnalité de l'accueil, questionnait l'inconditionnalité du « maintien » dans l'hébergement d'urgence. En effet, y étaient prévues des évaluations de la situation administrative des personnes hébergées par des équipes composées d'agents de la préfecture compétents en droit des étrangers et d'agents de l'Ofii¹⁰².

À l'initiative de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et craignant que les centres d'hébergement ne se muent en des lieux de contrôle et de tri des personnes sans domicile, plusieurs associations¹⁰³, dont MdM, soutenues par le Défenseur des droits¹⁰⁴, ont saisi le Conseil d'État d'un recours en annulation contre ces deux circulaires. Le 11 avril 2018, le Conseil d'État rendait deux décisions portant respectivement sur chacune des circulaires^{105,106}.

En substance, le Conseil d'État rejetait la plupart des arguments des associations mais annulait une partie de la circulaire du 4 décembre 2017. En effet, cette dernière prévoyait à son annexe 3.2 que les gestionnaires d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile pouvaient mettre fin à leur prise en charge alors même que seul l'Ofii est compétent pour statuer sur l'admission ou la sortie du lieu d'hébergement.

Concernant la circulaire du 12 décembre 2017, le Conseil d'État confirme l'interprétation neutralisante qu'il en faisait le 20 février et conclut au rejet de la demande d'annulation des associations dans la mesure où la circulaire ne « confère aucun pouvoir de contrainte aux agents chargés de se rendre dans les lieux d'hébergement, que ce soit à l'égard des personnes hébergées ou des gestionnaires des lieux d'hébergement ; La circulaire ne fait que rappeler la possibilité pour l'État de reconduire les personnes faisant l'objet d'une OQTF selon les procédures légales ;

(98) <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/migrants/2018/05/29/campement-du-millenaire-il-etait-temps>

(99) https://www.francetvinfo.fr/monde/europe/migrants/a-paris-medecins-du-monde-denonce-un-harcelement-policier-aupres-des-migrants_2357821.html

(100) http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/12/cir_42787.pdf

(101) https://www.gisti.org/IMG/pdf/circ_2017-12-12_norintk1721274.pdf

(102) Ces équipes auraient été amenées à intervenir directement au sein des structures d'hébergement afin de « déterminer [les] conditions légales de séjour en France », d'« informer les personnes sur leurs droits », d'« informer le gestionnaire de la structure d'hébergement des règles et procédures applicables en matière de droit au séjour, d'accès à la procédure d'asile, d'aide au retour volontaire ». Elles devaient ensuite orienter les personnes bénéficiaires de la protection internationale vers un logement pérenne, les demandeurs d'asile vers un enregistrement de leur demande et le DNA, et « pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire national, faisant l'objet d'une OQTF : une aide au retour devra leur être proposée ; si elles ne souhaitent pas en bénéficier, elles devront être orientées vers un dispositif adapté en vue de l'organisation d'un départ contraint ».

(103) Fédération des acteurs de la solidarité, Cités du Secours Catholique, association Droit au Logement, association Les Petits Frères des Pauvres, Aurore, Dom'Asile, Emmaüs France, Emmaüs Solidarité, France Terre d'Asile, L'Amicale du Nid, ANAS, UNIOPSS, La Cimade, Fédération Entraide Protestante, FEHAP, Fondation Abbé Pierre, Fondation de l'Armée du Salut, Ligue des Droits de l'Homme, Le CASP, Centre Primo Levi, GISTI, Le Refuge, Le Secours Catholique, Médecins sans frontières, Oppelia.

(104) https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/defenseur_des_droits_-_decision_2018-023.pdf

(105) <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/Conseil-d-Etat-decision-du-11-avril-2018-Federation-des-acteurs-de-la-solidarite-et-autres-2>

(106) <http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Decisions/Selection-des-decisions-faisant-l-objet-d-une-communication-particuliere/Conseil-d-Etat-decision-du-11-avril-2018-Federation-des-acteurs-de-la-solidarite-et-autres>

La circulaire n'a ni pour objet ni pour effet de dispenser les services de l'État du respect de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 ; interdisant dès lors aux gestionnaires de structure de remettre aux agents chargés de se rendre dans les lieux d'hébergements des informations de nature personnelles dans ce cadre précis ; la circulaire ne modifie pas les conditions de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ».

Après ces textes réglementaires peu favorables, le « projet de loi pour une immigration maîtrisée et un droit d'asile effectif » aurait été l'occasion d'inscrire dans la loi l'amélioration des conditions d'accueil des exilés. En effet, en janvier 2018, la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) dont Mdm est membre, constatait une dégradation massive de la situation des exilés en France, deux ans après l'entrée en vigueur de la loi du 29 juillet 2015. Son interpellation espérait ainsi permettre au législateur « d'éviter la répétition des mêmes erreurs afin de pouvoir aboutir à un système d'asile respectueux des droits et de la dignité des personnes en exil » [CFDA 2018]. Les améliorations auraient pu se faire par une prise en compte homogène des besoins en santé, par une revalorisation de l'allocation aux demandeurs d'asile ou par l'homogénéisation des structures d'hébergements (CAO, CAES, CADA, etc.) vers plus de qualité dans l'accompagnement (juridico-social notamment). Mais plutôt que de profiter de l'expertise d'associations ou de celles des juges du Conseil d'État, le gouvernement a fait le choix de passer outre, en dépit des alarmes de la CNIL sur le partage de données personnelles, puisque le projet de loi Asile et immigration prévoit par ailleurs de « légaliser » les échanges d'informations entre les SIAO et l'OFii.

MESURES COERCITIVES ET ÉLOIGNEMENT : LA CRÉATIVITÉ DU LEGISLATEUR DANS LA TRAQUE

Le 20 mars 2018, l'Assemblée nationale, avant même d'initier les discussions autour du projet de loi Asile et immigration, promulguait la loi n° 2018-187 permettant une bonne application du régime d'asile européen¹⁰⁷. Si son intitulé peut porter à confusion, il s'agit bien d'un texte souhaité par le gouvernement, ayant pour objectif principal de faciliter le placement en rétention de personnes en procédure Dublin : de demandeurs d'asile donc, majeurs comme mineurs, puisque, selon le ministère de l'Intérieur, rien dans la jurisprudence de la cour de justice de l'Union européenne ne s'y oppose.

Dans le prolongement de ce premier texte, le projet de loi Asile et immigration prévoit l'introduction de nombreuses mesures coercitives, telles la possibilité d'assigner à résidence ; le pouvoir des agents de police, non-officiers de police judiciaire, de retenir 24 heures un étranger en vue de vérifier son droit au séjour ; et le plus emblématique : l'allongement de la rétention passe de 45 à 90 jours (voire 135 jours) dans l'objectif d'obtenir les laissez-passer consulaires¹⁰⁸ avant la fin de la rétention. Pourtant, rien n'indique que les États qui ne les transmettaient qu'au 46^e jour ne les transmettront pas au 91^e.

Pour poursuivre cette politique d'enfermement au détriment de l'accueil, une des premières circulaires que prendra Gérard Collomb, ministre de l'Intérieur sera l'instruction du 20 novembre 2017¹⁰⁹ ayant pour but de définir les « objectifs et priorités en matière de lutte contre l'immigration irrégulière »¹¹⁰. Son fil rouge est simple : l'optimisation de l'éloignement par l'usage de toutes les mesures coercitives disponibles.

L'éloignement est une variable d'ajustement de la saturation des dispositifs. En effet, le projet de loi Asile et immigration prévoit que l'interdiction de retour sur le territoire français (IRTF) devra systématiquement être prononcée en parallèle d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) sans délai. Il prévoit également que le recours d'une décision de l'Ofpra devant la CNDA ne sera plus suspensif pour les demandeurs d'asile de pays d'origine dits « sûrs », pour ceux dont la demande de réexamen a été rejetée et enfin pour ceux présentant une menace grave pour l'ordre public. Ce même recours devra désormais se faire dans les quinze jours suivants la décision et non plus un mois (alors même que ce délai était décrié comme étant trop court).

FRONTIÈRES TERRESTRES, CIMETIÈRE DE NOS VALEURS

Si l'on connaissait par l'histoire de Cédric Herrou, militant français pour l'aide aux migrants et de la vallée de la Roya une partie du problème à la frontière franco-italienne, l'année 2017 marquée par des pratiques de renvois illégaux et de refus d'accès à des personnes souhaitant demander l'asile, a permis d'observer que toute la frontière était devenue infranchissable, de Menton à Briançon en passant par la vallée de la Roya.

Les chemins empruntés sont de plus en plus dangereux, comme le confirment les découvertes régulières de cadavres lors des fontes des neiges au printemps. Le 19 juin 2018,

(107) https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0F7F8E492FEB8036116E3074DE5DAFE1.tplgr39s_1?cidTexte=JORFTEXT000036728690&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000036728687

(108) Lorsqu'un étranger en instance d'éloignement ne présente aucun passeport, la préfecture doit solliciter un laissez-passer auprès du consulat du pays dont il est supposé être le ressortissant.

(109) https://www.gisti.org/IMG/pdf/circ_2017-11-20_intv1730666j.pdf

(110) Ce texte destiné alors aux préfets, DG de la police et de la gendarmerie, DGEF, Ofpra et Ofii n'est, encore aujourd'hui, toujours pas diffusé sur Légifrance.

la CNCDH rendait un avis extrêmement lucide et critique à l'égard des pratiques abusives et des violations des droits quotidiennes recensées sur ce territoire [CNCDH 2018] : « Lors de ses deux déplacements, la CNCDH a été profondément choquée par les violations des droits des personnes migrantes constatées et par les pratiques alarmantes observées sur ces deux zones frontalières où la République bafoue les droits fondamentaux, renonce au principe d'humanité et se rend même complice de parcours mortels. » Rappelons à ce stade que dans les premières versions du projet de loi Asile et immigration, avait été envisagé d'introduire un délit de franchissement des frontières ainsi que la notion de « pays tiers sûrs ». Ces dispositions ont été abandonnées, faute de conformité à nos engagements internationaux et à notre constitution.

Selon la Croix-Rouge et Caritas, environ 25 000 personnes auraient transité par Vintimille en Italie depuis un peu plus de deux ans.¹¹¹ En 2017, MdM a mis en place des actions de soutien psychologique dans le centre d'hébergement de Caritas à Vintimille auprès des familles et des enfants et adolescents non accompagnés. Ainsi, 36 personnes dont 21 mineurs ont pu bénéficier d'entretiens individuels avec des psychologues. Ces entretiens individuels étaient proposés à l'issue d'activités communes. MdM a également soutenu des initiatives portées par les acteurs de santé et les collectifs citoyens de la vallée de la Roya et

du Briançonnais. Dans la vallée de la Roya, enclave montagnaise, les équipes de MdM ont réalisé 564 consultations infirmières et 68 consultations médicales en 2017. Parmi les 485 personnes accueillies, un tiers étaient des mineurs. Il s'agissait majoritairement d'hommes originaires d'Afrique subsaharienne (essentiellement Soudan et Érythrée). Parmi les personnes rencontrées, environ 70 % d'entre elles avaient quitté leur pays d'origine depuis plus d'un an et 16 % depuis plus de trois ans. Dans la majorité des cas, les pathologies étaient bénignes sauf quelques cas isolés et souvent liés aux conditions de voyage.

À partir du printemps 2017, 4 187 personnes majoritairement originaires des pays d'Afrique de l'Ouest sont passées par le Refuge solidaire dont MdM est partenaire. Plus de 60 % se déclaraient mineurs. Situé à Briançon, il accueille des migrants qui viennent d'Italie et traversent les cols de l'Échelle et du Montgenèvre (essentiellement le col de l'Échelle en 2017). MdM a proposé des temps d'écoute (psychologues et psychiatres) à l'ensemble des acteurs du Briançonnais actifs dans les dispositifs en lien avec les migrants (migrants, bénévoles, salariés, familles d'accueil...). En outre, l'année 2017 a été consacrée à l'accompagnement de la mise en place de la PASS de l'hôpital de Briançon et au soutien à la cellule médicale portée par le refuge (soignants du territoire briançonnais).

LA FRATERNITÉ DÉCRIÉE

Tandis que l'État désorganise méthodiquement l'accueil, les associations et les citoyens qui pallient ses défaillances sont poursuivis, empêchés et dissuadés par différents biais¹¹², dont le plus emblématique : les poursuites pour « délit de solidarité¹¹³ ».

En août et septembre 2017, Cédric Herrou et Pierre-Alain Mannoni étaient condamnés en appel à de la prison avec sursis pour avoir apporté leur aide à des exilés. Les juges considéraient que même s'ils offraient leur aide à titre gratuit, ces activités nourrissaient leur combat politique, qu'ils en tiraient ainsi illégalement une contrepartie et qu'ils n'avaient agi que dans le but de soustraire les exilés aux contrôles.

Grand absent du projet de loi Asile et immigration, le débat sur l'abrogation du délit de solidarité a pu finalement être porté grâce aux interpellations des députés par de très nombreuses associations. Loin de saisir l'opportunité d'abroger réellement le délit de solidarité en ne condamnant que l'aide à l'entrée, au séjour ou à la circulation motivée par un but lucratif comme le suggérait la CNCDH¹¹⁴. Les députés n'ont prévu que d'étendre les exemptions au délit. Inefficace, source d'interprétations hétérogènes et peu courageuse, cette proposition n'abolira donc pas le « délit de solidarité » et continuera de criminaliser ceux qui apportent un peu d'humanité aux exilés.

Au-delà des aidants, ce sont évidemment les exilés qui subissent les conséquences de ces pratiques abusives voire violentes. À chaque saison sa pratique : l'été ce sera les trous dans les bidons d'eau et les projections de gaz sur les personnes qui résistent aux forces de l'ordre ; l'hiver ce sera la destruction des abris et des sacs de couchage, au risque de laisser les exilés en proie au froid et de détruire des prescriptions et médicaments¹¹⁵.

Dernier espoir de Cédric Herrou, de Pierre-Alain Mannoni et de tous ces citoyens et associations engagés, un nouveau contentieux, devant le Conseil constitutionnel. Par une question prioritaire de constitutionnalité, les requérants, soutenus par de nombreuses associations intervenant volontairement, dont Médecins du Monde, interrogeaient la constitutionnalité des textes prévoyant le « délit de solidarité » et plus particulièrement sa conformité au principe de fraternité. L'audience du 26 juin 2018 était l'occasion pour les requérants et les associations de convaincre le Conseil constitutionnel d'ordonner d'abroger le « délit de solidarité¹¹⁶ ».

Ainsi le 6 juillet 2018, il rendait une décision historique d'une part en érigeant la fraternité au rang de principe constitutionnel, et d'autre part en censurant partiellement les textes fondant le délit de solidarité¹¹⁷ : « Il découle du principe de fraternité la liberté d'aider autrui, dans un but humanitaire, sans considération de la régularité de son séjour sur le territoire national. »

ENJEU MONDIAL DES MIGRATIONS : L'OPPORTUNITÉ POUR L'UNION EUROPÉENNE DE REPENSER LE SENS DE SON HISTOIRE

« Face à la réponse sécuritaire apportée par l'Union européenne, la CNCDH attend que soit sérieusement pris en compte l'enjeu mondial que constituent les migrations afin que les valeurs fondatrices de l'Europe, à commencer par la dignité inscrite au chapitre premier de la Charte des droits fondamentaux, soient respectées » [CNCDH 2018].

Depuis 2016, une réforme du régime de l'asile européen commun (RAEC) a commencé par le projet de règlement

Dublin IV de la Commission européenne, qui inquiète par sa dureté et son éloignement des droits et libertés pourtant inscrits dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union.

Si quelques aspects paraissent favorables (notamment la définition élargie de la famille, pouvant permettre de faciliter la réunification familiale), de nombreux points sont au contraire extrêmement préoccupants : recevabilité de la demande d'asile uniquement si le demandeur ne peut pas être renvoyé vers un « pays tiers sûr » ou un « premier pays d'asile » ; suppression de la « clause discrétionnaire »¹¹⁸; suppression de la clause prévoyant la cessation de la responsabilité de l'État après douze mois¹¹⁹ ; réduction des délais de recours, etc.

(112) Les aidants sont menacés par de nombreux biais et les équipes de Médecins du Monde n'y échappent pas : contraventions aux camions médicalisés, menaces, interdictions d'accès à des sites publics comme récemment à Grande-Synthe, interruptions de consultations, tous les moyens sont bons pour désorganiser l'aide.

(113) Les textes ne prévoient pas de « délit de solidarité » mais l'infraction d'aide à l'entrée, à la circulation et au séjour irréguliers à l'article L622-1 du Ceseda.

(114) http://www.cncdh.fr/sites/default/files/170518_avis_delit_de_solidarite.pdf

(115) <http://www.laubergedesmigrants.fr/wp-content/uploads/2018/06/Rapport-expulsion-forc%C3%A9es-mai-2018.pdf>

(116) <https://www.gisti.org/spip.php?article5938>

(117) https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2018/2018717_718QPC.htm

(118) Cette clause avait permis à la France de prendre en charge des demandes d'asile issues de Calais qui auraient dû être examinées par d'autres États membres de l'UE.

(119) De fait, la demande d'asile ne pourra jamais être examinée ailleurs que par le premier pays d'entrée.

« [...] C'est quoi cette histoire de Dublin là, ça ne tient pas la route, personne n'arrive directement en France ou en Allemagne d'un coup comme ça, bien sûr qu'il faut passer par l'Italie ou la Grèce et d'autres pays européens. C'est une arnaque, non ? Ça incite juste les gens à se cacher encore plus pour ne pas donner les empreintes, à ne pas aller dans les camps, à trouver des nouveaux chemins encore plus dangereux. »

[Veille sanitaire de Paris, 2017]

Les objectifs de restrictions de l'accès aux territoires des États membres de l'Union européenne ne sont pourtant pas justifiés par les chiffres : selon l'Institut national d'études démographiques (INED) : « L'Europe compte un peu plus de 510 millions d'habitants en 2016. L'Union européenne annonce 1 260 910 demandes d'asile enregistrées la même année soit un peu moins de 0,25 % du total de la population du continent, dont 60 % en Allemagne. Aucune commune mesure avec les près de 30 millions de réfugiés enregistrés en Europe au lendemain de la Seconde Guerre mondiale¹²⁰ » [Flitti 2018]. Or, tout porte à croire que les textes proposés et adoptés par le gouvernement français depuis cette date, constituent des anticipations de cette réforme, au-delà même des exigences qui seront imposées. D'ailleurs Sylvie Guillaume¹²¹, vice-présidente du Parlement européen le soulignait très justement : « À la veille d'un Conseil européen [des 28 et 29 juin] largement consacré à la politique migratoire, on assiste chez les États membres à un concours Lépine de la solution la plus extrême contre les migrants, dont le nombre baisse pourtant. »

En juin 2018, le nouveau pouvoir italien (coalition entre la Ligue et le Mouvement 5 étoiles) refusait d'accueillir l'Aquarius¹²² de l'ONG SOS-Méditerranée et les 629 migrants qui se trouvaient à bord. Refusant de devenir « le camp de réfugiés de l'Europe », Matteo Salvini, leader de la Ligue du Nord, mouvement d'extrême droite, a ainsi paralysé le projet de réforme du régime d'asile européen commun.

Le Conseil d'État s'érige en dernier rempart à ce qui pourrait découler des négociations au sein de l'UE. Dans son avis portant sur l'application de la notion de « pays tiers sûr », il indiquait que la France ne pourrait appliquer cette disposition, sauf à risquer l'inconstitutionnalité¹²³.

Quant aux textes français, malgré les très nombreuses alertes et analyses constructives (de la CNCDH¹²⁴, du Conseil d'État¹²⁵, du Contrôleur général des lieux de privation de liberté¹²⁶, du Défenseurs des droits¹²⁷, du CESE¹²⁸, de l'ODSE¹²⁹ et de nombreuses associations¹³⁰), les députés n'ont qu'en surface adouci les dispositions les plus extrêmes de la loi Asile et immigration. Les sénateurs, eux, tentaient d'introduire des amendements particulièrement inquiétants telle que la restriction de l'AME aux seuls soins les plus urgents pour les étrangers en situation irrégulière les plus précaires résidant sur le territoire français depuis plus de trois mois ; ceci est en contradiction totale avec les exigences de santé publique les plus élémentaires (cf. encart AME page 65).

La loi Asile et immigration a été définitivement adoptée le 1^{er} août 2018. Sa progressive mise en œuvre confirmera bien assez vite que les personnes seront désormais, à toutes les étapes de leur parcours en France, toujours un peu plus niées dans leur humanité.

(120) Yasmine Flitti, Chronique d'une humanité perdue – Maux d'exil n° 57.

(121) http://www.liberation.fr/debats/2018/06/27/asile-vers-une-europe-a-deux-vitesses_1662093

(122) Coalition entre la Ligue et le Mouvement 5 étoiles.

(123) https://www.lemonde.fr/international/article/2018/06/13/pour-le-conseil-d-etat-les-pays-tiers-surs-voulus-par-l-europe-pour-stopper-les-migrants-sont-inconstitutionnels_5313885_3210.html

(124) http://www.cncdh.fr/sites/default/files/180502_avis_pjl_asile_et_immigration.pdf

(125) <http://www.conseil-etat.fr/content/download/127757/1293562/version/1/file/394206.pdf>

(126) http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2018/04/CGLPL_lettre-Parlement_-PJL-immigration-asile.pdf

(127) https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=17301

(128) http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_15_demandeurs_asile_ue.pdf

(129) http://www.odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE_-_analyse_PJL_asile_immigration_2018_Vdef3.pdf

(130) <http://www.federationsolidarite.org/images/stories/PDF/Plaidoyer-sante-des-etrangers-et-des-exiles-.pdf>

2. ENFANTS ET ADOLESCENTS NON ACCOMPAGNÉS : DE LA NÉCESSITÉ D'UN VÉRITABLE DISPOSITIF D'ACCUEIL

LES POINTS ESSENTIELS

→ Des conditions de « non-accueil » qui aggravent la santé des jeunes.

→ Des pratiques d'évaluation maltraitantes, sources de traumatismes additionnels.

→ Des jeunes refoulés aux portes du dispositif d'évaluation au faciès, sous prétexte qu'ils seraient « manifestement majeurs ».

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS FACE À LA SUSPICION

Bien que les termes varient, les mineurs non accompagnés (MNA) sont des enfants et adolescents de moins de 18 ans, sans représentant légal sur le territoire. Comme les adultes, ils quittent leur pays pour des raisons multiples et souvent cumulatives : exposés à des événements traumatiques dans leur pays d'origine, ils fuient la précarité, la guerre, les violences et les discriminations et cherchent ailleurs un meilleur avenir. Loin des idées reçues véhiculées par les discours politiques récents, la plupart d'entre eux ne choisit pas son pays d'accueil⁽¹³¹⁾ : celui-ci dépend en partie des routes migratoires, de la présence d'un membre de la famille ou de la communauté ou encore des attaches culturelles ou linguistiques avec ce pays. Par ailleurs, le pays de destination peut évoluer au cours du trajet migratoire, notamment selon les conditions du parcours ou celles d'accueil auxquelles les enfants sont confrontés.

Particulièrement vulnérables en raison de leur âge et de leur isolement, ces enfants et adolescents sont encore fragilisés par leur parcours de vie : souvent victimes de ruptures à l'origine de leur départ, ils sont encore soumis aux dangers et aux traumatismes du parcours migratoire

ainsi qu'à la violence de la politique de non-accueil à leur arrivée en Europe.

« Il tapait sur moi, m'a tapé sur la tête il m'a blessé avec la meule, je l'ai dit à ma mère que son mari me frappait elle disait rien... Il était alcoolique, il me faisait dormir dehors et battait ma mère, j'avais 13 ans – 14 ans. »

[Programme MNA Paris, 2017]

« J'étais en Libye ; je comprends pas leur langue. On ne mange pas, ils demandent de l'argent, nous on mange une fois par jour. Les gars nous frappent tous les jours, on ne sait pas où on est nous, on ne comprend pas. "Tu vas mourir ici il me dit", "quel jour ton argent va venir ?", parce que ma famille elle n'a pas d'argent, personne ne peut donner. Il m'a tapé partout, beaucoup, sur le genou aussi, c'est là-bas qu'on m'a fait ça. Je suis arrivé en Italie, mais je ne comprenais pas la langue, je suis arrivé en France après. »

[Programme MNA Nantes, 2017]

M. 16 ans, originaire de Guinée : « Jamais plus je ne veux voir la mer. J'y ai vu trop de morts au cours de mon parcours. »

[Programme MNA Nantes, 2017]

Longtemps sous-estimé, le nombre d'enfants et d'adolescents non accompagnés en France est difficile à connaître réellement, faute de chiffres officiels. Les dernières estimations varient selon les acteurs entre 15 000 et 25 000 enfants⁽¹³²⁾ non accompagnés sur le territoire métropolitain, sans compter une estimation d'environ 5 000 jeunes errants dans le département de Mayotte⁽¹³³⁾. La réalité semble plutôt de 21 000 mineurs non accompagnés pris en charge dans le cadre de la protection de l'enfance au 31 décembre 2017.

Selon la législation française, tout enfant et adolescent en danger, qu'il soit français ou étranger, relève de la protection de l'enfance, une compétence départementale.

(131) Enquête REACH/UNICEF, Children on the move in Italy and Greece, juin 2017.

(132) Chiffres annoncés par l'Assemblée des départements de France, non vérifiés et probablement largement surestimés.

(133) Estimation des associations.

Pour s'assurer que le jeune se présentant comme mineur non accompagné relève bien de ce dispositif, les conseils départementaux leur font subir une évaluation, visant à confirmer que celui-ci est bien mineur et dépourvu de tuteur légal sur le territoire. Contrairement à ce qui est prévu dans la loi, qui prévoit une évaluation du danger dans lequel se trouve le jeune, seule l'évaluation de l'âge et de l'isolement est prise en compte.

Pendant l'évaluation, le jeune doit pouvoir bénéficier d'un accueil comprenant une mise à l'abri ainsi qu'un accès aux droits et aux soins. À l'issue de l'évaluation, si le jeune est reconnu mineur et non accompagné, il peut alors bénéficier d'une prise en charge dans les dispositifs de protection de l'enfance.

Pourtant, l'évaluation de la minorité et de l'isolement constitue en réalité un filtre d'entrée dans le dispositif de premier accueil, en amont : **dans de nombreux départements, l'évaluation conditionne bien souvent le fait de pouvoir accéder au dispositif de premier accueil lui-même.**

Nos équipes sur le terrain constatent que les pratiques varient selon les départements¹³⁴ : certains proposent systématiquement un recueil provisoire d'urgence au cours de l'évaluation avec des conditions minimales d'accueil. Mais le plus souvent, les départements ne proposent aucune protection à ces enfants et adolescents pendant l'évaluation, qui peut durer plusieurs mois.

96

Par ailleurs, il est courant de voir que certains jeunes ne peuvent même pas accéder au dispositif d'évaluation lui-même : considérés comme « manifestement majeurs », ils sont refoulés aux portes du dispositif d'évaluation. Cette évaluation au faciès (aussi appelée « refus guichet ») limite encore l'accès à la protection pour ces jeunes.

De nombreux jeunes rencontrés sur nos programmes se trouvent dans cette temporalité : refoulés avant l'évaluation ou en cours d'évaluation, la plupart d'entre eux ne bénéficient pas de conditions d'accueil et survivent à la rue, sans accès à l'hygiène, à de la nourriture ou aux soins.

Lorsqu'ils sont mis à l'abri, les jeunes ne bénéficient pas de conditions d'hébergement sécurisantes, et sont pour la plupart sans accompagnement éducatif ou aide à l'accès aux droits. Dans la grande majorité des cas, il leur est proposé un hébergement en dispositif hôtelier et un accès minimal à l'hygiène et à la nourriture. La majorité d'entre eux n'ont pas d'accès à la prévention et aux soins alors même que leur état de santé physique et mentale est fortement dégradé. En effet, l'accès aux soins reste limité pendant la période d'évaluation : soins d'urgence uniquement, pas de bilan de santé ou de dépistage systématiques, pas d'ouverture de droits santé ou d'accompagnement dans un parcours de soins, pas de prise en compte de la santé mentale.

Certains dispositifs d'évaluation ont bien un dispositif médical (présence d'infirmiers ou psychologue/psychiatres) mais celui-ci n'a pour finalité que de contribuer à l'évaluation de la minorité et de l'isolement.

Pourtant, parce qu'ils ont fait l'expérience de parcours migratoires souvent longs, éprouvants et dangereux et qu'ils ont dû survivre dans des conditions de forte précarité lors du trajet ou à leur arrivée en France, ces jeunes constituent un public fragilisé, surexposé à des risques sanitaires, d'exploitation et aux troubles post-traumatiques. Ils présentent un état de santé physique et psychique particulièrement fragile, comme le souligne l'étude récente de Péaud et al. [Péaud 2017]. Notons à ce titre, qu'un peu plus d'un jeune non accompagné sur dix reçus en consultation médicale au Caso présentait un trouble d'ordre psychologique selon les médecins et soulignons, que 31,3 % des MNA ont déclaré avoir déjà subi des violences. Ces actes de violence sont particulièrement présents pendant les trajets migratoires, et dans leur pays d'origine, comme évoqué dans le récent rapport d'InfoMIE [Infomie 2017].

Telle que prévue par les textes, l'évaluation de la minorité comporte une évaluation dite « sociale », éventuellement complétée par des investigations complémentaires. Celle-ci est en général constituée d'un seul entretien pouvant aller de cinq minutes à deux heures, par une seule personne chargée d'établir le récit du jeune : état civil, composition familiale, scolarité, conditions de vie, raisons du départ, parcours migratoire. Par ailleurs, au cours de l'entretien, l'évaluateur est chargé de « *confronter l'apparence physique de la personne évaluée, son comportement, sa capacité à être indépendante et autonome, sa capacité à raisonner et à comprendre les questions posées, avec l'âge qu'elle allègue*¹³⁵ ». Ces entretiens s'apparentent bien souvent à un véritable interrogatoire de police, cherchant à repérer la moindre hésitation, la moindre erreur ou incohérence dans les réponses. Cette évaluation se fait sans prise en compte des différences culturelles ou de l'état de santé du jeune, alors même que ses réponses, sa façon de s'exprimer ou encore son attitude au cours de l'entretien constituent pour l'évaluateur autant d'éléments pouvant démontrer qu'il ne serait pas mineur : « *Vous vous exprimez difficilement ; votre récit est stéréotypé. Votre posture d'ensemble est en décalage avec l'âge que vous déclarez. Vous n'apportez aucun élément tangible permettant d'étayer la minorité et l'isolement que vous alléguiez.* » [Extrait d'un rapport d'évaluation du dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers (Demie)].

Les éléments recueillis lors des évaluations le sont auprès de mineurs en souffrance, épuisés, perdus, parfois sidérés ou en errance psychique et ainsi incapables d'apporter des réponses détaillées et cohérentes s'agissant de leur parcours de vie. Comment imaginer que l'on puisse demander à

(134) Sur 54 000 évaluations réalisées en 2017, 15 000 jeunes ont été pris en charge. Les taux de reconnaissance varient de 9 à 100 % selon les départements [lgas 2018].

(135) Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille.

ces enfants et adolescents exilés de faire la preuve de leur minorité et de leur isolement avant même de leur offrir un lieu de repos en toute sécurité, de quoi manger, se laver, s'habiller et des soins ?

L'évaluation sociale est donc réalisée sur des jeunes qui pour la plupart ne sont pas en mesure, en raison de leur état de vulnérabilité et de troubles récurrents en termes de santé somatique et mentale, d'être évalués.

En effet, les professionnels s'accordent pour dire que leur état de santé ne permet pas de recueillir de manière probante ou cohérente un récit de vie ou des éléments permettant d'évaluer leur âge ou leur situation [Minassian 2017, Radjack 2012, Woestelandt 2016]. De nombreux psychologues et psychiatres intervenant auprès de jeunes relèvent que les événements vécus par les jeunes exilés ont inévitablement des répercussions sur leur santé mentale et peuvent porter atteinte à la mémoire autobiographique et générer les troubles post-traumatiques qui en découlent. Ceux-ci entraînent notamment des phénomènes de dissociations, des symptômes d'évitement, d'amnésie ou encore de reviviscences qui peuvent mener un jeune à être incohérent, distant, à ne pas parler d'événements traumatisants, à oublier, à mentir, à affabuler. Tous ces éléments confirment qu'il est irréaliste et impossible de demander à des jeunes exilés de raconter leur récit à ce stade.

La plupart des jeunes ne possèdent pas de documents d'identité¹³⁶ lorsqu'ils se présentent aux services d'évaluation. Toutefois, lorsqu'ils en ont, ceux-ci sont quasi systématiquement remis en cause et envoyés aux services de la fraude documentaire pour en détecter l'authenticité. Là encore, le jeune fait face à une présomption de fraude.

L'évaluation de la minorité peut enfin s'appuyer sur des examens médicaux tels qu'un examen dentaire ou un test de maturation osseuse, pourtant reconnus comme n'ayant aucune validité scientifique [Académie nationale de médecine 2007, HSCP 2014]. Pourtant, de nombreux jeunes sont encore déboutés de leur demande de protection sur la base de ces examens.

« On est tous de races différentes ! On n'a pas exactement le même corps ! C'est pas une machine qui va me dire l'âge que j'ai ! »

[Programme MNA Nantes, 2017]

Bien que l'évaluation de la minorité et de l'isolement soient encadrées par de nombreux textes, les services en charge de l'évaluation la mettent en œuvre de manière extrêmement hétérogène : ainsi, plus de 50 000 évaluations de l'âge et de l'isolement ont été réalisées en 2017, avec des taux de reconnaissance allant de 9 à 100 % selon les départements [IGAS 2018].

Dans ces conditions, l'évaluation de l'âge et de l'isolement, telle qu'elle est menée aujourd'hui dans la plupart des départements se fait en violation des textes internationaux et nationaux : aucune prise en compte de la situation de danger, non-respect des documents d'identité, remise en cause de la parole de l'enfant, tests médicaux systématiques, non-reconnaissance du bénéfice du doute et de l'intérêt supérieur de l'enfant... Par ailleurs, parce qu'elle se base sur une présomption de fraude et qu'elle est teintée de suspicion, de dissuasion et d'intimidation, l'évaluation contribue aux événements traumatisants vécus par ces jeunes et constitue une violence de plus pour ces enfants et adolescents vulnérables, déjà fragilisés.

Enfin, de nombreux mineurs en danger, rendus invisibles par la politique de non-accueil, échappent à toute protection alors même qu'ils constituent les plus vulnérables : jeunes en errance, enfants exploités aux seins des réseaux, jeunes filles et garçons victimes de traite des êtres humains.

Les jeunes exclus de ces dispositifs se trouvent dans une situation administrative complexe : non reconnus comme mineurs mais pourtant non majeurs, ils sont exclus de tous les dispositifs. Ils sont alors dans une situation d'extrême vulnérabilité, forcés de survivre dans des conditions de grande précarité et exposés à de nombreux risques avant de pouvoir faire reconnaître leur minorité¹³⁷.

En considérant ces jeunes d'abord comme des migrants avant d'être des enfants en danger, **la politique de non-accueil des enfants et adolescents non accompagnés est déterminée par une optique de gestion de flux migratoire et non de protection de l'enfance. Le dispositif dit « d'accueil » de ces enfants et adolescents non accompagnés vise, en réalité, à limiter le nombre de jeunes étrangers bénéficiant d'une protection.**

Contrairement aux messages maintes fois serinés « d'arrivées massives » de jeunes non accompagnés causant l'engorgement des dispositifs de protection de l'enfance, les MNA représentent une part tout à fait minime des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance : en effet, au 31 décembre 2016, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance était estimé à 299 600 sur la France entière (hors Mayotte) [Dulin 2018].

Près de 15 000 jeunes reconnus mineurs et isolés ont été confiés aux départements sur décision judiciaire en 2017 dans le cadre de leur mission de protection de l'enfance en danger¹³⁸. Les MNA représenteraient donc 5 % des mineurs bénéficiant d'une prise en charge par l'aide sociale à l'enfance. Pourtant, de nombreux départements, arguant du coût de leur prise en charge considèrent que ces enfants et adolescents sont avant tout des migrants et qu'ils relèvent

(136) 230 millions d'enfants dans le monde sont dépourvus d'état civil, selon l'Unicef.

(137) La moitié des jeunes non reconnus MNA à l'issue de l'évaluation voient leur minorité reconnue par la justice au bout de longs mois de procédure.

(138) Mission MNA de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ).

d'une compétence de l'État. Depuis de nombreuses années, un bras de fer se joue entre l'État et les départements sur la prise en charge des MNA, qui conduit à laisser de nombreux enfants et adolescents vulnérables sans aucune protection, dans une situation extrêmement précaire et les exposant aux dangers.

La première urgence impose que l'on réponde aux besoins primaires de ces enfants et adolescents en danger en proposant un accueil digne à toute personne se présentant comme étant mineure et isolée, de manière inconditionnelle. L'évaluation de l'âge et de l'isolement d'un jeune n'est envisageable que s'il se sent en sécurité et en confiance, s'il a pu se reposer et si une attention suffisante a été portée à son état de santé physique et psychique.

Sur la base de l'expérience des programmes de Médecins du Monde à l'attention des enfants et adolescents non accompagnés à Nantes, à Paris et en Normandie, **MdM plaide pour la mise en place d'un véritable dispositif d'accueil pour permettre à tous ceux qui se présentent comme MNA de bénéficier en premier lieu d'un hébergement en sécurité, d'un temps de répit dans un environnement bienveillant et adapté, de nourriture, de conditions d'hygiène, d'une information complète sur les droits faite dans l'intérêt de l'enfant et enfin d'un accès à la santé. L'évaluation de la situation doit être réalisée dans un climat interculturel, respectueux de l'enfant et de sa parole, s'appuyant sur des éléments objectifs et prenant en compte son état de santé. La présomption de minorité et l'intérêt supérieur de l'enfant doivent être respectés** (cf. encart page ci-contre).

UN NOUVEAU PARCOURS POUR L'ACCUEIL DES ENFANTS ET ADOLESCENTS NON ACCOMPAGNÉS

Cette proposition a été élaborée par les équipes du programme MNA Paris dans le cadre de leur plaidoyer auprès de la mairie de Paris. Le dispositif d'accueil doit différencier l'accueil lui-même de l'évaluation, à la fois dans sa temporalité, sa localisation géographique et son organisation.

LE PREMIER ACCUEIL, TEMPS DISTINCT DE L'ÉVALUATION

Dans un premier temps, afin de respecter nos engagements de protection des enfants en danger, il convient d'offrir un hébergement adapté dans des structures de droit commun de la protection de l'enfance à toute personne qui se présente comme étant mineure et non accompagnée, sans condition d'évaluation. Par ailleurs, il est important d'engager des démarches d'« aller-vers » afin de repérer le public des jeunes enfants et adolescents non accompagnés qui ne ferait pas la démarche de se présenter auprès du dispositif, soit parce qu'ils n'en ont pas connaissance, soit parce qu'il ne le souhaite pas de prime abord, soit parce qu'il en est empêché.

Ce premier accueil ainsi détaché de l'évaluation constitue un temps de répit et de sécurisation. Pour cette raison, il nous paraît nécessaire qu'il soit proposé pour une durée minimale de deux semaines. Cette temporalité est propice pour la diffusion d'une information claire et suffisante sur les droits (protection de l'enfance, droit d'asile, réunification familiale, voies de migration légale...) et sur le dispositif d'évaluation et ses enjeux. Cette information doit être transmise de manière systématique et bienveillante, sans tentative de dissuasion, d'intimidation ou de suspicion. Ce premier accueil doit être également une opportunité pour offrir des soins préventifs et curatifs dans les structures médico-psycho-sociales de droit commun et en lien avec les partenaires médicaux (hôpitaux, centres de santé, centres médico-psychologiques, centres et services d'addictologie) et sociaux (CPAM, CCAS) et d'assurer l'ouverture immédiate des droits à la PUMa et à la CMUc. L'affiliation immédiate et pour tous à une couverture maladie avec maintien des droits pour une durée incompressible d'un an, permettrait de garantir et de sécuriser les parcours de soins des mineurs, même en cas de non-prise en charge, de lutter contre le système de soins à deux vitesses en vigueur actuellement (PUMa et CMUc pour les MNA pris en charge et AME pour les MNA sans protection), de lutter contre la problématique de la domiciliation dans les cas où les MNA sont maintenus sans protection le temps de leur recours et de lutter contre le non-recours et le retard de soins.

La présence des infirmiers et psychologues/psychiatres/pédopsychiatres sur les plateformes d'évaluation ne doit pas avoir d'autre objectif que d'assurer un repérage des urgences médicales et psychiatriques et permettre l'orientation sans délai des jeunes vers les services hospitaliers.

Selon la durée nécessaire aux soins, ce premier accueil pourrait durer jusqu'à douze semaines en cas de pathologie lourde.

L'ÉVALUATION DES DANGERS

Conformément à la loi¹³⁹, l'évaluation doit être plus large que la simple évaluation de la minorité et permettre une évaluation des critères de danger et des vulnérabilités. L'évaluation de l'âge et de l'isolement ne doit pas occulter l'évaluation globale de la situation du jeune.

MdM considère qu'il n'existe aucune méthode objective et fiable pour évaluer la minorité d'une personne. L'élément le plus fiable repose dans les documents d'état civil. En respect de l'article 47 du Code civil, les documents d'identité présentés doivent faire foi. Il s'agit là encore d'une présomption d'authenticité, qui doit permettre une prise en charge en tant que mineur, jusqu'à preuve du contraire. Rappelons que 230 millions d'enfants dans le monde sont sans état civil [Unicef 2013]. Il est donc nécessaire d'accompagner les jeunes dans la reconstitution d'un état civil conformément au droit à l'identité prévu à l'article 8-2 de la Convention internationale des droits de l'enfant.

L'évaluation de l'âge et de l'isolement doit se faire dans un climat bienveillant, exempt de suspicion et d'une présomption de fraude. L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation doit être formée aux symptômes de stress post-traumatique pouvant avoir un impact sur la parole du jeune. Les entretiens doivent être transculturels et réalisés dans une langue maîtrisée par le jeune.

Les éléments subjectifs d'évaluation de la minorité doivent être écartés : l'évaluation de l'apparence physique, la maturité au cours d'un entretien, les tests médicaux d'évaluation de l'âge constituent des critères hautement subjectifs ne permettant pas d'établir un âge avéré.

Enfin, le jeune qui ne serait pas reconnu mineur à l'issue de l'évaluation ne peut pas pour autant être considéré comme majeur, sans lui établir un état civil en tant que majeur. Il ne peut donc pas y avoir de mesures d'éloignement du territoire ou de poursuites pénales prises à l'encontre de ce jeune sans preuves avérées d'une fraude à l'identité. Enfin, la non-reconnaissance de l'isolement ne peut conduire à déterminer que le jeune serait en réalité majeur.

(139) Article 375 du Code civil : si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public.



04

L'IMPACT DU MAL-LOGEMENT SUR LA SANTÉ

1. LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2017, près de 12 000 contacts¹⁴⁰ ont été établis avec des personnes à la rue et plus de 5 000 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Caso.

→ Ces personnes sont plus souvent affectées de troubles d'ordre psychologique et de pathologies digestives et dermatologiques que les autres.

→ Face aux grandes difficultés pour joindre le 115 ou obtenir des solutions en adéquation avec leurs besoins, beaucoup se découragent et renoncent même à y avoir recours.

Le logement est un élément constitutif de la santé : parce qu'il protège et détermine les conditions de vie des personnes, parce qu'il est un espace intime indispensable à l'équilibre et au bien-être humain et parce que la stabilité est une condition pour l'accès aux droits, à l'emploi et à la santé. Or, on constate une aggravation du mal-logement en France. En 2017, on compte 4 millions de personnes souffrant de mal-logement ou d'absence de logement personnel. Parmi elles, plus de 143 000 sont sans domicile fixe (personnes sans-abri, en habitation de fortune, en hébergement collectif, à l'hôtel, en Cada ou hébergées dans un logement associatif) [FAP 2018]¹⁴¹. Selon l'Insee, le nombre de personnes sans domicile a augmenté d'environ 50 % entre 2001 et 2012 [Yaouancq 2013].

Cette augmentation est en partie liée à la pénurie de logements en France, à l'augmentation incessante des prix, au manque de structures d'hébergement d'urgence, à l'augmentation de la grande pauvreté, et au sous-dimensionnement structurel des dispositifs d'hébergement. Le nombre de places d'hébergement dépend toujours en grande partie d'une gestion au thermomètre, ne permettant pas de prise en compte suffisante et adaptée des besoins. Le recours à l'hôtel s'est également répandu de manière massive, tandis

qu'un grand nombre de familles en situation irrégulière y restent hébergées faute de possibilité d'accéder à des structures permettant leur insertion. Des associations investies dans l'hébergement d'urgence comme le Samu social recommandent de prendre des mesures pragmatiques, notamment faciliter la régularisation et l'accès au travail, pour sortir de cette impasse¹⁴². Enfin, les dispositifs d'accueil des étrangers sont sous-dimensionnés, alors qu'on observe une augmentation du nombre de demandeurs d'asile¹⁴³ qui, faute de places dans les structures qui leur sont dédiées, se retrouvent à la rue.

Sous l'effet notamment du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de 2013, le nombre de places d'hébergement d'urgence a indéniablement augmenté au cours des dernières années, pour atteindre près de 150 000 places début 2018¹⁴⁴. Toutefois, malgré ces efforts, les besoins sont loin d'être couverts. Face à un système totalement embolisé, principalement du fait des difficultés de sortie de l'hébergement pour accéder au logement social qui lui est très déficitaire [ANSA 2017], le dispositif du 115 ne parvient pas à répondre aux demandes même en dehors des périodes hivernales, alors même que le Conseil d'État qualifiait le droit à l'hébergement d'urgence de liberté fondamentale¹⁴⁵.

Depuis 25 ans, MdM mène des actions spécifiques auprès des personnes sans domicile fixe. En 2017, douze programmes interviennent auprès de ces personnes dans l'objectif de créer du lien avec les personnes sans abri, en situation de grande exclusion et d'extrême vulnérabilité pour favoriser leur accès aux soins et aux droits. **Sur l'année, près de 12 000 contacts ont été établis avec des personnes à la rue et 5 150 personnes sans domicile fixe ont été accueillies dans les Caso, soit 25,8 % de la file active des Caso.**

Ces personnes sont pour une large majorité (72,9 %) des hommes. L'âge moyen est de 29,7 ans¹⁴⁶ ; 10,9 % des personnes à la rue sont des mineurs non accompagnés¹⁴⁷.

(140) Les contacts concernent les programmes d'Angoulême, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nice, Paris et Strasbourg.

(141) Estimation basse car l'étude ne prend pas en compte les personnes qui ne sollicitent pas les services sociaux et qui ne vivent pas dans les grandes agglomérations.

(142) <https://www.samusocial.paris/communiqués-et-tribunes>

(143) Rappelons à ce titre que les demandeurs d'asile doivent en principe être hébergés en Cada.

(144) Communiqué de presse du ministère de la Cohésion des territoires, 21 février 2018 http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/IMG/pdf/2018.02.21_cp_reactivation_du_plan_grand_froid.pdf

(145) Conseil d'État, arrêt du 10 février 2012.

(146) Il s'agit des caractéristiques des personnes sans domicile fixe rencontrées dans les Caso en 2017.

(147) Un chapitre est consacré aux MNA, page 95.

L'HÉBERGEMENT D'URGENCE : LA CRISE PERDURE

Les personnes sans domicile le savent mieux que quiconque : aujourd'hui, la France est un pays où l'accès à un hébergement, sans même parler de logement, revêt des allures de combat perdu d'avance pour une majorité d'entre elles.

Il y a une dizaine d'année, le recours à l'hébergement d'urgence concernait essentiellement des hommes seuls. Aujourd'hui, les hôtels de mise à l'abri d'urgence sont surtout destinés à des familles. Par ailleurs, les associations constatent que parmi ces familles, seules les plus vulnérables¹⁴⁸ parviennent à être hébergées. De nombreuses familles, dont des femmes seules avec leurs enfants restent à la rue.

Selon le baromètre du 115, le nombre de personnes en demande d'hébergement a augmenté de 7 % entre 2016 et 2017, et concerne plus particulièrement les jeunes de 18-24 ans (+ 12 %), les familles (+ 12 %) et les hommes seuls (+ 6 %). Au mois de juin 2017, 53 % des demandes concernaient des familles¹⁴⁹.

Le taux de réponse positive est faible, en particulier pendant la période de l'été qui est tous les ans la plus difficile dans ce domaine : ainsi entre le 10 juin et le 10 juillet 2017, seules 37 % des demandes ont donné lieu à un hébergement en province, 32 % à Paris¹⁵⁰.

Cette situation de saturation conduit à un découragement des personnes en besoin d'hébergement, particulièrement des hommes seuls. Les délais d'attente très longs au téléphone et la forte proportion de réponses négatives découragent beaucoup de demandeurs¹⁵¹. Ces difficultés touchent aussi les familles : certaines d'entre elles suivies par MdM ont connu jusqu'à un mois d'attente pour obtenir une réponse positive d'hébergement. Selon une enquête de la FAS¹⁵² en mars 2017, 67 % des personnes à la rue rencontrées avaient renoncé à appeler le 115 pour accéder à un hébergement.

« Regarde mon téléphone, j'ai appelé six fois dans la matinée, dont une fois plus de 98 minutes d'affilée. À la quatrième tentative, quelqu'un m'a répondu. Il m'a demandé si je parlais français. Je lui ai expliqué que "pas trop". [...] Puis il m'a transféré sur le standard de Paris. Mon nouvel interlocuteur parlait un peu anglais, nous avons

réussi à constituer mon dossier ; ça a pris une vingtaine de minutes, puis lorsqu'il a vu que j'étais domicilié à Créteil, il m'a dit qu'il ne pouvait rien pour moi et m'a retransféré sur le standard de Créteil où je n'ai plus eu de réponses. Deux heures plus tard, j'ai de nouveau eu le standard de Créteil qui m'a dit ne pas parler anglais et m'a transféré à nouveau vers Paris... »

[Veille sanitaire de Paris, 2017]

En hiver, des places temporaires sont ouvertes pour faire face à l'urgence, cette gestion au thermomètre qui persiste au fil des ans ne saurait être prise pour une solution pérenne. Les demandes d'hébergement sont en augmentation forte juste avant l'hiver, puis en baisse pendant l'hiver grâce aux places temporaires mises à disposition, et en forte augmentation à partir du 31 mars, juste après les remises à la rue à la fin de la période hivernale.

Les équipes de MdM sont confrontées quotidiennement à ces difficultés, aussi bien dans les Caso (trois quart des personnes rencontrées considèrent leur situation vis-à-vis du logement comme instable), que dans les programmes mobiles auprès des personnes isolées à la rue, dans les campements de migrants ou en bidonville.

Pourtant, en juillet 2017, le président de la République avait affiché un objectif ambitieux : d'ici à la fin de l'année, « plus personne à la rue ». Force est de constater que nous sommes loin du compte, quel que soit le public. Le principe de l'inconditionnalité de l'accueil, pierre angulaire de l'action sociale, a été attaqué au travers des circulaires Collomb de décembre 2017 (cf. page 90) ; les décisions du Conseil d'État en ont heureusement neutralisé les effets. En janvier 2018, les déclarations de plusieurs responsables politiques ont semé le trouble en suggérant que les personnes à la rue étaient très peu nombreuses ou qu'elles étaient dans cette situation car elles avaient refusé les places d'hébergement qu'on leur proposait. Ces déclarations témoignent soit d'un déni de réalité, soit d'une déconnexion totale avec la situation des sans-abris en France, et sont particulièrement choquantes de la part de représentants de l'État. Elles révèlent un manque profond de considération envers un public vulnérable, usé, et régulièrement ignoré par les politiques publiques et un manque de respect pour les acteurs de terrain tels les équipes de MdM.

En mars 2018, après l'alerte lancée par les membres du Collectif des associations unies (CAU) dont MdM est membre, le gouvernement a finalement pérennisé 5 000 places

(148) Sur certains départements, l'hébergement d'urgence ne semble être proposé qu'aux familles composées de femmes enceintes de plus de huit mois, d'enfants de moins de trois ans et/ou de patients aux pathologies particulièrement lourdes. Un travail de veille est en cours.

(149) Sur Paris et 41 départements.

(150) Baromètre du 115, été 2017 : http://federationsolidarite.org/images/stories/PDF/BAROMETRE_115_VF2.pdf

(151) Voir enquête MdM, mars 2016 : « Les conditions d'hébergement des personnes en situation de grande précarité – une enquête auprès des patients rencontrés par MdM en IDF. »

(152) Fédération des acteurs de la solidarité et Fédération nationale des Samu Sociaux (FNSS).

d'hébergement d'urgence initialement créées pour la période hivernale. Mais ce nombre reste insuffisant. Par ailleurs, les associations intervenant dans l'hébergement dénoncent régulièrement l'absurde situation des personnes hébergées à l'hôtel pendant plusieurs mois voire années, notamment de nombreuses familles dont l'insertion dans les logements pérennes est impossible en raison de leur irrégularité de séjour. Cette solution d'hébergement reste très insatisfaisante pour de nombreuses raisons : conditions de confort très variables voire insalubrité, difficultés pour se nourrir de manière équilibrée en l'absence d'équipement et d'autorisation de faire la cuisine, défaillance voire absence d'accompagnement social, mobilité forcée des occupants... Face à ce constat, il convient de favoriser les solutions de logement plutôt que de multiplier l'hébergement d'urgence, souvent inadapté et coûteux. Il est urgent de procéder également à la régularisation de ces familles installées en France durablement, qui doivent intégrer des dispositifs d'accompagnement vers l'insertion.

Enfin, les opérateurs des CHRS ont dénoncé¹⁵³ en mars 2018 les mesures budgétaires sur leur secteur, avec une baisse très notable de leurs moyens pour les années à venir. Cette baisse de financement des CHRS ne permettra pas de mettre en œuvre une politique publique à la hauteur des besoins observés.

Au-delà des créations de places dans l'urgence, il faut un plan de plus grande ampleur proposant des solutions à long terme, adaptées et incluant un accès direct au logement. Le recours aux nuitées hôtelières, inadaptées et coûteuses, n'est pas une solution pérenne et doit être remplacé par des solutions d'accès direct au logement. Le plan logement d'abord doit être largement encouragé, comme le préconise le CAU.

Le logement, la santé, l'insertion par le travail : l'approche globale doit être privilégiée et politiquement portée, notamment dans le cadre du nouveau plan pauvreté.

L'inconditionnalité de l'accueil doit rester au cœur de l'action sociale pour que les personnes sans-abri aient un accès effectif à un toit, et nécessite l'abrogation de la circulaire du 12 décembre 2017.

LES RÉPERCUSSIONS DU NON-LOGEMENT SUR LA SANTÉ

Les personnes sans-abri subissent des conditions de vie particulièrement éprouvantes, dont les conséquences peuvent être dramatiques sur le plan sanitaire et social : plus de 2 000 personnes meurent de la rue chaque année en France [Vuillermoz 2015].

Les problèmes de santé des personnes sans domicile rencontrés dans les Casos de MdM se concentrent autour des affections digestives (26,4 %), respiratoires (21,2 %) et ostéo-articulaires (20,7 %)¹⁵⁴. On constate une prévalence élevée des troubles psychologiques (12,1 %). Par ailleurs, 54 % des patients présentaient une pathologie chronique. Enfin, 13 % des femmes de 11 à 49 ans à la rue ont déclaré être enceintes.

Ces résultats viennent conforter les résultats d'autres études qui indiquent que les conditions de vie « dans la rue » ont des effets très délétères sur la santé [Laporte 2010]. Dans ces situations extrêmes où trouver à manger et un lieu pour dormir constituent des préoccupations quotidiennes, la prise en compte des problèmes de santé reste bien souvent secondaire. De ce fait, ces personnes affichent un taux de non-recours à l'ouverture des droits à une protection maladie et de renoncement aux soins plus élevés, avec des conséquences graves sur leur santé. En effet, un retard de recours aux soins médicaux est observé par les médecins des Casos de MdM chez 46 % des personnes sans domicile et 42 % d'entre eux nécessitaient des soins urgents ou assez urgents.

Ces conditions de vie constituent un risque important de l'aggravation de l'état de santé pour les personnes présentant déjà une fragilité. Rappelons à ce titre que l'espérance de vie des personnes à la rue ne dépasse pas 50 ans¹⁵⁵. Leurs conditions de vie extrêmement précaires les exposent à un fort risque de complications médicales et les urgences hospitalières deviennent bien souvent le seul recours pour les patients sans domicile présentant un problème de santé, alors même que certains d'entre eux pourraient bénéficier des dispositifs spécifiques tels que les lits haltes soins santé (LHSS) ou les lits d'accueil médicalisés (LAM). Ces dispositifs sont destinés spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de convalescence sans pour autant justifier une hospitalisation. En 2017, on comptait 1 546 places en LHSS et 610 places en LAM.

(153) <http://federationsolidarite.org/champs-d-action/hebergement-logement/8606-baisse-des-financements-des-chrs-lettre-ouverte-des-associations-au-premier-ministre>

(154) En 2017, 7 788 consultations médicales ont été réalisées auprès de 4 031 patients sans domicile fixe dans les Casos.

(155) Source : Collectif les morts de la rue.

Ces dispositifs restent malheureusement sous-dimensionnés dans de nombreuses régions [Picon 2013], notamment parce qu'aucune solution n'existe pour de nombreuses personnes souffrant de pathologies chroniques et qui occupent donc ces lits sur une longue période [ANSA 2016].

Les équipes de MdM font ainsi face à de multiples situations de personnes malades et à la rue pour lesquelles aucune solution de « mise à l'abri » n'aboutit.

Les dispositifs précédemment cités (LHSS, LAM) et les appartements de coordination thérapeutique (ACT) doivent être renforcés pour permettre aux personnes en grande précarité d'être hébergées dans des conditions compatibles avec leur état de santé. Une meilleure articulation entre tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existants permettrait une prise en charge des personnes mieux adaptée à leurs besoins, plus humaine et plus économique, en évitant des durées d'hospitalisation plus longues par défaut de solution en aval.

Le programme « *Un chez-soi d'abord*¹⁵⁶ » qui s'adresse aux personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques est un exemple de dispositif innovant en France, dont les résultats ont prouvé son efficacité. D'ores et déjà, la perspective du déploiement du modèle sur seize nouvelles villes à l'horizon 2021 est envisagée¹⁵⁷, portant à 2 000 le nombre de places sur le territoire.

(156) Modèle d'accès et d'accompagnement vers et dans le logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques à la rue, expérimenté d'abord à Marseille, Paris, Lille et Toulouse, et étendu à 24 territoires, à partir de 2018.

(157) http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/06/4_pages_ucbdb_avril_2016_mise_en_page.pdf

2. INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS VIVANT DANS LES BIDONVILLES

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2017, environ 2 400 personnes¹⁵⁸ ont bénéficié des interventions des équipes de MdM en bidonville. Parmi les personnes rencontrées, un tiers sont des mineurs.
- Une fréquence élevée des troubles digestifs, dermatologiques, respiratoires et ostéo-articulaires : reflet des conditions de vie insalubres subies.
- Des expulsions des lieux de vie, fréquentes, qui ont des conséquences importantes sur la santé des populations vivant en bidonville.

compte 10 programmes travaillant auprès des populations habitant en bidonvilles¹⁶⁰. L'objectif de ces actions est de permettre aux habitants des bidonvilles d'accéder à leurs droits et de créer un lien avec les services de santé de droit commun pour y accéder directement et ainsi recouvrir une autonomie dans leur parcours de soins. En 2017, environ 2 400 personnes ont bénéficié des interventions des équipes de MdM en bidonville. Parmi les personnes rencontrées, un tiers sont des mineurs.

DANS L'ANGOISSE PERMANENTE DES EXPULSIONS

Malgré le lancement d'une mission nationale pour résorber les bidonvilles en février 2014, les résultats sont restés faibles en l'absence d'une réelle volonté politique accompagnée de moyens dédiés. De fait, cette forme d'habitat a tendance à se maintenir sur le territoire, alimentée par la logique des expulsions à répétition qui ne permettent pas la mise en œuvre de solutions d'insertion.

La réponse offerte par les autorités politiques n'est le plus souvent et jusqu'à aujourd'hui pas adaptée à ces populations et a de graves conséquences sur le quotidien des personnes et notamment sur leur intégration et leur santé [FAP 2018]. Ainsi depuis plus de vingt-cinq ans, les autorités publiques françaises ont nié, le plus souvent, cette « *résurgence* » des bidonvilles et ont massivement eu recours aux expulsions. Entre janvier et décembre 2017, 11 309 personnes de la communauté Rom (ou désignées comme telles) ont fait l'objet d'expulsions de 130 lieux de vie, bidonvilles et squats, situés en France¹⁶¹. La majorité a été contrainte par les autorités de quitter les lieux et plus de 2 000 personnes ont quitté leur lieu de vie avant même l'arrivée des autorités, sous la pression d'une expulsion imminente. Les expulsions recensées en 2017 représentent une augmentation de 12 % par rapport à 2016. Les bidonvilles perdurent ainsi depuis plus de vingt-cinq ans, alimentés par des politiques ne proposant souvent aucune autre solution de relogement : après l'expulsion, les bidonvilles se recréent un peu plus loin et le cycle se poursuit. Ces expulsions à répétition créent une instabilité permanente dont la conséquence majeure est le maintien dans un état de survie qui rend quasi impossible

Si depuis les années 1970, les bidonvilles avaient quasiment disparu du paysage, ils resurgissent et se multiplient çà et là en France dès les années 1990, en particulier avec l'arrivée de migrants d'Europe orientale [CNDH Romeurope 2017]. Aujourd'hui, la France est l'un des rares pays européens (avec l'Italie) à connaître la présence de bidonville sur son territoire [CNDH Romeurope 2018]. Le nombre de personnes vivant en bidonvilles, en légère baisse, est estimé à 14 800 selon le recensement régulier effectué par la Dihal¹⁵⁹. Cette baisse est à relativiser. En effet, les données de la Dihal n'incluent plus, depuis 2017, les habitants du campement de migrants à Calais suite à son évacuation en 2016. Environ un tiers des personnes vivant en bidonville sont des enfants. La vie en bidonville ne constitue en général qu'une étape dans le parcours d'insertion des personnes en France ; on estime en moyenne à cinq ans la période passée en bidonville.

Aujourd'hui, après des années de pratiques d'expulsions à répétition sans réelle solution adaptée, les grands bidonvilles de plusieurs centaines d'habitants ont laissé la place à de plus petits lieux de vie qui restent souvent invisibles.

Depuis 1992, MdM agit auprès des populations vivant dans les bidonvilles. Nos actions consistent à améliorer l'accès aux soins et à la prévention et à favoriser l'accès à l'information et aux droits à travers des démarches d'« *aller vers* » qui permettent d'atteindre les populations les plus isolées. En 2017, l'association

(158) Données issues des programmes bidonvilles de Bordeaux, Île-de-France, Lyon, Marseille, Nantes et Toulouse.

(159) État des lieux national des bidonvilles et campements illicites, décembre 2017, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/recensement_campements_-_decembre_2017_final_v2.pdf

(160) Bordeaux, La Plaine Saint-Denis, Lyon, Marseille, Montpellier, Metz, Nantes, Strasbourg, Toulouse et Hénin-Beaumont.

(161) Ligue des droits de l'Homme, European Roma Rights Center avec le soutien du CNDH Romeurope, février 2018, <https://www.ldh-france.org/recensement-evacuations-forcees-lieux-vie-occupes-roms-personnes-designees-telles-en-france-en-2017/>

toute inscription dans un parcours à long terme, en matière de soins, d'insertion et de scolarité.

Cette mobilité forcée provoque des interruptions de suivi, voire l'impossibilité même de s'inscrire dans un parcours de soins. Le recours à la médecine curative est réduit à l'urgence. La prévention est extrêmement difficile dans ces conditions, ce qui augmente les risques sanitaires, y compris les maladies à potentiel épidémique. À moyen ou long terme, les aptitudes des habitants à se projeter, à s'investir sur leur lieu de vie ou à travailler les espaces communs sont réduits à néant.

Par ailleurs, le maintien du nombre de personnes vivant en bidonvilles depuis les recensements de 2013 démontre que le recours massif aux expulsions de bidonville ne permet pas leur résorption alors même qu'elles sont particulièrement coûteuses¹⁶², aussi bien sur le plan économique que social. Au contraire, l'absence de solution de relogement est un facteur de la persistance des bidonvilles, qui changent juste de physionomie : « Ces expulsions répétées conduisent leurs habitants à s'installer en plus petits groupes dans des lieux plus reculés, engendrant une dangereuse tendance à l'invisibilisation » [Romeurope 2017].

LES IMPLICATIONS DE LA LOI ÉGALITÉ ET CITOYENNETÉ DE JANVIER 2017 : LA TRÊVE HIVERNALE APPLICABLE AUX BIDONVILLES

Début 2017, MdM et les autres associations impliquées dans la défense des droits des habitants de bidonvilles ont salué les modifications induites par l'article 143 de la loi dite « *Égalité et citoyenneté* »¹⁶³. Cet article permet l'application, aux habitants des bidonvilles, d'un délai de deux mois suite au commandement de quitter les lieux, la possibilité pour le juge de l'exécution d'octroyer des délais avant l'expulsion d'un bidonville (de trois mois à trois ans) **et interdit toute expulsion pendant la trêve hivernale (1^{er} novembre – 31 mars)**.

Par ailleurs, le terme « *locaux d'habitation* » a été remplacé par le terme « *lieu habité* » dans l'article L.412-6 du Code des procédures civiles d'exécution (CPCE). Ainsi, les baraques de bidonville ou les tentes entrent désormais dans le champ des protections applicables aux personnes menacées d'expulsion. Celles-ci se retrouvent sous le chapitre II du CPCE, « *Dispositions particulières aux lieux habités ou locaux à usage professionnel*. »

Enfin, l'article L.412-6 du CPCE précise ainsi que les « lieux habités » (tentes, baraques de bidonvilles, etc.) ne peuvent pas être expulsés pendant la trêve hivernale sauf si le juge en décide autrement. Pour que le juge supprime le bénéfice de la trêve hivernale, plusieurs conditions doivent être remplies :

- le propriétaire doit obligatoirement avoir demandé la suppression de la trêve dans son assignation, le juge ne peut pas la soulever d'office, c'est-à-dire qu'il ne peut pas prendre l'initiative de supprimer de lui-même la trêve hivernale.
- le propriétaire doit prouver que les occupants sont entrés par voie de fait : cela signifie que la seule occupation sans titre et sans autorisation du propriétaire ne justifie pas la voie de fait, celle-ci doit être prouvée par des moyens significatifs
- même si le propriétaire apporte la preuve qu'il y a eu voie de fait, le juge n'est pas obligé de supprimer la trêve hivernale. Dans ce domaine, il conserve son pouvoir d'appréciation et c'est à lui seul de décider d'accorder ou non le bénéfice de la trêve.

En pratique, entre le 1^{er} novembre 2017 et le 31 mars 2018, 23 expulsions¹⁶⁴ ont été recensées, malgré la trêve hivernale. Selon les cas, ces expulsions ont été « *justifiées* » par la décision du juge de supprimer le bénéfice de la trêve (en cas d'entrée dans les lieux par « *voie de fait* »), l'adoption par la mairie d'un arrêté d'évacuation ou la survenue d'un incendie.

Si ces expulsions, au cœur de l'hiver, sont inacceptables, il semble que la trêve ait protégé une partie des habitants de bidonvilles. À titre de comparaison avec l'année précédente, entre le 1^{er} novembre 2016 et le 31 mars 2017, le CNDH Romeurope avec l'ERRC et la LDH avaient recensé au moins 37 expulsions.

Toutefois, selon les données issues du recensement des expulsions de lieux de vie occupés par des personnes Roms ou désignées comme telles, réalisé par l'ERRC et la LDH avec le soutien du CNDH Romeurope, l'arrivée de la trêve semble avoir été anticipée par les pouvoirs publics, conduisant à une intensification des expulsions dans les semaines précédant son entrée en vigueur. Ainsi, 29 expulsions ont été recensées en octobre 2017 (contre cinq en octobre 2016), et 45 % de ces expulsions sont intervenues la semaine précédant la trêve hivernale.

La trêve hivernale a pris fin le 1^{er} avril 2017 et les expulsions de bidonvilles n'ont pas tardé à reprendre. En quelques jours, plusieurs lieux de vie à Ris-Orangis (91), Champs-sur-Marne (77), ou encore à Vitrolles (13) ont ainsi été expulsés et plusieurs centaines de personnes ont été laissées sans solution de relogement stable.

Une reprise des expulsions aux conséquences particulièrement graves a eu lieu à Champs-sur-Marne où une campagne de vaccination contre une maladie à fort potentiel épidémique - initiée par les pouvoirs publics eux-mêmes - a été interrompue en raison de cette expulsion. La fin de l'hiver implique aussi de nombreuses mises à la rue de personnes hébergées à l'hôtel durant le plan hivernal (plan pour mobiliser plus de places d'hébergement lors des périodes les plus froides).

(162) MigRom indique dans un rapport que « les expulsions successives subies par un même groupe [d'environ 240 personnes] ont coûté près de 400 000 euros ». Ces coûts prenaient en compte les frais de justice, le coût de l'expulsion, le nettoyage et la sécurité [MigRom 2015].

(163) Loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté.

(164) Source : Recensement des expulsions de lieux de vie occupés par des personnes Roms ou désignées comme telles, réalisé par l'ERRC et la Ligue des droits de l'Homme avec le soutien du CNDH Romeurope, <http://www.romeurope.org/recensements-expulsions-bidonvilles-squats-occupes-personnes-roms-percues-telles-2013/>

Le 25 janvier 2018, le gouvernement a donné « [...] une nouvelle impulsion à la résorption des campements illicites et des bidonvilles » avec comme « objectif la résorption durable de ces bidonvilles dans les cinq ans à venir » à travers la publication d'une instruction interministérielle¹⁶⁵ (cf. encart ci-dessous).

Six ans après la parution de la circulaire du 26 août 2012¹⁶⁶, celle-ci n'a pas permis une amélioration de la situation des personnes vivant en bidonville et la mise en œuvre de solutions pérennes. Il paraît donc évident de changer d'approche et d'aller au-delà de cette circulaire : au lieu d'une approche privilégiant l'évacuation de campements illicites, il est temps de favoriser l'accès aux droits des personnes et de considérer l'existence des bidonvilles comme une problématique d'habitat liée à la situation d'extrême précarité.

L'INSTRUCTION DU 25 JANVIER 2018 : UN OBJECTIF DE RÉSORPTION SALUÉ

Après la circulaire du 26 août 2012 encadrant l'anticipation des évacuations de « campements illicites », les habitants des bidonvilles et les acteurs de l'aide attendaient que les pouvoirs publics changent enfin de vocabulaire et de paradigme pour sortir de la logique de l'expulsion. L'instruction interministérielle du 25 janvier 2018, issue de travaux auxquels une diversité d'acteurs impliqués ont pu contribuer, est apparue comme un signe positif d'évolution de l'action publique et, à ce titre, a été saluée par de nombreuses associations et collectifs de terrain dont le Collectif Romeurope. Celle-ci fixe un objectif de résorption des bidonvilles à cinq ans et encourage la mise en œuvre de stratégies locales, articulées à une volonté au niveau national. Enfin, pour la première fois, le terme de « bidonville » est utilisé et mis en avant, signe d'une intégration des termes de la campagne interassociative « 25 ans de bidonvilles » à laquelle MdM avait activement participé

La déception engendrée par la circulaire de 2012, qui a peu influé sur l'action publique en raison notamment de l'absence de moyens dédiés, incite à la plus grande vigilance concernant l'impact réel de cette instruction ; celui-ci pourra être évalué à la lumière des premières mises en œuvre concrètes sur le terrain et de leurs résultats pour l'insertion pérenne des personnes.

Une réelle mobilisation de moyens est nécessaire pour atteindre l'ambitieux objectif qui a été fixé, sans laisser les plus fragiles de côté. La coconstruction des solutions, impliquant avant tout les personnes directement concernées, est indispensable pour favoriser un résultat positif de ces démarches.

DES CONDITIONS DE VIE INDIGNES ET DANGEREUSES POUR LA SANTÉ

Les bidonvilles s'installent le plus souvent dans des espaces non bâtis, des interstices urbains, des friches industrielles ou des zones rurales peu fréquentées. Sur la base des données disponibles, la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) estimait qu'environ la moitié des bidonvilles en 2015 ne disposait d'aucune forme de traitement des déchets ; deux tiers n'avaient aucun accès à un point d'eau et trois quarts fonctionnaient sans alimentation en électricité.

Les risques d'incendie sont nombreux sur ces sites où les habitations de fortune sont construites la plupart du temps avec des matériaux inflammables ont des modes de chauffage dangereux où s'enchevêtrent des raccordements inadaptés aux réseaux électriques les plus proches. Ainsi en 2017, 1 093 personnes ont été expulsées suite à des incendies qui se sont déclarés dans 12 lieux de vie informels, causés principalement par la vétusté et la précarité des habitations.

Le ramassage et la gestion des déchets constituent un problème récurrent sur ces sites. La mairie est tenue de veiller à la salubrité de sa commune y compris dans l'habitat privé. Cette responsabilité est inscrite entre autres dans l'article L. 1421-4 du Code de la santé publique qui confirme que le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène dans les habitations, leurs abords et dépendances relève de sa compétence. Or bien souvent, les bennes à ordures ne sont installées sur les lieux de campements que plusieurs jours voire plusieurs semaines après l'installation des personnes, alors que les déchets se sont déjà accumulés. Les ramassages de déchets sont bien souvent insuffisants pour entretenir correctement les sites et les maintenir propres, créant des conditions favorables à l'apparition de nuisibles et alimentant par ailleurs les sources de rejet par le voisinage.

L'accès à l'eau potable est un droit fondamental essentiel au plein exercice du droit à la vie et de tous les droits humains¹⁶⁷. Ne bénéficiant pas d'eau potable directement sur les bidonvilles, les populations doivent parcourir des distances parfois longues pour s'approvisionner. L'absence d'eau provoque par ailleurs l'augmentation de problèmes de santé, digestifs et dermatologiques, en particulier.

La promiscuité dans les lieux d'habitation favorise également la prolifération des poux et/ou de la gale. La transmission de ces maladies des individus infectés (porteurs sains ou malades) vers les individus sains est accentuée par le manque de prise en charge et de traitements précoces et adaptés (traitements individuels mais aussi de l'environnement) sur ces lieux de vie.

(165) http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42949.pdf

(166) Circulaire interministérielle NOR INTK1233053C du 26 août 2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.

(167) Le 28 juillet 2010, L'Assemblée générale des Nations unies « reconnaît » le droit à l'eau potable comme un droit fondamental, <http://www.un.org/press/fr/2010/AG10967.doc.htm>

SOIGNER PLUTÔT QU'EXPULSER

L'instabilité territoriale des personnes, créée par les procédures d'expulsion répétées, vient fortement compliquer leur accès aux droits comme le souligne le CNDH Romeurope [Romeurope 2017]. La domiciliation, la scolarisation des enfants, l'accès à une couverture maladie et par conséquent aux soins sont ainsi fortement mis à mal. L'accumulation des risques sanitaires liés à la précarité de l'habitat, aux conditions de vie et les expulsions répétitives sont autant d'éléments qui rendent inefficace le droit à la santé pour des personnes en bidonville. Dans ce cadre, l'accès aux soins se limite bien souvent à la gestion de l'urgence.

On constate également des retards de recours aux soins fréquents et des retards dans le calendrier vaccinal chez les enfants comme les adultes. Dans ce contexte, les actions de médiation en santé sont nécessaires. Depuis la mise en place en 2010 du programme expérimental de médiation en santé auprès des Roms migrants vivant en squat et bidonvill, cette approche a largement fait la preuve de son efficacité (cf. encart page 70). Les différentes études menées [Teoran 2014, Tanti Hardouin 2015] ont confirmé que ce dispositif se révèle un outil facilitant considérablement une démarche thérapeutique efficace, ainsi que la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé pour les publics en situation de précarité et/ou d'exclusion.

La généralisation et la pérennisation dans le droit commun des actions de médiation en santé sont souhaitables pour tout public en difficulté d'accès aux soins. À ce titre, **MdM se réjouit que l'article 90 de la loi de Modernisation du système de santé¹⁶⁸ donne une existence institutionnelle à la médiation en santé en tant qu'outil d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les populations éloignées du système de santé. La loi recommande le développement et la pérennisation des actions de médiation en santé en direction des populations en situation de précarité.**

Ainsi, la santé est une composante essentielle de la démarche de résorption des bidonvilles qui doit être mise en œuvre. Pour agir efficacement sur l'accès à la santé et aux soins des personnes vivant en bidonville :

MdM demande l'accès au logement digne, stable et adapté et le déploiement d'un accompagnement global dans la lignée de l'instruction du 25 janvier 2018 dont l'objectif affiché est la résorption des bidonvilles.

MdM demande, à défaut, l'établissement de conditions de vie et d'hygiène dignes, ne mettant pas en danger la santé des personnes : accès à l'eau, aux sanitaires et ramassage régulier des ordures sont des préalables indispensables.

MdM appelle à prioriser la lutte contre les maladies à potentiel épidémique (gale, rougeole, coqueluche, IST, tuberculose...) y compris lorsqu'une expulsion est prévue sur le terrain. La santé publique doit primer sur l'impératif d'expulsion.

MdM demande la révision du dispositif spécifique visant les ressortissants européens inactifs (CREIC) qui ralentit aujourd'hui considérablement l'ouverture des droits et donc l'accès effectif au parcours de soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Académie nationale de médecine, « *Rapport sur la fiabilité des examens médicaux visant à déterminer l'âge à des fins judiciaires et la possibilité d'amélioration en la matière pour les mineurs étrangers isolés* », janvier 2007.
- Académie nationale de médecine, « *Précarité, pauvreté et santé* », rapport, juin 2017, 24 pages.
- Agence régionale de santé guyane (ARS). « *Projet régional de santé 2018-2027 - Cadre d'orientation stratégique 2018-2028* », 2018
- Amnesty International, « *Des contrôles aux confins du droit. Violation des droits humains à la frontière avec l'Italie* », Synthèse de mission d'observation, février 2017.
- Anguis M., Chaput H., Marbot C., Millien C., Vergier N., « *10 000 médecins de plus depuis 2012* », DREES Études et résultats 2018 : 1061.
- ANSA, « *Le logement d'abord et après. Bilan et propositions pour la généralisation du logement d'abord en France* », 2017.
- ANSA, « *Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes* », ANSA, DGCS, 2016.
- Antona D., Fonteneau L., et al. « *Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004* », BEH, 2007 ; 6 : 45-50.
- Antoun F., Charlois-Ou C., Dormant I., Hocine N., Mazelle G., Mouas H., « *La tuberculose à Paris en 2016 : un tournant ?* », BEH ; 2018 ; (6-7) : 113-20.
- Aragona M., Pucci D. et al., « *Post migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary cas study* », Italian Journal of Public Health, 2012 ; 9 : 3.
- Arcep, « *Le baromètre du numérique 2016* », 2016, 72 pages.
- Archimbaud A., « *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité* », Rapport, septembre 2013.
- Azoguy Lévy S., « *Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques* », La santé de l'homme, 2012 ; 417 : 5-6.
- Azria E., « *Précarité sociale et risque périnatal* », *Enfances & Psy*, 2015 ; 67 : 13-31.
- Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., « *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* », *Populations et sociétés*, 2012 ; 492 : 1-4.
- Bancroft M., « *The interpreter's world tour: an environmental scan of standards of practice for interpreters* », The Californian endowment, 2005.
- Barré S., Massetti M., et al., « *Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France* », BEH 2017 ; 2-3 : 39-47.
- Beltzer N., Hamers F., Duport N., « *Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014* », BEH 2017 ; 2-3 : 26-31.
- Binder-Foucard F., Belot A., et al., « *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 1 : tumeurs solides* », InVS, Rapport, 2013.
- Boivin I., Brisset C., Leanza Y., « *Interprétation et interpréariat : chassé-croisé en thérapies analytiques plurilingues* », *Filigrane*, 2011 ; 20 : 107-22.
- Boubil E., Wolmark L., « *Vulnérabilité, soin et accueil des demandeurs d'asile* », *La Revue des droits de l'Homme*, 2017 ; 13 : 1-13.
- Bouris S., Merry L., Kebe A., Gagnon A., « *Mothering here and mothering there: International migration and postbirth mental health* », *Obstetrics and Gynecology International*, 2012 ; 1-6.
- Bryere J., Dejardin O., et al., « *Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France* », BEH 2017 ; 4 : 68-77.
- Burns F.-M., Imrie J.-Y. et al., « *Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain* », *AIDS Care*, 2007 ; 19 : 102-8.
- Canut C., Pian A., Petit V., « *Dire la violence des frontières. Mise en mot de la migration vers l'Europe* », *REMI*, 33 : 7-133.
- Carnicer-Pont D., de Olalla P.-G., Cayla J.-A., « *HIV infection late detection in AIDS patients of an European city with increased immigration since mid-1990s* », *Curr HIV Res*, 2009 ; 7 : 237-43.
- CCNE, « *Santé des migrants et exigence éthique* », Avis n° 127 du CCNE, 16 octobre 2017.
- CFDA, « *Droit d'asile en France : conditions d'accueil. État des lieux 2012* », Rapport CFDA, 2013, 121 pages.
- CFDA, « *D'une réforme à l'autre. L'asile en danger* », Rapport, février 2018, 32 pages.
- Chambon N., Le Goff G., « *Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie* », *Revue française des affaires sociales*, 2016 ; 6 : 123-40.
- Chappuis M., Antonielli A.-B., et al., « *Prévention des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes en situation de grande précarité : étude épidémiologique* », *Bull Cancer*, 2014 ; 101 : 663-8.
- Centre Primo Levi, MdM, « *La souffrance psychique des exilés* », Rapport, juin 2018.
- CESE, « *Parcours et politiques d'accueil des demandeurs et demandeuses d'asile dans l'Union européenne* », avis, mai 2018.
- CETAF, « *Score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Rapport d'étude* », Janvier 2005, Saint-Étienne : Cetaf, 2005.
- Chappuis M., Pauti M.-D., et al., « *Connaissance des statuts sérologiques VIH, VHB et VHC chez les personnes en situation de grande précarité en France, 2012* », *Med Mal Inf*, 2015 ; 45 : 72-77.
- Cimade, « *Soigner ou suspecter : les malades victimes d'une politique migratoire répressive* », Rapport, juin 2018.

- CIRE Océan Indien, « *La tuberculose à Mayotte. Données 2011-2015* », Point épidémiologique, 2018, 46 : 1-3.
- CNCNDH, « *Avis sur la situation des personnes migrantes à la frontière franco-italienne* », 18 juin 2018.
- CNCNDH, « *Avis droits des étrangers et droit d'asile dans les Outre-mer. Cas particuliers de la Guyane et de Mayotte* », 2017.
- CNDH Romeurope, « *20 propositions pour une politique d'inclusion des personnes vivant en bidonvilles et squats* », Rapport, 2017.
- CNDH Romeurope, « *61^e atelier de la DIHAL : Résorption des bidonvilles, pourquoi agir ?* », Compte-rendu de l'atelier de la DIHAL, 29 mars 2018.
- CNLE, « *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* », Avis, juin 2011.
- Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), Rapport de la mission de l'ordre des médecins en Guyane, 2017.
- Comede, « *Migrants/Étrangers en situation précaire : soins et accompagnement* », Guide pratique pour les professionnels, Édition 2015.
- Cordier A., Salas F., « *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État* », Rapport IGAS/IGF, 2010, 161 pages.
- DDD, « *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME* », Rapport remis au Premier ministre, 2014, 45 pages.
- DDD, « *Les droits fondamentaux des étrangers en France* », mai 2016.
- DDD, « *Relations des usagères et usagers avec les services publics : le risque du non-recours* », Enquête sur l'accès aux droits - Volume 2, mars 2017(a).
- Delizee A., De Ridder P., « *L'interprète-kaléidoscope ou le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale. Un état de la question* », Human org working paper, 2016 ; 1.
- Deshingkar P., Shaheen A., « *Migration and human development in India* », Working Paper, Human Development Report Office, UNDP, New York, 2011.
- Deshingkar P., Farrington J., « *Circular migration and multi locational livelihoods strategies in rural India* », 2009, Oxford University Press, New Delhi.
- Desprès C., « *Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité* », Anthropologie & Santé, 2013, 6 pages.
- D'Halluin E., « *La santé mentale des demandeurs d'asile* », Hommes et migrations, 2009 ; 1982 : 66-75.
- Dulin A., « *Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance* », Les avis du CESE, juin 2018, 98 pages.
- ECDC, WHO, « *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015* », Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2015.
- Fakoya I., Reynolds R., Caswell G., Shiripinda I., « *Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe* », HIV Med, 2008 ; 9 : 23-5.
- Feldman R., « *Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services* », Public Health, 2006 ; 120 : 809-816.
- Flitti Y., « *Chronique d'une humanité perdue* », Maux d'exil, 2018 ; 57 : 1.
- Fnars, « *Réforme de l'asile : accueil, hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile et des réfugiés. 57 propositions pour une mise en œuvre de ma réforme de l'asile respectueuse des droits des personnes* », décembre 2015.
- Fondation Abbé Pierre, « *23^e rapport sur l'État du mal-logement en France* », février 2018.
- Fourier P., Weber E., « *Parcours et politiques d'accueil des demandeurs d'asile dans l'Union européenne* », Avis du CESE sur le rapport présenté par M. Paul Fourier et Mme Emelyn Weber, rapporteurs au nom de la section des affaires européennes et internationales.
- FRA, « *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation* », 2015.
- Freedman J., « *Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis"* », Reprod Health Matters, 2016, 24 : 18-26.
- FTDA., « *Les violences à l'égard des femmes demandeuses d'asile et réfugiées en France* », Les Xahiers du social, 2018 : 40.
- Geeraert J., Rivollier E., « *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité* », Soins, 2014 : 14-18.
- Godin-Blandeau E., Verdot C., Develay A.-E., « *La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature* », BEH 2013 ; (35-36) : 434-40.
- Gosselin A., Desgrées du Loû A., Lelièvre E., Lert F., Dray-Spira R., Lydié N., « *Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ?* », Populations et sociétés, 2016 ; 533 : 1-4.
- Grillo F., Soler M., Chauvin P., « *L'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction des caractéristiques migratoires chez les femmes de l'agglomération parisienne en 2010* », BEH, 2012, 2,3,4 : 45-48.
- Guillon M., Celse M., Geoffard P.-Y., « *Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France* », European journal of health economic, 2017 19(3) : 327-340.
- Guthmann J.-P., Antoine D., Lévy-Bruhl D., « *Les issues de traitement des tuberculoses sensibles déclarées en France. 2008-2014* », BEH, 2018 ; 6-7 : 95-104.
- Guthmann J.-P., Fonteneau L., et al., « *La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002* », BEH 2007 ; 51-52 : 441-5.
- Guthmann J.-P., Fonteneau L. et al., « *Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant en France en 2014 : progrès très importants chez le nourrisson, stagnation chez l'adolescent* », BEH, 2015 ; 26-27 : 499-504.
- HAS, « *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques* », octobre 2017, 70 pages.
- HAS, « *L'état de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de de vulnérabilité sanitaire* », janvier 2016.
- HAS, « *Stratégies de prévention de la carie dentaire* », Synthèse, 2010, 26 pages.
- HCE, « *La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité* », Bousquet D., Couraud G. et Lazimi G., Rapport n° 2017-05-29-SAN-O27, mai 2017(a).
- HCE, « *Avis sur le projet de loi n°2182 relatif à la réforme de l'asile - novembre 2014 / Situation des femmes demandeuses d'asile en France après l'adoption de la loi portant réforme du droit d'asile - décembre 2017* », Bousquet D., Forest M., Bougeard J., Bourdin M.-A., Rapport n° 2017-12-18-INT-030, décembre 2017(b).

- HCSP, « Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à l'évaluation d'un jeune isolé étranger », 23 janvier 2014.
- HCSP, « Santé sexuelle et reproductive », Avis et Rapports, mars 2016.
- Helfer C., « Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital », ASH, 2014, 2851 : 32-35.
- Huaume H., Kellou N., Tomasino A., Chappuis M., Letrilliart L., « Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012 », Bull Epidemiol Hebd. 2017 ; (19-20) : 430- 6.
- Igas, Iga, IGJ, Assemblée des départements de France, « Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés », 15 février 2018.
- Igas, « Prostitutions : les enjeux sanitaires », Rapport d'enquête, 2012.
- IGF, AGAS, « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état », novembre 2010.
- Inca, « Les cancers en France », 2016.
- INFOMIE, « La souffrance chez le/la jeune isolé-e étranger/ère. Paroles de professionnelles », Outil pratique, décembre 2017.
- InVS, « État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger », Rapport 2014.
- Jobard F., Lévy R., Lamberth J., Névanen S., « Mesurer les discriminations selon l'apparence : une analyse des contrôles », Population, 67, no.3, 2012 : 423-451.
- Kaoutar B., Mathieu-Zahzam L., Lebas J., Chauvin P., « Health of immigrant population of consultants at the Baudelaire outpatient clinic in Saint-Antoine hospital in Paris, France », Bull Soc Pathol Exot 1990 ; 105 : 86-94.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., et al., « How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review », Eur J Public Health 2015 ; 25 : 937-44.
- Laporte A., Chauvin P., « Samenta, la santé mentale des personnes sans logement personnel d'Île-de-France », Rapport final, Observatoire du Samu social de Paris, Inserm, 2010 ; 226 pages.
- Le Bail H., Giametta C., Rassou N., « Que pensent les travailleuses du sexe de la loi prostitution ? Enquête sur l'impact de la loi du 13 avril 2016 contre le système prostitutionnel », Rapport, 2018, 98 pages.
- Legrand E., « Programme expérimental milieu carcéral Nantes. Focus sur les ateliers collectifs. Médecins du Monde (2015-2017) », Rapport final EHESP, avril 2018.
- Lhuillier D., « Perspective psychosociale clinique sur la « carcéralité », Bulletin de psychologie, 2007 : 60 : 447-53.
- Limousi F., Lydié N., « Recours au dépistage du VIH : des leviers bien identifiés mais encore des opportunités à créer », Parcours, In Desgrées du Lou A., Lert F., « Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France », La Découverte, 2017, 173-194.
- Lopez-Quintero C., Shtarkshall R., Neumark Y.-D., « Barriers to HIV-testing among hispanics in the United States: analysis of the National Health Interview Survey, 2000 », AIDS Patient Care STDs, 2005 ; 10 : 672-83.
- Maffesoli S.-M., « Les travailleuses du sexe, entre violence et silence », Maux d'Exil, avril 2016.
- Martin P., « Les métamorphoses de l'assurance maladie », Presses universitaires de Rennes, collection Le Sens social, 2016.
- Masullo A., « Santé et recours aux soins des populations précaires », 2006, Eris, 15 pages.
- MdM, Aldridge R., Miller A., Jakubowski B., Pereira L., Fille F., Noret I., « Les laissés pour compte : L'échec de la couverture santé universelle en Europe », Rapport de l'Observatoire du réseau européen pour réduire les vulnérabilités en santé, Réseau international MdM, rapport, 2017.
- MdM, Chauvin P., Simonnot N., « L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité. Obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe », Réseau international MdM, Rapport 2015.
- MdM, « État bucco-dentaire et accès aux soins des personnes en situation de précarité », Rapport d'étude, 2016.
- Minassian S., Touhami F., Radjack R. et al., « Les détours du trauma lors de la prise en charge des mineurs isolés étrangers », Enfances & Psy, 2017, 74 : 115-125.
- Nurse J., Woodcock P., Ormsby J., « Influence of Environmental Factors On Mental Health Within Prisons: Focus Group Study », BMJ, 2003 ; 327 : 480-483.
- Observatoire du Samu social de Paris, « Enfants et familles sans logement. Rapport d'enquête ENFANMS. Enfants et famille sans logement personnel en Île-de-France », Rapport, 2014 ; 359 pages.
- OCDE, « New Health Technologies : Managing Access, Value and Sustainability », Éditions OCDE, Paris, 2017.
- Ofpra, « Rapport d'activité 2017 », 2018 ; 139 pages.
- ORS Auvergne, « Le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne », Rapport ORS Auvergne, septembre 2016, 43 pages.
- Pannetier J., Desgrées du Lou A., Lert F., « Santé mentale et parcours migratoires : symptômes d'anxiété et de dépression », In Desgrées du Lou A., Lert F., « Parcours de vie et santé des africains immigrés en France » Éditions La Découverte, 2017 : 287-298.
- Pannetier J., Ravalihasy A., Lydié N., Lert F., Desgrées du Lou A., « Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-saharian african migrant women in France : an anlysis of the ANRS Parcours retrospective population-based study », Lancet public health, 2018 : e16-23.
- Pauti M.-D., Tomasino A., et al., « Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France », BEH, 2016 ; 13-14 : 230-6.
- Péaud C., de Gentile L., et al., « Évaluation de l'état de santé des mineurs isolés étrangers », 18^e journées nationales d'infectiologie, Médecine et maladies infectieuses, 2017 : 47 : S95-S100.
- Picon E., Sannino N., Minet B., Henocq A.-C., Seigneur R., « Évaluation du dispositif lits haltes soins santé (LHSS) », DGCS, Rapport final, 2013 ; 179 pages.
- Pfister V., Guiboux L., Naitali J., « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner », Informations sociales, 2014 ; 182 : 100-107.
- Pottie K. et al., « Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees », CMAJ, 2011 Sep 6, 183(12) : E824-E925.
- Prost A., Elford J., et al., « Social, behavioural, and intervention research among people of Sub-Saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: literature review and recommendations for intervention », AIDS Beh, 2008 ; 12 : 170-94.
- Radjack R., Benoit de Coignac A., Sturm G. et al., « Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers ? Une approche transculturelle », Adolescence, 2012 ; 80 : 421-432.
- Rilliard F., Friedlander L., et al., « Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé buccodentaire », La santé de l'homme, 2012 ; 417 : 31-33.

- Rivollier E., Piéguay E., Scanvion A., « Exclusion. "Quelles prises en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ?" », Revue hospitalière de France, 2013 ; 550.
- Roger Ph., « La lutte contre la tuberculose dans les départements septentrionaux avant 1914 », Revue du Nord 2017/2 (n° 420), 413-431.
- Roze M., Vandentorren S., et al., « Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the Enfams survey », European psychiatry, 2016, 38 : 51-60.
- Sahajian F., Voirin N., Vanhems P., Fabry J., « Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C », RESP 2005 ; 53 : 25-42.
- Saurel-Cubizolles M., Saucedo M., Drewniak N., Blondel B., Bouvier-Colle M.-H., « Santé périnatale des femmes étrangères en France », BEH, 2012 ; 2-3-4 : 30-34.
- Schwarzinger M., « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé. Analyses des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du diabète », 2012.
- Supervie V., « Données épidémiologiques VIH récentes en France », XVII^e congrès de la Société française de lutte contre le SIDA, Montpellier, 7 octobre 2016.
- Tanti-Hardouin N., Haezebrouck D., « Sens de la médiation santé de Médecins du Monde auprès des populations roms : les nouveaux enjeux de la lutte contre la grande exclusion », novembre 2015.
- Teoran J., Rustico J., « Un programme national de médiation sanitaire. De l'expérimentation à la généralisation », Études tsiganes, 2014, 52-53 : 181-9.
- Tessier S., Cohen F., Azogui-Levy S. et al., « Promouvoir la santé buccodentaire », La Santé de l'homme, 2012 ; 417 : 4-5.
- Trébuq A., Editorial : « La tuberculose plus que jamais une maladie d'actualité » BEH ; 2018 ; 6-7 : 94-5.
- Triandafyllidou A., « Migration irrégulière en France - Projet de Recherche "CLANDESTINO". Compter l'incomptable : données et tendances en Europe », 2009.
- Unicef, « Every child's birth right. Inequities and trends in birth registration », Rapport, 2018, 48 pages.
- Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacobelli M., Bamberger M., Zlatanova Z., « Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés », BEH 2017 ; 19-20 : 405-14.
- Vergier N., Chaput H., Lefebvre-Hoang I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les dossiers de la Drees, mai 2017.
- Vuillermoz C., Aouba A., Grout L., Rocca C., Vandentorren S., Tassin F., et al., « Estimation du nombre de décès de personnes sans domicile en France, 2008-2010 », BEH, 2015 ; 36-37 : 657-61.
- Walboomers J.-M., Jacobs M.-V., Manos M.-M., Bosch F.-X., Kummer J.-A., Shah K.-V. et al., « Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide », Jpathol, 1999 ; 189(1) : 12-9.
- Woestelandt L., Radjack R., Touhami F. et al., « L'incertitude menaçante qui pèse sur les mineurs isolés étrangers : conséquences psychologiques », L'Autre, 2016 ; 17 : 35-43.
- Yaouancq F., Lebrère A., Marpsat M., Régnier V., Legleye S., Quaglia M., « L'hébergement des sans-domiciles en 2012 », Insee première, 2013 ; 1455.
- Zendedel R. et al., « Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters », Patient Education and Counseling, juin 2016.

ANNEXES



1. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

Depuis 2016, les données sont recueillies auprès des patients par les intervenants des Caso à l'aide d'un dossier patient informatisé (DPI). Il s'agit à la fois d'un outil de prise en charge socio-médicale des usagers accueillis dans les Caso et d'un outil de collecte de données. Le DPI s'appuie sur un accès par Internet à une base de donnée unique centralisée sur le Web et hébergée par un hébergeur agréé « hébergeur de données de santé à caractère personnel ». La structure de l'application (architecture de la base de données) a été définie pour répondre à la pluralité des formes de prise en charge des usagers existantes dans les Caso en France. Ainsi le DPI dispose des dossiers suivants : entretien d'accueil, dossier social, infirmier, médical, dentaire, psychiatrie/psychologie, ophtalmologie/opticien, prévention VIH-HEP-IST, gynécologie, dermatologie, cardiologie, kinésithérapie, podologie, violences subies, accompagnement physique.

L'entretien d'accueil est rempli pour chaque patient, une fois et une seule, lors de sa première venue au Caso. Il est conçu pour être un guide d'entretien permettant à l'accueillant et/ou au travailleur social d'examiner la situation sociale des patients, de les informer et de les orienter sur leurs droits et sur leurs démarches administratives. Il permet par ailleurs de disposer des caractéristiques des usagers au jour de leur première visite.

Les autres dossiers sont complétés au fur et à mesure des visites des usagers et permettent d'enregistrer tous les actes réalisés.

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS PRIMAIRES

Lors des consultations médicales, les diagnostics sont établis à partir de la Classification internationale des soins primaires¹⁶⁹. Cet outil, reconnu par l'OMS, a été créé par la Wonca (Association internationale des médecins de famille) dans le but de qualifier et de coder de manière standardisée :

- des symptômes ou des plaintes ;
- des pathologies diagnostiquées ;

- des procédures : actes réalisés par les médecins lors de la consultation ou en fin de consultation (orientations).

Elle comporte initialement 680 items (hors procédure de soins) et se présente sous la forme d'une grille à double entrée : 17 chapitres (ou appareils anatomiques) basés sur les systèmes corporels (système digestif, cardiovasculaire, neurologique, etc.) et 7 rubriques.

17 chapitres (ou appareils anatomiques) identifiés par une lettre :

- A** Général et non spécifié¹⁷⁰
- B** Sang, système hématopoïétique/immunologie (**B**lood, **s**ang)
- D** Système **D**igestif
- F** Œil
- H** Oreille (**H**earing, **a**udition)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéo-articulaire (**L**ocomotion)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (**S**kin, **p**eau)
- T** Métabolique, nutrition, endocrinien
- U** Système **U**rinaire
- W** Grossesse, accouchement, planning familial (**W**oman, **f**emme)
- X** Système génital féminin et sein (**C**hromosome **X**)
- Y** Système génital masculin et sein (**C**hromosome **Y**)
- Z** Social¹⁷¹

7 rubriques (symptômes, diagnostics et procédures ou actes médicaux réalisés pendant la consultation), identifiables dans chaque chapitre par un code couleur :

- 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**

(169) Pour plus d'informations sur la CISP ou pour télécharger la grille, se référer au site internet du CISP-Club : http://www.cispclub.org/4daction/w3_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7

(170) Cette catégorie regroupe tous les symptômes et maladies qui ne peuvent être classés par appareil ou famille d'organes selon la logique 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 ; 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.

(171) Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

Chaque item correspond à l'association d'une lettre (chapitre/appareil anatomique) et d'un nombre (correspondant à une rubrique).

Exemples :

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)]

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)]

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...) ;
- Digestif (exemple : oreillons D71).

Le dentaire-stomatologie correspond au chapitre Digestif (exemple : symptôme/plainte dents/gencives D19).

Les médecins peuvent indiquer jusqu'à cinq résultats de consultations dans les dossiers médicaux. Ils notifient toutes les pathologies repérées en cours, y compris celles qui ne font pas l'objet de la demande de consultation, l'objectif étant de rendre compte le plus fidèlement possible de l'état de santé des personnes rencontrées.

ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données des Casos est confiée à l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées (Orsmip). Le traitement des données a été réalisé à l'aide du logiciel Stata (version 11.2.). Les comparaisons de variables ont été testées à l'aide du test du chi-deux de Pearson (pour les variables qualitatives) et du test non paramétrique de Kruskal et Wallis ou de l'analyse de variances (pour les variables quantitatives). Les différences observées sont exprimées dans les tableaux à l'aide du « p » (qui exprime la probabilité que les différences observées soient significatives) 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 % .

Dans tous les cas, si la valeur du « p » indiqué est inférieure à 0,05 ($p < 0,05$), on conclut à une relation statistiquement significative entre les groupes ainsi comparés d'un point de vue statistique.

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. L'*odds ratio* permet de témoigner du sens (augmentation si >1 et diminution si <1) et de la force de l'influence de chaque variable du modèle sur la variable cible sans pour autant mettre en évidence une relation de causalité. 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 2016 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.

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 du groupe de patients spécifiques venus consulter, 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 Médecins du Monde 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.

2. ACTIVITÉS

PAR CASO

	Besançon	Bordeaux	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	TOTAL
Nombre total de consultations	1 183	5 849	2 404	3 574	4 352	2 787	2 136	2 488	5 904	748	1 955	11 930	5 653	2 026	52 989
Nombre de patients différents (file active)	630	2 110	1 191	1 727	2 613	1 242	624	1 407	2 993	418	1 054	6 277	1 191	861	24 338
Nombre de consultations médicales (généralistes, spécialistes)	1 102	3 280	1 692	2 385	3 586	931	1 052	1 443	3 812	692	1 129	5 666	2 023	881	29 674
<i>Part des consultations médicales (par rapport au total)</i>	3,7 %	11,1 %	5,7 %	8,0 %	12,1 %	3,1 %	3,5 %	4,9 %	12,8 %	2,3 %	3,8 %	19,1 %	6,8 %	3,0 %	100,0 %
Nombre de patients différents ayant eu une consultation médicale	600	1 646	948	1 463	2 179	694	524	837	2 193	400	818	3 728	813	539	17 382
Nombre moyen de consultations médicales par patient	1,84	1,99	1,78	1,63	1,65	1,34	2,01	1,72	1,74	1,73	1,38	1,52	2,49	1,63	1,71
Nombre de consultations dentaires		470			204	343	277	263			120		697		2 374
<i>Part des consultations dentaires (par rapport au total)</i>		19,8 %			8,6 %	14,4 %	11,7 %	11,1 %			5,1 %		29,4 %		100,0 %
Nombre de patients différents ayant eu une consultation dentaire		246			183	165	98	142			90		277		1 201
Nombre moyen de consultations dentaires par patient		1,91			1,11	2,08	2,83	1,85			1,33		2,52		
Nombre de consultations paramédicales⁽¹⁾	0	212	257	258	323	655	7	47	670	55	690	3 194	1 889	69	8 326
<i>Part des consultations paramédicales (par rapport au total)</i>	0,0 %	2,5 %	3,1 %	3,1 %	3,9 %	7,9 %	0,1 %	0,6 %	8,0 %	0,7 %	8,3 %	38,4 %	22,7 %	0,8 %	100,0 %
Nombre de consultations sociales	81	1 848	451	810	200	858	799	733	1 208	1	11	3 070	1 044	1 076	12 190
<i>Part des entretiens sociaux (par rapport au total)</i>	0,7 %	15,2 %	3,7 %	6,6 %	1,6 %	7,0 %	6,6 %	6,0 %	9,9 %	0,0 %	0,1 %	25,2 %	8,6 %	8,8 %	100,0 %

(1) Les consultations paramédicales comprennent les actes infirmiers, les consultations de kinésithérapie, de podologie et de prévention.

3. ANALYSES

PAR CASO

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
630	2,6	1 120	0	0	81

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Besançon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	39,5	249	36,8	8 715	36,8	8 964
Âge moyen (années)	29,5		32,8		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	27,2	171	14,0	3 306	14,3	3 477
18-29 ans	25,4	160	30,7	7 266	30,6	7 426
30-39 ans	19,7	124	27,4	6 479	27,2	6 603
40-49 ans	13,5	85	13,8	3 256	13,8	3 341
≥ 50 ans	14,1	89	14,1	3 337	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	91,1	574	96,8	22 938	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	13,8	87	13,0	3 090	13,1	3 177
Europe (hors UE)	46,8	295	7,9	1 880	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	25,6	161	45,6	10 812	45,1	10 973
Maghreb	6,7	42	24,3	5 751	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	5,9	37	4,1	964	4,1	1 001
Asie	1,1	7	4,3	1 016	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,2	1	0,8	183	0,8	184
Pays les plus représentées						
Albanie	18,1	114	2,9	682	3,3	796
Kosovo	11,7	74	0,6	151	0,9	225
France	8,9	56	3,2	770	3,4	826
Bosnie-Herzégovine	7,9	50	0,2	48	0,4	98
Guinée	4,9	31	4,7	1 126	4,8	1 157
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	70,6	437	49,8	9 783	50,4	10 220
Situation irrégulière	29,4	182	50,2	9 865	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	31,3	171	10,9	2 460	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	62,6	351	42,7	9 372	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	13,7	77	26,9	5 901	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	12,7	71	15,6	3 426	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	8,9	50	11,5	2 513	11,4	2 563
≥ 10 ans	2,1	12	3,3	731	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	9,4	57	6,3	1 224	6,4	1 281
Hébergé	44,7	272	60,1	11 621	59,6	11 893
Squat ou campement	2,5	15	8,3	1 602	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	43,5	265	25,3	4 885	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	10,2	61	34,8	6 359	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	23,2	111	16,3	2 083	16,6	2 194
Droits non ouverts	76,8	367	83,7	10 661	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
2 110	8,7	3 280	470	212	1 848

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, psychologie/psychiatrie, gynécologie, ophtalmologie/opticien, dentaire, consultation de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Bordeaux		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	44,6	941	36,1	8 023	36,8	8 964
Âge moyen (années)	32,8		32,7		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	14,2	300	14,3	3 177	14,3	3 477
18-29 ans	32,4	683	30,4	6 743	30,6	7 426
30-39 ans	22,6	477	27,6	6 126	27,2	6 603
40-49 ans	15,1	319	13,6	3 022	13,8	3 341
≥ 50 ans	15,6	328	14,0	3 098	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	97,5	2 058	96,5	21 454	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	21,4	451	12,3	2 726	13,1	3 177
Europe (hors UE)	14,3	301	8,4	1 874	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	33,7	712	46,2	10 261	45,1	10 973
Maghreb	25,3	533	23,7	5 260	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	2,8	60	4,2	941	4,1	1 001
Asie	1,4	30	4,5	993	4,2	1 023
Océanie et Amériques	1,1	23	0,7	161	0,8	184
Pays les plus représentées						
Bulgarie	13,4	283	0,6	139	1,7	422
Algérie	10,5	222	14,6	3 239	14,2	3 461
Nigeria	9,1	193	1,9	424	2,5	617
Maroc	8,4	178	5,6	1 246	5,9	1 424
Albanie	6,1	129	3,0	667	3,3	796
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	64,6	1 021	49,2	9 199	50,4	10 220
Situation irrégulière	35,4	559	50,8	9 488	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	15,8	320	10,9	2 311	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	43,1	794	43,2	8 929	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	26,4	486	26,6	5 492	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	17,5	322	15,4	3 175	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	10,8	199	11,4	2 364	11,4	2 563
≥ 10 ans	2,2	41	3,4	702	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	5,3	76	6,5	1 205	6,4	1 281
Hébergé	49,8	716	60,4	11 177	59,6	11 893
Squat ou campement	17,5	251	7,4	1 366	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	27,4	394	25,7	4 756	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	22,7	301	34,9	6 119	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	29,7	307	15,5	1 887	16,6	2 194
Droits non ouverts	70,3	728	84,5	10 300	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 191	4,9	1 692	0	257	451

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie, ophtalmologie/opticien.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Grenoble		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	39,8	474	36,7	8 490	36,8	8 964
Âge moyen (années)	28,4		32,9		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	22,1	263	13,9	3 214	14,3	3 477
18-29 ans	33,1	394	30,5	7 032	30,6	7 426
30-39 ans	23,7	282	27,4	6 321	27,2	6 603
40-49 ans	11,8	141	13,9	3 200	13,8	3 341
≥ 50 ans	9,2	110	14,4	3 316	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	96,1	1 144	96,6	22 368	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	13,2	157	13,1	3 020	13,1	3 177
Europe (hors UE)	12,3	146	8,8	2 029	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	47,4	565	45,0	10 408	45,1	10 973
Maghreb	22,3	266	23,9	5 527	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	3,0	36	4,2	965	4,1	1 001
Asie	1,6	19	4,3	1 004	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,2	2	0,8	182	0,8	184
Pays les plus représentés						
Guinée	14,0	167	4,3	990	4,8	1 157
Algérie	13,6	162	14,3	3 299	14,2	3 461
République démocratique du Congo	7,2	86	1,7	394	2,0	480
Angola	6,9	82	0,5	118	0,8	200
Macédoine	5,0	59	0,2	51	0,5	110
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	68,9	752	49,4	9 468	50,4	10 220
Situation irrégulière	31,1	340	50,6	9 707	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	25,3	281	10,7	2 350	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	47,8	525	43,0	9 198	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	25,8	283	26,6	5 695	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	12,2	134	15,7	3 363	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	12,9	142	11,3	2 421	11,4	2 563
≥ 10 ans	1,3	14	3,4	729	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	8,6	91	6,3	1 190	6,4	1 281
Hébergé	51,2	543	60,1	11 350	59,6	11 893
Squat ou campement	6,9	73	8,2	1 544	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	33,4	354	25,4	4 796	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	26,7	263	34,4	6 157	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	13,6	108	16,8	2 086	16,6	2 194
Droits non ouverts	86,4	687	83,2	10 341	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 727	7,1	2 385	0	258	810

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie, consultation de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Lyon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	42,8	740	36,4	8 224	36,8	8 964
Âge moyen (années)	28,4		33,0		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	29,1	502	13,2	2 975	14,3	3 477
18-29 ans	26,2	451	30,9	6 975	30,6	7 426
30-39 ans	21,1	363	27,7	6 240	27,2	6 603
40-49 ans	10,9	188	14,0	3 153	13,8	3 341
≥ 50 ans	12,7	219	14,2	3 207	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	96,3	1 663	96,6	21 849	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	24,9	429	12,2	2 748	13,1	3 177
Europe (hors UE)	19,2	331	8,2	1 844	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	34,6	598	45,9	10 375	45,1	10 973
Maghreb	18,4	318	24,2	5 475	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	1,2	20	4,3	981	4,1	1 001
Asie	0,8	13	4,5	1 010	4,2	1 023
Océanie et Amériques	1,0	17	0,7	167	0,8	184
Pays les plus représentées						
Roumanie	17,5	303	4,1	922	5,0	1 225
Algérie	11,8	204	14,4	3 257	14,2	3 461
Albanie	11,3	196	2,7	600	3,3	796
Guinée	7,4	127	4,6	1 030	4,8	1 157
Tunisie	4,9	84	2,8	627	2,9	711
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	66,2	1 087	49,0	9 133	50,4	10 220
Situation irrégulière	33,8	556	51,0	9 491	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	15,6	256	11,0	2 375	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	49,5	801	42,7	8 922	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	21,9	354	26,9	5 624	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	14,1	228	15,7	3 269	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	11,7	189	11,4	2 374	11,4	2 563
≥ 10 ans	2,8	45	3,3	698	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	4,3	69	6,6	1 212	6,4	1 281
Hébergé	49,2	794	60,6	11 099	59,6	11 893
Squat ou campement	11,6	187	7,8	1 430	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	35,0	565	25,0	4 585	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	37,4	548	33,7	5 872	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	16,1	203	16,6	1 991	16,6	2 194
Droits non ouverts	83,9	1 056	83,4	9 972	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
2 613	10,7	3 586	204	323	200

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, gynécologie, échographie, dentaire, ophtalmologie/opticien.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Marseille		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	28,8	752	37,8	8 212	36,8	8 964
Âge moyen (années)	33,3		32,6		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	16,0	416	14,1	3 061	14,3	3 477
18-29 ans	28,6	743	30,8	6 683	30,6	7 426
30-39 ans	22,9	593	27,7	6 010	27,2	6 603
40-49 ans	14,8	384	13,6	2 957	13,8	3 341
≥ 50 ans	17,7	458	13,7	2 968	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	96,5	2 522	96,6	20 990	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	11,3	294	13,3	2 883	13,1	3 177
Europe (hors UE)	4,5	117	9,5	2 058	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	33,0	862	46,6	10 111	45,1	10 973
Maghreb	48,5	1 268	20,8	4 525	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	2,3	60	4,3	941	4,1	1 001
Asie	0,3	8	4,7	1 015	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,2	4	0,8	180	0,8	184
Pays les plus représentés						
Algérie	38,0	992	11,4	2 469	14,2	3 461
Comores	10,6	277	1,0	214	2,0	491
Guinée	5,4	141	4,7	1 016	4,8	1 157
Maroc	5,4	141	5,9	1 283	5,9	1 424
Tunisie	4,9	128	2,7	583	2,9	711
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	49,2	1 152	50,6	9 068	50,4	10 220
Situation irrégulière	50,8	1 190	49,4	8 857	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	9,8	245	11,5	2 386	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	41,9	997	43,4	8 726	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	27,5	654	26,5	5 324	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	16,7	398	15,4	3 099	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	9,8	234	11,6	2 329	11,4	2 563
≥ 10 ans	4,2	99	3,2	644	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,9	154	6,4	1 127	6,4	1 281
Hébergé	63,6	1 427	59,1	10 466	59,6	11 893
Squat ou campement	6,1	137	8,4	1 480	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	23,4	524	26,1	4 626	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	37,8	829	33,5	5 591	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	11,0	154	17,3	2 040	16,6	2 194
Droits non ouverts	89,0	1 249	82,7	9 779	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 242	5,1	931	343	655	858

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, consultation de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Montpellier		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	33,3	413	37,0	8 551	36,8	8 964
Âge moyen (années)	33,8		32,6		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	11,9	147	14,5	3 330	14,3	3 477
18-29 ans	30,1	373	30,6	7 053	30,6	7 426
30-39 ans	26,4	327	27,2	6 276	27,2	6 603
40-49 ans	15,9	197	13,7	3 144	13,8	3 341
≥ 50 ans	15,8	196	14,0	3 230	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	93,0	1 155	96,8	22 357	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	22,1	274	12,6	2 903	13,1	3 177
Europe (hors UE)	12,9	160	8,7	2 015	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	19,4	241	46,5	10 732	45,1	10 973
Maghreb	41,7	517	22,9	5 276	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	2,7	33	4,2	968	4,1	1 001
Asie	0,5	6	4,4	1 017	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,8	10	0,8	174	0,8	184
Pays les plus représentées						
Maroc	26,5	329	4,7	1 095	5,9	1 424
Algérie	13,5	168	14,3	3 293	14,2	3 461
Roumanie	8,3	103	4,9	1 122	5,0	1 225
France	7,0	87	3,2	739	3,4	826
Guinée	6,3	78	4,7	1 079	4,8	1 157
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	59,8	672	49,9	9 548	50,4	10 220
Situation irrégulière	40,2	452	50,1	9 595	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	15,1	170	11,2	2 461	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	38,5	427	43,5	9 296	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	20,5	228	26,9	5 750	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	16,3	181	15,5	3 316	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	19,1	212	11,0	2 351	11,4	2 563
≥ 10 ans	5,6	62	3,2	681	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	10,4	117	6,2	1 164	6,4	1 281
Hébergé	55,1	618	59,9	11 275	59,6	11 893
Squat ou campement	16,2	182	7,6	1 435	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	18,3	205	26,3	4 945	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	26,1	278	34,5	6 142	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	29,8	254	15,7	1 940	16,6	2 194
Droits non ouverts	70,2	598	84,3	10 430	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
624	2,6	1 052	277	7	799

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nancy		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	43,1	269	36,7	8 695	36,8	8 964
Âge moyen (années)		35,5		32,6		32,7
Classes d'âge						
< 18 ans	14,3	89	14,3	3 388	14,3	3 477
18-29 ans	23,8	148	30,8	7 278	30,6	7 426
30-39 ans	25,9	161	27,2	6 442	27,2	6 603
40-49 ans	14,3	89	13,7	3 252	13,8	3 341
≥ 50 ans	21,6	134	13,9	3 292	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	90,4	564	96,8	22 948	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	20,2	126	12,9	3 051	13,1	3 177
Europe (hors UE)	15,9	99	8,8	2 076	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	12,2	76	46,0	10 897	45,1	10 973
Maghreb	48,8	304	23,2	5 489	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	1,4	9	4,2	992	4,1	1 001
Asie	0,6	4	4,3	1 019	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,8	5	0,8	179	0,8	184
Pays les plus représentées						
Algérie	31,6	197	13,8	3 264	14,2	3 461
Maroc	16,0	100	5,6	1 324	5,9	1 424
France	9,6	60	3,2	766	3,4	826
Albanie	7,4	46	3,2	750	3,3	796
Italie	5,4	34	0,9	212	1,0	246
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	67,0	383	49,9	9 837	50,4	10 220
Situation irrégulière	33,0	189	50,1	9 858	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	9,0	50	11,4	2 581	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	44,7	229	43,2	9 494	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	23,8	122	26,6	5 856	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	15,2	78	15,5	3 419	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	14,3	73	11,3	2 490	11,4	2 563
≥ 10 ans	2,0	10	3,3	733	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	20,3	117	6,0	1 164	6,4	1 281
Hébergé	63,8	367	59,5	11 526	59,6	11 893
Squat ou campement	4,0	23	8,2	1 594	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	11,8	68	26,2	5 082	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	16,9	91	34,5	6 329	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	28,9	117	16,2	2 077	16,6	2 194
Droits non ouverts	71,1	288	83,8	10 740	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 407	5,8	1 443	263	47	733

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, kinésithérapie, psychologie/psychiatrie, ophtalmologie/opticien, consultation de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nice		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	47,7	671	36,2	8 293	36,8	8 964
Âge moyen (années)	37,7		32,4		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	8,5	119	14,7	3 358	14,3	3 477
18-29 ans	22,4	314	31,1	7 112	30,6	7 426
30-39 ans	28,4	398	27,1	6 205	27,2	6 603
40-49 ans	18,2	255	13,5	3 086	13,8	3 341
≥ 50 ans	22,4	314	13,6	3 112	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	96,7	1 361	96,6	22 151	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	13,9	195	13,0	2 982	13,1	3 177
Europe (hors UE)	23,7	333	8,0	1 842	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	25,3	355	46,3	10 618	45,1	10 973
Maghreb	29,3	411	23,5	5 382	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	2,6	36	4,2	965	4,1	1 001
Asie	4,5	63	4,2	960	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,9	12	0,8	172	0,8	184
Pays les plus représentées						
Tunisie	14,8	208	2,2	503	2,9	711
Maroc	7,5	105	5,8	1 319	5,9	1 424
Algérie	6,2	87	14,7	3 374	14,2	3 461
Russie - Tchétchénie	6,0	84	0,2	42	0,5	126
Albanie	5,8	82	3,1	714	3,3	796
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	48,9	668	50,5	9 552	50,4	10 220
Situation irrégulière	51,1	699	49,5	9 348	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	17,6	239	11,0	2 392	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	30,9	416	44,0	9 307	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	25,5	344	26,6	5 634	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	17,9	241	15,4	3 256	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	19,0	256	10,9	2 307	11,4	2 563
≥ 10 ans	6,7	90	3,1	653	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	14,0	192	5,9	1 089	6,4	1 281
Hébergé	65,3	893	59,2	11 000	59,6	11 893
Squat ou campement	2,5	34	8,5	1 583	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	18,2	249	26,4	4 901	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	14,0	187	35,5	6 233	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	16,7	181	16,6	2 013	16,6	2 194
Droits non ouverts	83,3	900	83,4	10 128	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
2 993	12,3	3 812	0	670	1 208

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie, consultations de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Paris		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	37,9	1 135	36,7	7 829	36,8	8 964
Âge moyen (années)		32,5		32,7		32,7
Classes d'âge						
< 18 ans	15,4	460	14,2	3 017	14,3	3 477
18-29 ans	30,5	913	30,6	6 513	30,6	7 426
30-39 ans	29,1	871	26,9	5 732	27,2	6 603
40-49 ans	12,4	370	14,0	2 971	13,8	3 341
≥ 50 ans	12,5	375	14,3	3 051	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	99,1	2 965	96,3	20 547	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	2,4	72	14,6	3 105	13,1	3 177
Europe (hors UE)	1,8	53	9,9	2 122	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	77,2	2 310	40,6	8 663	45,1	10 973
Maghreb	12,5	374	25,4	5 419	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	2,2	67	4,4	934	4,1	1 001
Asie	2,0	59	4,5	964	4,2	1 023
Océanie et Amériques	1,9	57	0,6	127	0,8	184
Pays les plus représentés						
Côte d'Ivoire	26,9	804	10,7	2 292	12,7	3 096
Cameroun	17,4	520	4,5	958	6,1	1 478
Mali	11,5	343	3,5	757	4,5	1 100
Algérie	8,7	260	15,0	3 201	14,2	3 461
Sénégal	4,7	141	2,4	502	2,6	643
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	35,7	914	52,5	9 306	50,4	10 220
Situation irrégulière	64,3	1 644	47,5	8 403	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	6,7	196	12,0	2 435	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	49,4	1 418	42,3	8 305	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	29,9	858	26,1	5 120	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	10,7	306	16,3	3 191	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	6,9	198	12,0	2 365	11,4	2 563
≥ 10 ans	3,1	89	3,3	654	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	1,8	46	7,1	1 235	6,4	1 281
Hébergé	63,8	1 601	59,0	10 292	59,6	11 893
Squat ou campement	5,4	136	8,5	1 481	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	29,0	727	25,4	4 423	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	47,5	1 149	32,0	5 271	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	7,6	104	17,6	2 090	16,6	2 194
Droits non ouverts	92,4	1 268	82,4	9 760	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
418	1,7	692	0	55	1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie, consultations de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Pau		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	27,0	113	37,0	8 851	36,8	8 964
Âge moyen (années)	29,9		32,7		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	24,9	104	14,1	3 373	14,3	3 477
18-29 ans	33,8	141	30,5	7 285	30,6	7 426
30-39 ans	17,3	72	27,4	6 531	27,2	6 603
40-49 ans	10,1	42	13,8	3 299	13,8	3 341
≥ 50 ans	13,9	58	14,1	3 368	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	77,5	324	96,9	23 188	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	31,1	130	12,7	3 047	13,1	3 177
Europe (hors UE)	9,3	39	8,9	2 136	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	39,2	164	45,2	10 809	45,1	10 973
Maghreb	7,7	32	24,1	5 761	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	10,8	45	4,0	956	4,1	1 001
Asie	1,4	6	4,3	1 017	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,5	2	0,8	182	0,8	184
Pays les plus représentées						
France	22,5	94	3,1	732	3,4	826
Cameroun	4,8	20	6,1	1 458	6,1	1 478
Guinée	6,5	27	4,7	1 130	4,8	1 157
Mali	4,8	20	4,5	1 080	4,5	1 100
Soudan	9,8	41	0,7	163	0,8	204
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	89,6	372	49,6	9 848	50,4	10 220
Situation irrégulière	10,4	43	50,4	10 004	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	24,8	80	11,2	2 551	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	53,8	172	43,1	9 551	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	22,5	72	26,6	5 906	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	11,3	36	15,6	3 461	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	7,5	24	11,4	2 539	11,4	2 563
≥ 10 ans	5,0	16	3,3	727	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	20,1	83	6,1	1 198	6,4	1 281
Hébergé	63,1	260	59,6	11 633	59,6	11 893
Squat ou campement	1,5	6	8,2	1 611	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,3	63	26,0	5 087	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	7,5	31	34,6	6 389	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	28,8	107	16,2	2 087	16,6	2 194
Droits non ouverts	71,2	264	83,8	10 764	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 054	4,3	1 129	120	690	11

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, consultations de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Rouen		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	36,7	387	36,8	8 577	36,8	8 964
Âge moyen (années)	30,9		32,8		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	23,5	247	13,9	3 230	14,3	3 477
18-29 ans	31,2	328	30,6	7 098	30,6	7 426
30-39 ans	18,5	194	27,6	6 409	27,2	6 603
40-49 ans	12,0	126	13,8	3 215	13,8	3 341
≥ 50 ans	14,8	156	14,1	3 270	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	96,3	1 015	96,6	22 497	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	8,6	91	13,3	3 086	13,1	3 177
Europe (hors UE)	6,3	66	9,1	2 109	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	41,9	442	45,3	10 531	45,1	10 973
Maghreb	36,1	381	23,3	5 412	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	5,7	60	4,0	941	4,1	1 001
Asie	0,9	9	4,4	1 014	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,5	5	0,8	179	0,8	184
Pays les plus représentées						
Algérie	19,7	208	14,0	3 253	14,2	3 461
Guinée	12,4	131	4,4	1 026	4,8	1 157
Maroc	8,3	88	5,7	1 336	5,9	1 424
Tunisie	7,0	74	2,7	637	2,9	711
Sénégal	4,3	45	2,6	598	2,6	643
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	78,1	631	49,3	9 589	50,4	10 220
Situation irrégulière	21,9	177	50,7	9 870	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	14,5	141	11,2	2 490	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	53,8	527	42,7	9 196	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	23,6	231	26,7	5 747	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	13,4	131	15,6	3 366	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	7,1	70	11,6	2 493	11,4	2 563
≥ 10 ans	2,1	21	3,4	722	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	7,4	66	6,4	1 215	6,4	1 281
Hébergé	57,1	508	59,8	11 385	59,6	11 893
Squat ou campement	3,1	28	8,3	1 589	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	32,3	287	25,5	4 863	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	26,9	198	34,3	6 222	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	8,1	39	16,9	2 155	16,6	2 194
Droits non ouverts	91,9	441	83,1	10 587	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
6 277	25,8	5 666	0	3 194	3 070

Consultations spécialisées pratiquées au centre : gynécologie, ophtalmologie/opticien, psychologie/psychiatrie, consultation de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Saint-Denis		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	33,4	2 097	38,0	6 867	36,8	8 964
Âge moyen (années)	32,4		32,8		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	7,6	475	16,7	3 002	14,3	3 477
18-29 ans	35,5	2 222	28,9	5 204	30,6	7 426
30-39 ans	34,9	2 188	24,5	4 415	27,2	6 603
40-49 ans	13,0	816	14,0	2 525	13,8	3 341
≥ 50 ans	9,0	566	15,9	2 860	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	99,7	6 257	95,5	17 255	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	6,8	428	15,2	2 749	13,1	3 177
Europe (hors UE)	1,2	78	11,6	2 097	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	63,7	3 999	38,6	6 974	45,1	10 973
Maghreb	7,7	485	29,4	5 308	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	7,9	493	2,8	508	4,1	1 001
Asie	12,2	764	1,4	259	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,5	30	0,9	154	0,8	184
Pays les plus représentées						
Côte d'Ivoire	31,0	1 946	6,4	1 150	12,7	3 096
Mali	9,7	608	2,7	492	4,5	1 100
Cameroun	9,2	580	5,0	898	6,1	1 478
Inde	9,2	575	0,2	32	2,5	607
Pakistan	6,9	431	0,3	52	2,0	483
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	25,7	1 114	57,1	9 106	50,4	10 220
Situation irrégulière	74,3	3 219	42,9	6 828	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	5,1	318	13,6	2 313	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	40,1	2 419	44,3	7 304	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	29,7	1 791	25,4	4 187	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	16,2	979	15,3	2 518	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	11,1	671	11,5	1 892	11,4	2 563
≥ 10 ans	2,8	167	3,5	576	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	2,3	98	7,6	1 183	6,4	1 281
Hébergé	67,1	2 912	57,6	8 981	59,6	11 893
Squat ou campement	9,3	403	7,8	1 214	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	21,4	930	27,1	4 220	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	46,6	1 892	30,6	4 528	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	7,9	200	18,6	1 994	16,6	2 194
Droits non ouverts	92,1	2 319	81,4	8 709	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
1 191	4,9	2 023	697	1 889	1 044

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, dermatologie, gynécologie, podologie, psychologie/psychiatrie, consultations de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Strasbourg		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	33,8	403	37,0	8 561	36,8	8 964
Âge moyen (années)	37,0		32,4		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	7,1	84	14,7	3 393	14,3	3 477
18-29 ans	26,3	313	30,8	7 113	30,6	7 426
30-39 ans	29,7	354	27,1	6 249	27,2	6 603
40-49 ans	15,3	182	13,7	3 159	13,8	3 341
≥ 50 ans	21,6	257	13,7	3 169	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	93,9	1 118	96,7	22 394	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	23,4	278	12,5	2 899	13,1	3 177
Europe (hors UE)	7,6	90	9,0	2 085	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	16,4	195	46,6	10 778	45,1	10 973
Maghreb	51,3	608	22,4	5 185	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	0,8	9	4,3	992	4,1	1 001
Asie	0,3	3	4,4	1 020	4,2	1 023
Océanie et Amériques	0,3	3	0,8	181	0,8	184
Pays les plus représentées						
Algérie	39,0	465	12,9	2 996	14,2	3 461
Maroc	10,3	123	5,6	1 301	5,9	1 424
France	6,1	73	3,3	753	3,4	826
Roumanie	5,9	70	5,0	1 155	5,0	1 225
Cameroun	3,8	45	6,2	1 433	6,1	1 478
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	46,5	507	50,7	9 713	50,4	10 220
Situation irrégulière	53,5	584	49,3	9 463	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	2,7	30	11,8	2 601	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	33,9	368	43,7	9 355	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	25,9	282	26,6	5 696	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	25,6	278	15,0	3 219	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	11,6	126	11,4	2 437	11,4	2 563
≥ 10 ans	3,0	33	3,3	710	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,5	70	6,4	1 211	6,4	1 281
Hébergé	56,0	599	59,8	11 294	59,6	11 893
Squat ou campement	8,0	86	8,1	1 531	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	29,4	314	25,6	4 836	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	44,1	455	33,4	5 965	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	22,5	150	16,3	2 044	16,6	2 194
Droits non ouverts	77,5	516	83,7	10 512	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ACTIVITÉ 2017

Nbre total de patients accueillis (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations			
		médicales	dentaires	paramédicales	sociales
861	3,5	881	0	69	1 076

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychologie/psychiatrie, consultations de prévention VIH-HEP-IST.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Toulouse		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Genre : femmes	37,2	320	36,8	8 644	36,8	8 964
Âge moyen (années)	35,3		32,6		32,7	
Classes d'âge						
< 18 ans	11,7	100	14,4	3 377	14,3	3 477
18-29 ans	28,4	243	30,7	7 183	30,6	7 426
30-39 ans	23,3	199	27,3	6 404	27,2	6 603
40-49 ans	17,2	147	13,6	3 194	13,8	3 341
≥ 50 ans	19,4	166	13,9	3 260	14,1	3 426
Ressortissants étrangers	92,0	792	96,8	22 720	96,6	23 512
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	19,2	165	12,8	3 012	13,1	3 177
Europe (hors UE)	7,8	67	9,0	2 108	8,9	2 175
Afrique subsaharienne	34,1	293	45,5	10 680	45,1	10 973
Maghreb	29,5	254	23,6	5 539	23,8	5 793
Proche et Moyen-Orient	4,2	36	4,1	65	4,1	1 001
Asie	3,7	32	4,2	991	4,2	1 023
Océanie et Amériques	1,5	13	0,7	171	0,8	184
Pays les plus représentées						
Algérie	20,9	180	14,0	3 281	14,2	3 461
France	8,0	69	3,2	757	3,4	826
Maroc	7,0	60	5,8	1 364	5,9	1 424
Guinée	5,6	48	4,7	1 109	4,8	1 157
Nigeria	5,0	43	2,4	574	2,5	617
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	70,5	510	49,7	9 710	50,4	10 220
Situation irrégulière	29,5	213	50,3	9 834	49,6	10 047
Demandeurs d'asile ¹	17,6	134	11,1	2 497	11,4	2 631
Dernière date d'entrée en France des étrangers ¹						
< 3 mois	37,1	279	43,4	9 444	43,2	9 723
[3 mois-12 mois [	26,1	196	26,6	5 782	26,6	5 978
[1 an-3 ans [	15,2	114	15,6	3 383	15,5	3 497
[3 ans-10 ans [	15,8	119	11,2	2 444	11,4	2 563
≥ 10 ans	5,9	44	3,2	699	3,3	743
Situation vis-à-vis du logement						
Personnel	6,5	45	6,4	1 236	6,4	1 281
Hébergé	55,6	383	59,8	11 510	59,6	11 893
Squat ou campement	8,1	56	8,1	1 561	8,1	1 617
Sans logement ou hébergement d'urgence	29,8	205	25,7	4 945	25,8	5 150
Besoin d'une domiciliation administrative	19,7	137	34,6	6 283	34,0	6 420
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	31,4	159	16,0	2 035	16,6	2 194
Droits non ouverts	68,6	347	84,0	10 681	83,4	11 028

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

La Direction des Opérations France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

COORDINATION

Marielle Chappuis, Camille Gutton, Anne Tomasino

Équipe de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de MdM en France

ANALYSE DES DONNÉES

Cécile Gaboret – Chargée de projets, service informatique, Médecins du Monde

Adeline Beaumont – Statisticienne, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

Thibaud Bouillie – Informaticien, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

REMERCIEMENTS

Pour leur contribution écrite

Aboudaram I. (Chapitre « La santé en prison ») ; **Bordeianu F.** (Encart « La médiation en santé : un dispositif indispensable à toute action de prévention et de promotion de la santé auprès des populations en situation de précarité ») ; **Bret C.** (Chapitre « Enfants et adolescents non accompagnés : de la nécessité d'un véritable dispositif d'accueil ») ; **Fanget D.** (Encart « Pour une protection maladie inclusive pour les personnes en situation de précarité : inclure l'AME dans le régime général de la Sécurité sociale ») ; **Ganon-Lecomte F.** (Encarts « La réforme de la Protection universelle maladie : 2 ans après la réforme des obstacles qui s'additionnent », « L'accès à la domiciliation par le contentieux administratif : l'exemple du CCAS de Bobigny », « Étrangers malades : la suspicion au cœur de la régularisation pour soins », Chapitre « Le respect des droits fondamentaux à l'épreuve de la politique migratoire française ») ; **Godart N.** (Encarts « Les implications de la loi Egalité et citoyenneté de janvier 2017 : la trêve hivernale applicable aux bidonvilles », « L'instruction du 25 janvier 2018 : un objectif de résorption salué ») ; **Lallemand A.** (Encart « Améliorer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes en situation de précarité : une approche innovante ») ; **Lorre I.** (Chapitre « Les Dom-Tom : territoires oubliés ») ; **Laurenson C. et Mazardo-Lubac F.** (Chapitre « La santé en zone rurale : entre précarité et éloignement ») ; **Maffesoli S.-M.** (Encart « Contre une prise en charge partielle et partielle et pour une lutte effective contre les violences faites aux TdS ») ; **Maguet O.** (Encart « Le prix des médicaments : le nouveau visage de l'inégalité dans l'accès aux soins en France et en Europe ») ; **Merimi H.** (Encarts « La tuberculose : une vieille histoire... de santé publique » ; « L'interprète professionnel, acteur indispensable à la bonne prise en charge des patients allophones », Chapitre « La prévention du VIH, des hépatites B et C et des IST auprès des populations en situation de précarité ») ; **Si Hassen H.** (Encart « Les Permanences d'accès aux soins de santé : des dispositifs à harmoniser et à renforcer »).

Pour leur relecture

Aboudaram I., Angulo I., Bechereau S., Bordeianu F., Bret C., Fanget D., Ganon-Lecomte F., Gillino A., Godard N., Hornsperger M., Laurenson C., Le Bihan Y., Maffesoli S.-M., Mazardo-Lubac F., Merimi H., Montagne C., Nantes D., Reboul C., Simonnot N.

Nous souhaitons enfin remercier toutes les personnes accueillies dans les programmes de MdM qui ont accepté de répondre aux questions et de décrire leur situation et leur parcours de vie. Nous remercions également tous les acteurs des programmes MdM en France qui participent aux recueils de données et l'équipe de la Direction des Opérations France sans lesquels ce rapport n'existerait pas.

AVEC LE SOUTIEN

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



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE

MÉDECINS DU MONDE :

Direction des Opérations France – Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
62 rue Marcadet – 75018 Paris
Tél : 01 44 92 99 92
d-o-f@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

Conception graphique : CommeQuoi ?
www.comme-quoi.fr

Coordination et relecture

Thomas Flamerion
Anne-Sophie Le Goff

Photos : © Olivier Papegnies – Collectif Huma

Impression :

Le Révérend Imprimeur
www.lereverend.com

EN COLLABORATION AVEC

CREAI-ORS

OCCITANIE

