

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE

SYNTHÈSE
**20
14**





INTRODUCTION



L'année 2014 s'illustre par une augmentation du nombre de personnes fuyant leur pays en crise ou en conflit et qui frappent aux portes de l'Europe. Ainsi plus de 276 000 migrants ont franchi les frontières de notre continent¹, leur nombre aurait triplé en un an. L'extrême dangerosité des routes migratoires les poussent à prendre des risques immenses, ce qui se traduit par des milliers de morts notamment en mer Méditerranée et une exposition accrue à des violences de toutes sortes.

2

À Calais, ils sont aujourd'hui plus de 3 000 à vivre dans des conditions sanitaires déplorables sur le site d'une ancienne décharge. Face à l'absence de réaction adaptée du gouvernement et face à l'ampleur des besoins vitaux, MdM a développé, avec d'autres associations, des opérations à l'image de ce qui peut être fait à l'international sur les zones de catastrophes naturelles ou de conflits. Des consultations médico-psycho-sociales ont été proposées, s'ajoutant à la distribution de kits d'hygiène, de colis alimentaires, d'eau potable et à la construction de douches et de latrines. En plus de nos activités de long terme fortement orientées vers le public migrants précaires, les équipes de MdM ont été réactives face aux nouveaux besoins, que ce soit à Paris, sur la frontière franco-italienne, dans toute l'Europe et à l'international.

Les tragiques événements de la fin de l'été 2015 ont modifié le discours des autorités françaises et de certains pays européens sur ces migrants en quête de protection. Pour autant les annonces restent très en deçà du défi posé à la France pour répondre à l'attente de ces personnes. Aujourd'hui, il faut sortir de la logique de campement. La France peut et doit se mobiliser pour offrir des conditions d'accueil décentes aux migrants avec des lieux de mise à l'abri qui répondent à leurs besoins vitaux et où ils puissent être soignés, accompagnés sur le plan

psychologique et correctement informés afin de pouvoir exercer leurs droits, notamment celui de demander l'asile.

La France doit par ailleurs s'engager à accueillir un plus grand nombre de réfugiés, dans le cadre du principe de solidarité européenne qu'elle entend défendre et s'assurer de la mise en place d'un accueil digne, en particulier dans les pays de première arrivée. Avec ses partenaires européens, elle doit aussi d'urgence ouvrir des voies d'accès légales et sûres pour les personnes qui se trouvent dans des pays tiers (Liban, Turquie, Jordanie, Libye, etc.) et qui souhaiteraient trouver un asile en Europe sans risquer leur vie et sans avoir recours à des passeurs.

Le cas des mineurs isolés, dont le nombre est en constante augmentation en France, est également symptomatique de politiques qui mettent davantage l'accent sur les dimensions sécuritaires en matière de gestion des flux migratoires que sur la protection de l'enfance. Ils sont accueillis sur le territoire français la plupart du temps dans un climat de suspicion généralisée, leur minorité est très souvent remise en cause et les équipes de MdM constatent de nombreux dysfonctionnements dans la prise en charge de ces jeunes qui ont des conséquences dramatiques sur leur avenir.

L'année 2014 se caractérise également par la poursuite des démantèlements de campements, de bidonvilles et de squats le plus souvent sans alternative de logement. En totale contradiction avec la circulaire du 26 août 2012 ou la politique de résorption des bidonvilles annoncée depuis février 2014, ces expulsions contribuent à mettre des personnes en danger en les exposant aux risques de la vie à la rue et témoignent de l'échec des politiques publiques en matière de logement pour les plus précaires.

Concernant la loi de santé présentée en 2015, les équipes de MdM se sont fortement mobilisées pour informer et interpeller les élus. Les avancées contenues dans le projet de loi de santé restent très insuffisantes eu égard aux objectifs fixés. Malgré des progrès comme la généralisation du tiers payant ou l'expérimentation de salles de consommation de drogue à moindre risque, le texte reste en deçà des enjeux d'accès aux soins et aux droits. Il ne sécurise pas assez les structures de soins de premier recours (PMI, centres de santé, Pass...) dont beaucoup sont en difficulté voire menacées, alors qu'elles sont essentielles. Dans le domaine de la prévention, le texte ne prévoit rien sur les dispositifs dont l'efficacité est pourtant démontrée pour aller à la rencontre des populations les plus déshéritées. De même qu'il néglige les efforts nécessaires en matière de médiation sanitaire et d'interprétariat professionnel.

Concernant la lutte contre l'épidémie d'hépatite C, les nouveaux traitements que sont les antiviraux à action directe (AAD) permettent une amélioration considérable de la prise en charge² et offrent ainsi une opportunité exceptionnelle d'éradiquer le virus. Mais leurs prix, excessivement élevés, viennent déséquilibrer les systèmes de santé, y compris ceux qui sont considérés comme les plus performants. À ce jour, les indications de traitement concernent seulement les personnes les plus gravement malades³ en France. Ceci va à l'encontre des recommandations du rapport d'experts sur les hépatites B et C⁴ et traduit de fait une priorisation et donc un rationnement compte tenu de son prix. En 2014, MdM ainsi que d'autres associations a continué de dénoncer le prix exorbitant⁵ du sofosbuvir (Sovaldi®). L'association s'est par ailleurs engagé sur le terrain juridique en déposant un recours d'opposition au brevet du sofosbuvir devant l'Office européen des brevets (OEB). C'est la première fois en Europe qu'une ONG médicale utilise cette voie pour défendre l'accès des patients aux médicaments. Cette démarche

consiste à provoquer un débat public sur les mécanismes de fixation du prix des médicaments. Des modèles alternatifs aux brevets pour financer la recherche et le développement sont à discuter tout en renforçant la transparence sur les coûts et la traçabilité des financements publics investis. Une représentation des associations de patients et de lutte contre les inégalités de santé aux seins des instances telles le CEPS ou la Commission de la transparence de la Haute autorité de santé (HAS) doit aussi être défendue. La démarche de transparence que sous-tendent ces propositions relève au fond d'une réaffirmation et d'un renforcement nécessaire du principe de démocratie sanitaire.

3

En 2014, les équipes de MdM ont milité pour que le projet de loi sur le système prostitutionnel s'engage dans le sens de la lutte pour le respect des droits et contre la pauvreté et les inégalités. Le délit de racolage doit être abrogé urgemment et l'on doit écarter la pénalisation des clients qui n'améliorera en rien les conditions d'existence et l'accès aux droits fondamentaux des personnes qui se prostituent, comme on peut le voir dans les pays où ce système existe.

Enfin, MdM continue de développer ses opérations en zone rurale et envisage de s'investir davantage dans certains quartiers où l'accès aux soins et aux droits est de plus en plus restreint. Le travail des équipes montre que la lutte contre la pauvreté et les inégalités dans ces zones en partie délaissées par le droit commun doit s'accompagner de politiques publiques autrement plus volontaristes que celles envisagées aujourd'hui.

Dr Jean-François Corty,
Directeur des Missions France
Médecins du Monde

(1) Source : Commissaire européen en charge des migrations, 2014.

(2) Ils sont en effet mieux tolérés et affichent un taux de guérison dépassant les 90 %.

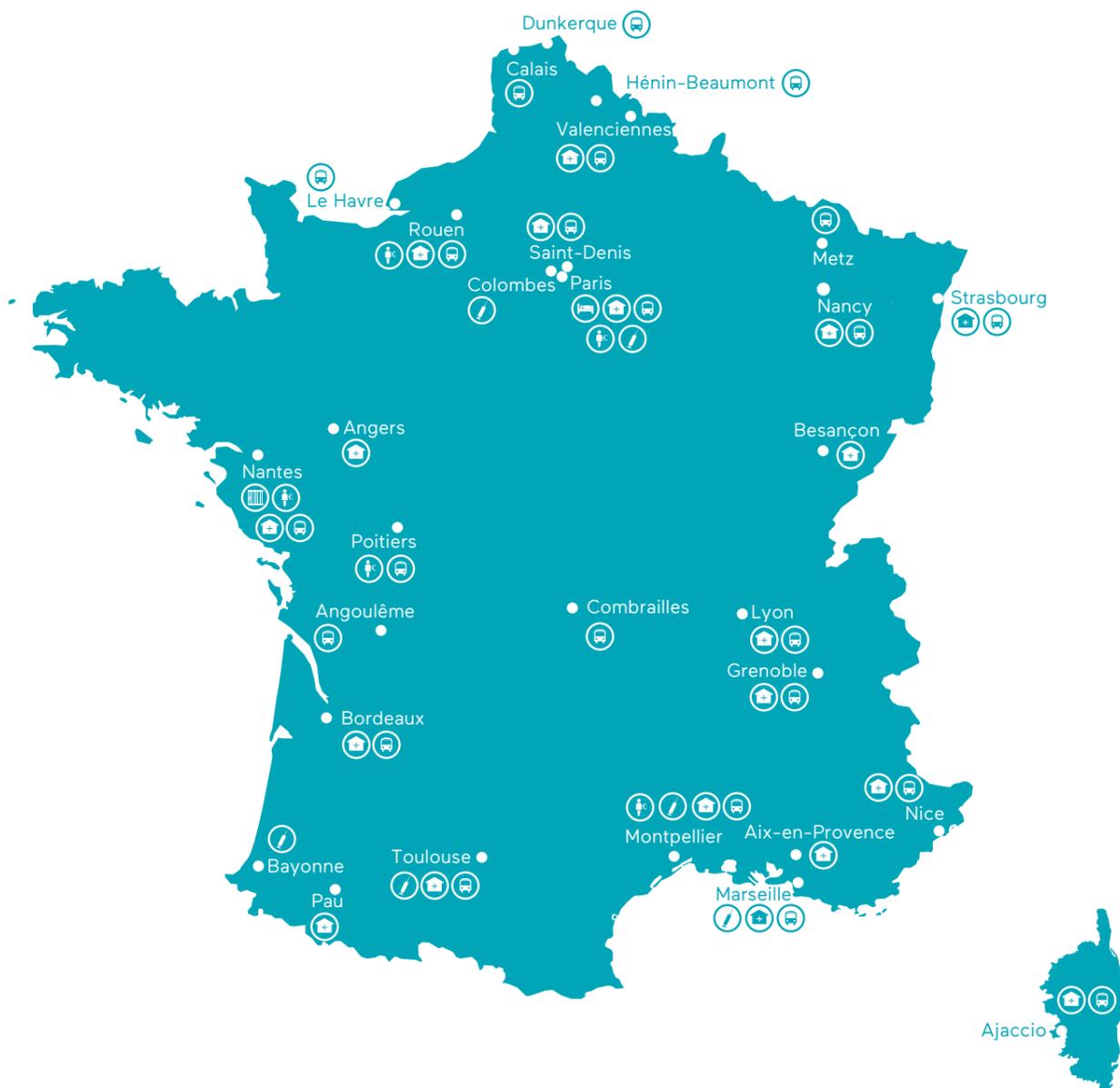
(3) Recommandations HAS 2014.

(4) Ministère des Affaires sociales et de la santé, CNS, ANRS. Rapport de recommandations 2014.

(5) 41 000 € la cure de 3 mois ; alors que son coût de production est estimé à 101 dollars pour douze semaines de traitement.

LA MISSION FRANCE

ET SA DIVERSITÉ EN 2014



4



- Actions en milieu rural, dans la rue, les bidonvilles, auprès des migrants...
- Centres d'accueil de soins et d'orientation
- Centre de soins pédiatriques
- Parrainage des enfants hospitalisés
- Actions auprès des personnes se prostituant
- Actions auprès des usagers de drogues
- Action auprès des personnes incarcérées



Les équipes de Médecins du Monde (MdM) interviennent en France depuis 1986. À cette date, l'association ouvre, à Paris, un centre de soins gratuits pour les plus démunis avec la volonté de fermer le programme dans les 6 mois et d'alerter les pouvoirs publics sur la situation des populations en situation de précarité et/ou d'exclusion.

Près de 30 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 ont incité MdM à développer des programmes nationaux sous la forme de centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) mais également d'actions mobiles de proximité. Ces programmes sont portés par des salariés et plus de 2 000 bénévoles.

En 2014, la Mission France compte 71 programmes menés dans 33 villes.

LES CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION

- 28 517** BÉNÉFICIAIRES
- 37 087** CONSULTATIONS MÉDICALES
- 3 703** CONSULTATIONS DENTAIRES
- PLUS DE 22 000** CONSULTATIONS SOCIALES

Au nombre de 20, les **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 hors rendez-vous. Les patients sont reçus par des équipes pluridisciplinaires qui proposent des prises en charge adaptées, les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun, assurent les orientations nécessaires.

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, psychologie...) et des entretiens avec des

travailleurs sociaux. Certains Caso réalisent également des actions de prévention individuelles ou collectives pour lutter contre le VIH, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la tuberculose.

Dans quelques Caso, des actions spécifiques d'accompagnement des étrangers gravement malades dans leurs démarches de demande de régularisation pour raisons médicales ont été mises en place en partenariat avec des associations œuvrant dans le domaine juridique.

LE CENTRE DE SOINS PÉDIATRIQUES

- 810** ENFANTS
- 1 009** CONSULTATIONS SOCIALES

En 2009, un **centre pédiatrique de soins et d'orientation** a ouvert à Mayotte dans un quartier de la commune de Koun-gou. Il dispense des consultations médicales et sociales. Les informations recueillies lors de ces consultations permettent à MdM de témoigner des obstacles à l'accès aux soins spécifiques à ce territoire. Depuis mars 2010, des consultations médicales sont réalisées sur d'autres sites grâce à la mise en place d'une clinique mobile.

LES ACTIONS DE PROXIMITÉ

Nombre de contacts ¹ :

- PLUS DE 30 500** AVEC DES PERSONNES EN SITUATION PRÉCAIRE, NON OU MAL LOGÉS
- PLUS DE 500** AVEC DES PERSONNES INCARCÉRÉES DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME EXPÉRIMENTAL
- PLUS DE 100** AVEC DES PERSONNES PRÉCAIRES EN MILIEU RURAL
- PLUS DE 9 000** AVEC DES USAGERS DE DROGUES
- PLUS DE 27 000** AVEC DE PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

5

(1) Il s'agit du nombre total de personnes rencontrées au cours des sorties, certaines personnes ayant pu être vues plusieurs fois au cours de l'année.

Ces programmes de proximité traduisent la volonté de MdM d'aller vers des personnes qui ne peuvent, quel qu'en soit le motif, faire la démarche de venir elles-mêmes dans des structures fixes. Elles s'adressent en particulier aux personnes à la rue, en squats ou bidonvilles, aux migrants en transit, aux usagers de drogues et aux personnes proposant des services sexuels tarifés.

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, difficultés d'observance des traitements médicamenteux, problèmes d'addiction ou de santé mentale... Par ailleurs, MdM assure, **auprès des populations vivant en bidonvilles**, une veille sanitaire (consultations médicales, pédiatriques, vaccination, dépistages, suivi périnatal...), 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 d'hygiène sur les terrains.

Les actions de proximité **auprès des usagers de produits psychoactifs** ont pour objectif d'aller au-devant des personnes pour leur permettre un accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En 2014, quatre missions rave sont intervenues en milieu festif et urbain (Bayonne, Méditerranée, Montpellier et Toulouse) et 3 programmes ont été menés dans des squats à Bayonne, Marseille et en Île-de-France. Ces programmes disposent d'un pôle d'analyse de drogues avec le soutien de la mission transversale XBT. Celle-ci vise à améliorer les connaissances sur la nature des produits psychoactifs consommés sur les lieux d'usage. Les produits sont analysés sur place (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire. En 2014, plus de 400 échantillons ont été collectés, documentés et analysés par la mission. Par ailleurs, le programme d'éducation aux risques liés à l'injection (Erl) basé en Île-de-France totalise une file active de 117 personnes. Son objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse en proposant une approche éducative individuelle lors de séances où l'usager s'injecte son produit habituel sur la base d'un protocole explicite.

Depuis 1999, MdM intervient **auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés** dans 5 villes de France (Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers et Rouen). Ces programmes assurent des tournées nocturnes et/ou diurnes sur les lieux de prostitution 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 et aux IST et sur les droits des personnes. Deux équipes proposent également des permanences en lieu fixe afin d'effectuer un suivi plus individualisé.

Depuis 2013 MdM a ouvert une action innovante en Auvergne pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des **personnes en situation de précarité en milieu rural**.

Depuis 2014, MdM, en partenariat 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), développe 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 améliorer l'accès aux soins.

PROGRAMME DE PARRAINAGE POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS

➤ 152 PARRAINAGES

De nombreux enfants, souvent 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.

UN PROGRAMME TRANSVERSAL « PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES, IST ET DE LA TUBERCULOSE »

➤ 20 ÉQUIPES IMPLIQUÉES
PLUS DE 27 000 PERSONNES CONCERNÉES

MdM a mis en place un programme de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose afin de renforcer la prévention, d'améliorer l'accès au dépistage et de faciliter l'accès aux soins des personnes accueillies sur les programmes. Les objectifs spécifiques sont : délivrer des messages de prévention adaptés ; inciter les patients à se faire dépister, afin de faciliter une prise en charge précoce et leur faciliter l'accès aux soins ; témoigner de la situation des personnes précaires au regard de ces pathologies ; travailler avec les médiateurs de santé publique en leur ouvrant des places lors des formations sur la prévention des IST et le *counseling* et témoigner de l'importance de leur travail au sein des équipes de prévention.

SYNTHÈSE



➤ En 2014, Médecins du Monde a effectué 40 790 consultations médicales et plus de 22 000 consultations sociales au sein de ses Centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) et réalisé plus de 31 000 contacts¹ dans le cadre d'actions mobiles envers les plus exclus (personnes vivant à la rue, en squat ou en bidonvilles, personnes se prostituant, usagers de drogues, migrants en transit...).

QUI SONT LES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES PROGRAMMES DE MDM ?

La population fréquentant les Caso² en 2014 est jeune et majoritairement masculine (moyenne d'âge 33,1 ans ; 62 % d'hommes). Près de 95 % des personnes reçues sont des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (29,2 % des personnes), du Maghreb (24 %) et d'Union européenne (18,1 %). Plus d'un tiers d'entre eux résident en France depuis moins de 3 mois. Près de 7 % sont demandeurs d'asile.

DES CONDITIONS DE VIE PARTICULIÈREMENT DIFFICILES

Les personnes rencontrées connaissent pour la quasi-totalité d'entre elles d'importantes difficultés de logement : seules 9 % disposent d'un logement personnel et plus de 90 % vivent en hébergement précaire (57,5 % sont hébergées, 13,5 % vivent en squat ou dans un bidonville et 20,0 % sont sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence pour des durées courtes).

➤ MdM appelle à la mise en place de solutions d'hébergement en nombre suffisant, adaptées, pérennes et innovantes pour les personnes à la rue.

Près d'un tiers (29 %) des demandeurs d'asile sont à la rue et seuls 25 % sont hébergés par un organisme ou une association, alors qu'ils devraient tous être hébergés. Depuis plusieurs années, les associations constatent une dégradation continue des conditions d'accueil des demandeurs d'asile.

➤ Les associations demandent une réforme de l'asile en profondeur dont l'objectif principal serait la protection des réfugiés pour que la France respecte ses obligations internationales.

UNE PRÉCARITÉ ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE IMPORTANTE

Moins d'un quart des personnes accueillies exercent une activité professionnelle, que celle-ci soit déclarée ou non. En conséquence, la situation financière de la population fréquentant les Caso est extrêmement précaire, avec 97,7 % des personnes qui se retrouvent en deçà du seuil de pauvreté et parmi elles 35,7 % qui ne disposent d'aucunes ressources pour vivre.

Enfin, 67,3 % des étrangers majeurs sont en situation irrégulière au regard du séjour et 25 % sont en situation administrative précaire dans la mesure où ils disposent d'un titre de séjour de moins de 3 mois, d'un visa ou d'une simple convocation en préfecture. Dans ces conditions, un tiers des étrangers en situation irrégulière déclarent limiter leurs déplacements de peur d'être arrêtés.

UN ACCÈS À LA COUVERTURE MALADIE TRÈS LIMITÉ

Plus de 85 % des personnes reçues ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'elles sont accueillies pour la 1^{re} fois dans un Caso, alors que plus des trois quarts d'entre elles pourraient théoriquement en bénéficier. Toutefois, près d'une personne sur 5 reste exclue de tout dispositif de couverture maladie, principalement du fait du critère de stabilité de résidence de 3 mois imposé depuis 2004 pour pouvoir bénéficier de l'AME.

(1) Il s'agit du nombre total de personnes rencontrées au cours des sorties, certaines personnes ayant pu être vues plusieurs fois au cours de l'année.
(2) Il s'agit des caractéristiques des personnes lorsqu'elles se présentent la première fois au Caso.

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

À Mayotte, département d'outre-mer français depuis 2011, la situation est encore plus difficile, dans la mesure où la CMU, CMUc et l'AME n'existent pas. Un système spécifique de sécurité sociale a été mis en place ouvert aux seuls Français et étrangers en situation régulière, excluant de toute protection maladie environ un quart de la population de ce département (étrangers en situation irrégulière, personnes dépourvues de preuves d'identité...).

>> Les réformes demandées depuis longtemps par les associations restent à mettre en place, la CMUc et l'AME notamment, ainsi qu'un véritable dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière et l'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie.

DES PROBLÈMES DE SANTÉ GÉNÉRÉS OU AGGRAVÉS PAR LES MAUVAISES CONDITIONS DE VIE

DES PATHOLOGIES CHRONIQUES POUR PRÈS DE 6 PATIENTS SUR 10

Les pathologies les plus fréquentes parmi les personnes consultant dans les Caso sont avant tout respiratoires, digestives, ostéoarticulaires et dermatologiques. Près de 6 patients sur 10 présentent une pathologie chronique, nécessitant un suivi ou un traitement dans 80 % des cas, mais seul un tiers étaient suivis pour leur affection avant de s'adresser au Caso.

Par ailleurs, 10 % des enfants de moins de 5 ans et 14 % des plus de 5 ans vus en consultation au centre pédiatrique de Mayotte souffraient de malnutrition aiguë.

Certaines pathologies peuvent devenir potentiellement graves en l'absence de prise en charge régulière et adaptée. Cela soulève la question des modalités de leur prise en charge dans un contexte où la plupart des patients ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions de précarité extrêmes.

DES BESOINS EN SANTÉ MENTALE IMPORTANTS

Des troubles d'ordre psychologique ont été repérés pour 12 % des consultants des Caso. Les syndromes anxieux, le stress, les troubles psychosomatiques sont les plus fréquents. On constate une majoration de ces troubles pour les demandeurs d'asile et les personnes ayant déclaré avoir été exposées à des situations de violences.

La précarité sociale et administrative et la barrière de la langue auxquelles sont confrontés les migrants précaires constituent des obstacles importants à une prise en charge en santé mentale.

>> Il convient d'offrir à ces populations des lieux spécifiques, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie. Pour cela, les différents dispositifs existants (Pass, EMPP, CMP, LHSS, LAM...) doivent être renforcés et leur offre de soins adaptée aux populations précaires et/ou migrantes, avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel.

DES CONDITIONS QUI GÈNÈRENT DE FRÉQUENTS RETARDS DE RECOURS AUX SOINS

En 2014, un retard de recours aux soins a été constaté pour 40 % des consultants dans les Caso et 28 % des enfants ayant consulté dans le centre pédiatrique de Mayotte. Par ailleurs, plus d'un patient sur 5 a déclaré avoir renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois.

>> Le renoncement aux soins, particulièrement fréquent, met en évidence les limites et dysfonctionnements des dispositifs existants.

UN ACCÈS LIMITÉ À LA PRÉVENTION ET AUX DÉPISTAGES POUR LES POPULATIONS FRÉQUENTANT LES CASO

UNE MOINDRE COUVERTURE VACCINALE

Les couvertures vaccinales des populations rencontrées dans les programmes de MdM restent très inférieures aux recommandations nationales puisqu'un tiers des mineurs rencontrés dans les Caso ne sont pas à jour de leur vaccination et mettent en évidence des besoins importants.

On constate par ailleurs que les conditions de logement sont significativement associées à l'accès à la vaccination : ainsi, les enfants vivant dans des logements précaires (squat, bidonvilles) ou sans logement ont une plus faible probabilité d'être « à jour » de leurs vaccins que les autres enfants alors qu'ils devraient en toute logique de santé publique bénéficier d'encore plus de protection vaccinale vu les risques encourus.

>> Il convient d'informer et de sensibiliser les populations cibles et de faciliter leur accès aux services publics par des démarches de médiation adaptées et des actions innovantes. MdM milite pour un renforcement des structures de proximité telles que les PMI, aujourd'hui fragilisées voire menacées, et pour le développement d'actions directement sur les lieux de vie lorsque cela est nécessaire (campagne de rat-trapage, risque épidémique...).

UN ÉTAT BUCCO-DENTAIRE PARTICULIÈREMENT DÉGRADÉ

Les nombres moyens de dents cariées et absentes parmi les patients ayant consulté un dentiste sont bien supérieurs à ceux retrouvés en population générale française. Ce mauvais état dentaire est lié au défaut de prise en charge ainsi qu'à une hygiène de vie et une hygiène alimentaire défaillantes dans les situations de grande précarité (malnutrition, sous-nutrition, accès à l'eau difficile, etc.). Or il est reconnu qu'à long terme la mauvaise santé buccodentaire peut avoir des répercussions graves sur l'état de santé général, physique comme psychologique des personnes.

>> Il est ainsi indispensable que la prévention des pathologies buccodentaires soit intégrée dans une approche de prévention et d'accès aux droits et aux soins globale. Le dispositif des Pass dentaire, entre autres, doit être renforcé.

LE VIH ET LES HÉPATITES : UNE NÉCESSAIRE INTENSIFICATION DES DÉPISTAGES

En 2014, moins de 30 % des personnes interrogées ont connaissance de leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH. 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, on voit bien la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention en direction des populations précaires et de faciliter leur accès au système de soins et de prévention. Les Tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) et les autotests constituent par conséquent des outils complémentaires aux tests de dépistages existants.

>> MdM salue les mesures prises dans le cadre du projet de loi de santé 2015 qui visent à faciliter l'accès à ces outils de prévention, mais regrette que l'arrêté ministériel permettant l'utilisation effective des Trod VHC ne soit toujours pas publié, alors que la Haute autorité de santé (HAS) a validé le recours à ces outils depuis 2014.

LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C

Concernant le traitement de l'hépatite C, une nouvelle génération de médicaments est apparue en 2014, permettant une amélioration considérable de la prise en charge des malades. Toutefois face au prix prohibitif du médicament (le sofosbuvir) commercialisé par le laboratoire Gilead, les associations craignent que des patients se voient refuser l'accès au traitement ou que sa délivrance soit basée sur des critères non médicaux tels que le mode de vie ou la situation administrative ou socioéconomique des personnes. Ce prix va par ailleurs impacter dangereusement un système de santé ayant toujours plus de difficultés à pleinement jouer sa dimension solidaire.

>> Le 10 février 2015, MdM, soutenu par l'ensemble de son réseau international, a déposé une opposition au brevet⁽³⁾ sur le sofosbuvir auprès de l'Office européen des brevets. C'est la première fois en Europe qu'une ONG médicale utilise cette voie pour défendre l'accès des patients aux médicaments.

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

LA COMPLEXITÉ DU DROIT FRANÇAIS ET DES DISPOSITIFS EXISTANTS : 1^{ER} OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS

Les patients sont confrontés à de nombreuses difficultés pour faire valoir leurs droits à une couverture maladie. Les obstacles rencontrés sont essentiellement liés à la complexité de la législation en vigueur, à laquelle s'ajoutent fréquemment des pratiques abusives (refus d'adresse déclarative, demandes de pièces justificatives non obligatoires...) et/ou des dysfonctionnements des administrations.

MdM, ainsi que d'autres associations, dénoncent ces pratiques qui découragent les demandeurs et génèrent un retard, voire un renoncement, à une prise en charge médicale, menaçant directement leur état de santé.

>> MdM demande une simplification de l'accès aux droits et aux soins pour tous. La fusion de l'AME dans la CMU serait, à ce titre, une réforme pragmatique sur les plans économique et humain, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoce et donc moins coûteux, une simplification pour les patients comme pour les professionnels de santé ainsi que des économies de gestion.

MdM demande également que soit effectivement appliqué le principe de l'adresse déclarative par les caisses de sécurité sociale mais aussi la simplification des procédures de domiciliation, et l'amélioration de la coordination de l'offre de domiciliation.

LA BARRIÈRE DE LA LANGUE : OBSTACLE SUPPLÉMENTAIRE POUR LES MIGRANTS

Pour les étrangers allophones, la barrière de la langue s'ajoute à la complexité des démarches et multiplie les obstacles à l'ouverture des droits.

>> Ces constats conduisent à suggérer un recours facilité aux médiateurs et aux interprètes professionnels.

DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES ÉVOQUÉES PAR 1 PATIENT SUR 10

Plus d'un patient sur 10 évoquent des difficultés financières dans l'accès aux soins. Ces difficultés concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais, de souscrire à une complémentaire santé...

(3) Une opposition au brevet est un recours juridique par lequel peut être contestée la validité d'un brevet et favoriser, en cas de succès, la mise en compétition avec des versions génériques.

>> La généralisation du tiers payant, proposée dans le projet de loi de santé de 2015, et défendue depuis longtemps 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.

Parallèlement, 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.

UN CONTEXTE LÉGISLATIF PARTICULIÈREMENT NUISIBLE À CERTAINES POPULATIONS

LES PERSONNES VIVANT DANS LES BIDONVILLES : PRIVILÉGIER UNE POLITIQUE D'INTÉGRATION À UNE POLITIQUE D'ÉVACUATION

L'année 2014 se caractérise par une recrudescence des violences et discriminations envers les populations vivant en bidonvilles et la poursuite des expulsions de leurs lieux de vie sans solution de relogement et sans prise en compte des situations individuelles, malgré les recommandations de la circulaire du 26 août 2012. Ces expulsions ont des conséquences considérables pour les familles : elles empêchent toute intégration à moyen terme, entraînent des ruptures avec les institutions scolaires, administratives, structures de santé, associations... et conduisent les familles à une errance, une pauvreté et une précarité toujours plus grandes. Leur impact sur la santé est majeur, avec parfois des conséquences dramatiques. En février 2014, le gouvernement a annoncé le lancement d'une mission nationale pour résorber les bidonvilles. Mais tout comme pour la circulaire du 26 août 2012, les organisations restent déçues par sa mise en œuvre.

>> Les associations, avec la CNCDH, condamnent fermement cette politique nationale d'expulsions des bidonvilles qui n'apporte aucune solution durable et qui ne respecte ni la circulaire de 2012 ni les annonces politiques de 2014 en matière de résorption des bidonvilles de 2014.

LES MIGRANTS EN TRANSIT DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS : ASSURER DES CONDITIONS D'ACCUEIL DIGNES ET FOURNIR PROTECTION ET SÉCURITÉ

Depuis les années 1990, de nombreux migrants fuyant leur pays arrivent sur le littoral de la région Nord-Pas-de-Calais dans le but de rejoindre l'Angleterre. Ces personnes connaissent des conditions de vie particulièrement difficiles et fortement préjudiciables à leur santé, aggravées par les pressions et harcèlements des forces de police. Si l'on constate une relative amélioration des conditions de vie depuis 2012 dans le Dunkerquois, en partie grâce à

l'implication des collectivités locales, dans le Calais, les populations rencontrées sont particulièrement démunies matériellement et davantage exposées aux violences. L'année 2014 est en particulier marquée par des expulsions répétées des différents squats ou lieux de vie des migrants dans la ville.

En septembre 2014, une mission institutionnelle a été lancée par le ministre de l'Intérieur et un projet de centre d'accueil de jour a été ouvert au cours du 1^{er} trimestre 2015. Tous les campements et squats dispersés dans le Calais et la ville de Calais ont été évacués et les migrants contraints de s'installer à proximité de ce centre, dans un no man's land à ciel ouvert, sous tentes et abris de fortune. Le centre s'est très vite révélé sous-dimensionné et inadapté et la promiscuité de plusieurs milliers de personnes dans ces conditions augmentent les tensions et les risques d'accidents.

>> Si MdM et les autres associations travaillant avec les migrants dans le Calais se sont félicitées des premières solutions proposées, elles demandent des mesures d'urgence pour améliorer les conditions d'accueil des migrants, à la hauteur des enjeux et des difficultés rencontrées par les associations.

LE CAS DES PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

Le contexte répressif français touche également les personnes proposant des services sexuels tarifés. Ces personnes, travaillant le plus souvent dans la rue, sont dans des situations de grande précarité sociale. Étant pour la plupart ressortissantes étrangères, elles se heurtent, en plus, aux difficultés de tout migrant pour accéder aux droits et aux soins en France.

À ce titre, les évolutions récentes en matière législative et les débats actuels sur la proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel en France (proposant entre autres la pénalisation des clients et la criminalisation de toute aide entre et pour les personnes se prostituant) ont un impact négatif sur leur santé. De fait les personnes sont obligées de travailler dans des lieux toujours plus reculés, plus exposés à la violence, le pouvoir et le temps de négociation avec les clients sont diminués et le travail des acteurs médico-sociaux rendu encore plus difficile.

>> À l'heure où vient d'être votée en 2^e lecture à l'Assemblée nationale la proposition de loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées⁴, MdM salue l'abrogation du délit de racolage passif longtemps réclamé par les associations mais regrette vivement que la pénalisation des clients n'ait pas été rejetée.

LE CAS DES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

Dans les Dom, la législation sur l'immigration comporte de nombreuses mesures dérogatoires, restrictives et plus

répressives qu'en métropole et une plus grande facilité dans la mise en œuvre des expulsions. Ainsi Mayotte et la Guyane subissent-elles une politique migratoire particulièrement répressive, qui pousse un grand nombre de personnes à limiter leurs déplacements y compris pour les besoins de santé. À Mayotte, par exemple, cette politique migratoire provoque des ruptures familiales massives ayant pour conséquence un nombre de mineurs isolés en constante augmentation. En Guyane, des barrages policiers établis depuis 2007 sur les seules routes permettant l'accès à Cayenne bloquent l'accès aux soins et aux administrations pour toutes les personnes en situation irrégulière et les peuples autochtones dépourvus de preuves d'identité.

>> Les réglementations restrictives et les pratiques hors du droit dans ces territoires dissuadent de nombreuses personnes de faire valoir leurs droits et impliquent un retard ou une absence de soins par peur du déplacement.

LES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS : DE LA DIFFICULTÉ DE BÉNÉFICIER DES MESURES DE PROTECTION EN FRANCE

En 2014, 517 mineurs isolés étrangers ont été accueillis dans le Cas. Leur nombre, multiplié par 8 depuis 2011, ne cesse d'augmenter. Les autorités françaises mettent davantage l'accent sur les dimensions sécuritaires et la gestion des flux migratoires que sur la protection de l'enfance. De fait, ces jeunes sont accueillis la plupart du temps dans un climat de suspicion généralisée, leur minorité est très souvent remise en cause sur la base de la contestation de leurs documents d'état civil ou d'examens médicaux (test de maturité sexuelle, examen dentaire, de maturation osseuse) pourtant largement décriés par la communauté scientifique.

Les équipes constatent de nombreux dysfonctionnements pour ces jeunes : absence de mise à l'abri pendant la durée de l'évaluation, absence de référent social désigné pour les jeunes pris en charge par l'Ase, absence d'information sur leurs droits pour l'accès à la santé, à l'éducation ou aux démarches d'asile... Ces dysfonctionnements ont des conséquences dramatiques sur l'avenir de ces jeunes particulièrement fragilisés, en contradiction totale avec les principes de protection de l'enfance.

>> MdM soutient la position de la CNCDH qui recommande fermement l'interdiction pure et simple des tests osseux et demande l'application d'un principe de minorité à l'égard de ceux qui se présentent comme tels.

LES MALADES ÉTRANGERS : DES MALADES EN DANGER

En France, environ 30 000 personnes ont accès chaque année à un titre de séjour pour raison médicale, soit moins de 1 % des étrangers vivant régulièrement en France. En 2011, la loi Besson a durci les critères d'accès au séjour pour raison médicale. Depuis, MdM, avec l'Observatoire du

droit à la santé des étrangers, ne cesse de dénoncer la dégradation de la situation. Il existe de nombreux blocages, à commencer par la difficulté récurrente à faire enregistrer sa demande de titre aux guichets des Préfectures. Par ailleurs, on assiste à une ingérence du ministère de l'Intérieur et de ses acteurs dans la procédure médicale. On voit ainsi apparaître dans certaines préfectures des refus de titre de séjour fondés sur l'appréciation par le préfet des conditions médicales d'accès au séjour – de véritable contre-enquêtes en dehors de toute compétence médicale – qui viennent contredire l'avis du médecin de l'ARS. Cette pratique qui tend à se généraliser met en danger à la fois le secret médical mais également le principe même du droit au séjour pour soins.

Le ministère de la Santé semble avoir renoncé à piloter ce dispositif de l'évaluation médicale si l'on en croit, entre autres, le projet de loi relatif au droit des étrangers en France⁵ qui prévoit de transférer à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (sous tutelle du ministère de l'Intérieur) la mission de procéder à l'évaluation médicale de la demande de titre de séjour pour soins. Cette mesure viendrait donc institutionnaliser une logique déjà à l'œuvre de prépondérance du contrôle des étrangers et de la gestion des flux migratoires sur celle de la santé.

>> MdM reste mobilisé dans le cadre des discussions parlementaires sur le projet de loi relatif au droit des étrangers en France, et demande que les médecins restent placés sous tutelle exclusive du ministère de la Santé et que le secret médical soit préservé.

(4) Le 12 juin 2015.

(5) Actuellement devant le Parlement en procédure accélérée.



SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE

MÉDECINS DU MONDE :

Direction des missions France - Observatoire de l'accès aux droits et aux soins
62 rue Marcadet - 75018 Paris
Tél : 01 44 92 99 92
dmf@medecinsdumonde.net
www.medecinsdumonde.org

Conception graphique : CommeQuoi ?
www.comme-quoi.fr

Coordination et relecture

Thomas Flamerion
Pauline de Smet

Photos : Olivier Papegnies (Couverture, p. 2-3), AFP (p. 5), Olivier Borson (p. 7)

Impression :

Imprimerie Payard
www.imprimerie-payard.fr

ISSN 2425-0945
Dépôt légal : octobre 2015

EN COLLABORATION AVEC

