



OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DE LA MISSION FRANCE

RAPPORT
**20
14**



CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

La Direction des Missions France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées.

COORDINATION

Marielle Chappuis – Responsable de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France
Anne Tomasino – Chargée de projets, Observatoire de l'Accès aux droits et aux soins de la Mission France

ANALYSE DES DONNÉES ET RÉDACTION

Cécile Mari – Chargée d'études, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées
Céline Mathieu – Chargée d'études, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées
Thibaud Bouillie – Informaticien, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

REMERCIEMENTS

Pour leur contribution écrite

Clémentine Bret, Léa Cicchero, Jean Francois Corty, Anne Lise Denoeud, Delphine Fanget, Marie Dominique Pauti, Jimena Villar de Onis.

Pour leur relecture

Irène Aboudaram, Robert Bianco-Levrin, Régine Bonnet, Clémentine Bret, Isabelle Bruand, Delphine Chauvière, Léa Cicchero, Jean Francois Corty, Sylvie Chapelais, Philippe de Botton, Marie Debrus, Anne-Lise Denoeud, Pascal Dessenne, Dimitry Dugeny, Delphine Fanget, Aurélie Gérome, Agnès Gilino, Céline Grillon, Sylvie Guillaume, Ariane Junca, Audrey Kartner, Sophie Laurant, Sophie Laurence, Céline Laurensen, Olivier Lesens, Amandine Marchand, Mohamed Moiouya, Marie Dominique Pauti, Sarah Peyrot, Grégory Pfau, Mathieu Quinette, Florence Rigal, Jeanine Rochefort, Nathalie Simonnot, Michèle Teule, Jimena Villar De Onis.

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 de la mission France qui participent aux recueils de données et l'équipe de la Direction de la Mission 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)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
RÉSUMÉ	10
2014 EN CHIFFRES	15
LA MISSION FRANCE	18

PARTIE I ACTIVITÉS ET POPULATIONS REÇUES DANS LES CASO 21

1. ACTIVITÉ DES CASO DE 2007 À 2014	22
2. LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2014	24
3. ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2014	30
Les problèmes de santé des patients accueillis en 2014	30
La couverture vaccinale des patients reçus en consultation	33
Les statuts sérologiques VIH, VHB et VHC des patients	35
Le dépistage de la tuberculose	37
Les troubles d'ordre psychologique repérés chez les patients des Caso en 2014	38
La santé bucco-dentaire des patients accueillis dans les Caso en 2014	40
4. ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN	42
Les droits à la couverture maladie des personnes reçues dans les Caso en 2014	42
Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins des personnes reçues dans les Caso en 2014	44
Le retard et le renoncement aux soins des patients reçus dans les Caso en 2014	47

PARTIE II ACTIONS MOBILES VERS LES PLUS VULNÉRABLES 49

1. LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES ET DES IST AUPRÈS DES POPULATIONS PRÉCAIRES	50
2. LA RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS	55
3. INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS VIVANT DANS LES BIDONVILLES	57
4. INTERVENTIONS AUPRÈS DES MIGRANTS DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS	61

PARTIE III FOCUS POPULATIONS 63

1. MAYOTTE : LABORATOIRE DE L'EXCLUSION ?	64
2. LA GUYANE : UN ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DÉGRADÉ	71
3. L'ACCUEIL DES MINEURS ACCOMPAGNÉS ET ISOLÉS EN FRANCE	76
4. L'ACCÈS AU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET AU SUIVI DE GROSSESSE POUR LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ	80
5. QUELLES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PATIENTS FRANÇAIS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ?	82
6. LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE	86
7. LES DEMANDEURS D'ASILE FACE À UN SYSTÈME « À BOUT DE SOUFFLE »	90
8. LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE	94

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	98
ANNEXES	103

GLOSSAIRE

AAD	Antiviraux à action directe	EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ACS	Aide à la complémentaire santé	Erl	Éducation aux risques liés à l'injection
ALUR	Accès au logement et pour un urbanisme rénové	ERRC	European Roma Rights Centre
AME	Aide médicale d'État	Fnars	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales	FSUV	Fonds soins urgents et vitaux
ARS	Agence régionale de santé	Halde	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
Ase	Aide sociale à l'enfance	HAS	Haute autorité de santé
Ata	Allocation temporaire d'attente	HCR	Haut commissariat aux réfugiés
BCG	Bacille de Calmette et Guérin	IGA	Inspection générale de l'administration
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues	IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Cada	Centre d'accueil de demandeurs d'asile	Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Caso	Centre d'accueil, de soins et d'orientation	Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
CCAS	Centre communal d'action sociale	IST	Infection sexuellement transmissible
CCM	Chromatographie sur couche mince	LAM	Lits d'accueil médicalisé
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit	LDH	Ligue des droits de l'homme
CEPS	Comité économique des produits de santé	LHSS	Lit halte soin santé
CESE	Conseil économique social et environnemental	MdM	Médecins du Monde
Ceseda	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile	OCRTEH	Office central pour la répression de la traite des êtres humains
CFDA	Coordination française pour le droit d'asile	ODSE	Observatoire du droit à la santé des étrangers
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale de Guyane	Ofii	Office français de l'immigration et de l'intégration
Ciddist	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles	OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
CIDE	Convention internationale des droits de l'enfant	Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
CISP	Classification internationale des soins primaires	OMS	Organisation mondiale de la santé
Clat	Centre de lutte antituberculeuse	ORS	Observatoire régional de la santé
CMP	Centre médico-psychologique	Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
CMU	Couverture maladie universelle	PMI	Protection maternelle et infantile
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire	RdR	Réduction des risques
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme	Rescorda	Réseau de santé et de coordination d'appui
CNDA	Cour nationale du droit d'asile	RESF	Réseau éducation sans frontières
CNS	Conseil national du sida	ROR	Rougeole-Oreillons-Rubéole
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie	Sintes	Système d'identification National des Toxiques et Substance
Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	SMPR	Service Médico-Psychiatrique régional
CSSM	Caisse de sécurité sociale de Mayotte	Tass	Tribunal des affaires de sécurité sociale
Dalo	Droit au logement opposable	Trod	Test rapide d'orientation diagnostique
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale	UE	Union européenne
DDD	Défenseur des droits	UNHCR	Agence des Nations Unies pour les réfugiés
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale	VHB	Virus de l'hépatite B
DGS	Direction générale de la santé	VHC	Virus de l'hépatite C
Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Drom	Département et région d'Outre-mer		
DTP	Diphthérie-Tétanos-Polio		

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.

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 euro-

péens, 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.

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.

RÉSUMÉ

► 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 contacts⁽¹⁾ 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.

>> 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 confrontées 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 rattrapage, 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 défectueuses 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.

(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.

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 brevet³ 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 mala-

die. 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...

>> 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 fuyants 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 mas-

(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.

(4) Le 12 juin 2015.

sives ayant pour conséquence un nombre de mineurs isolés en constante augmentation. En Guyane, des barrières policières établies 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 les Caso. 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

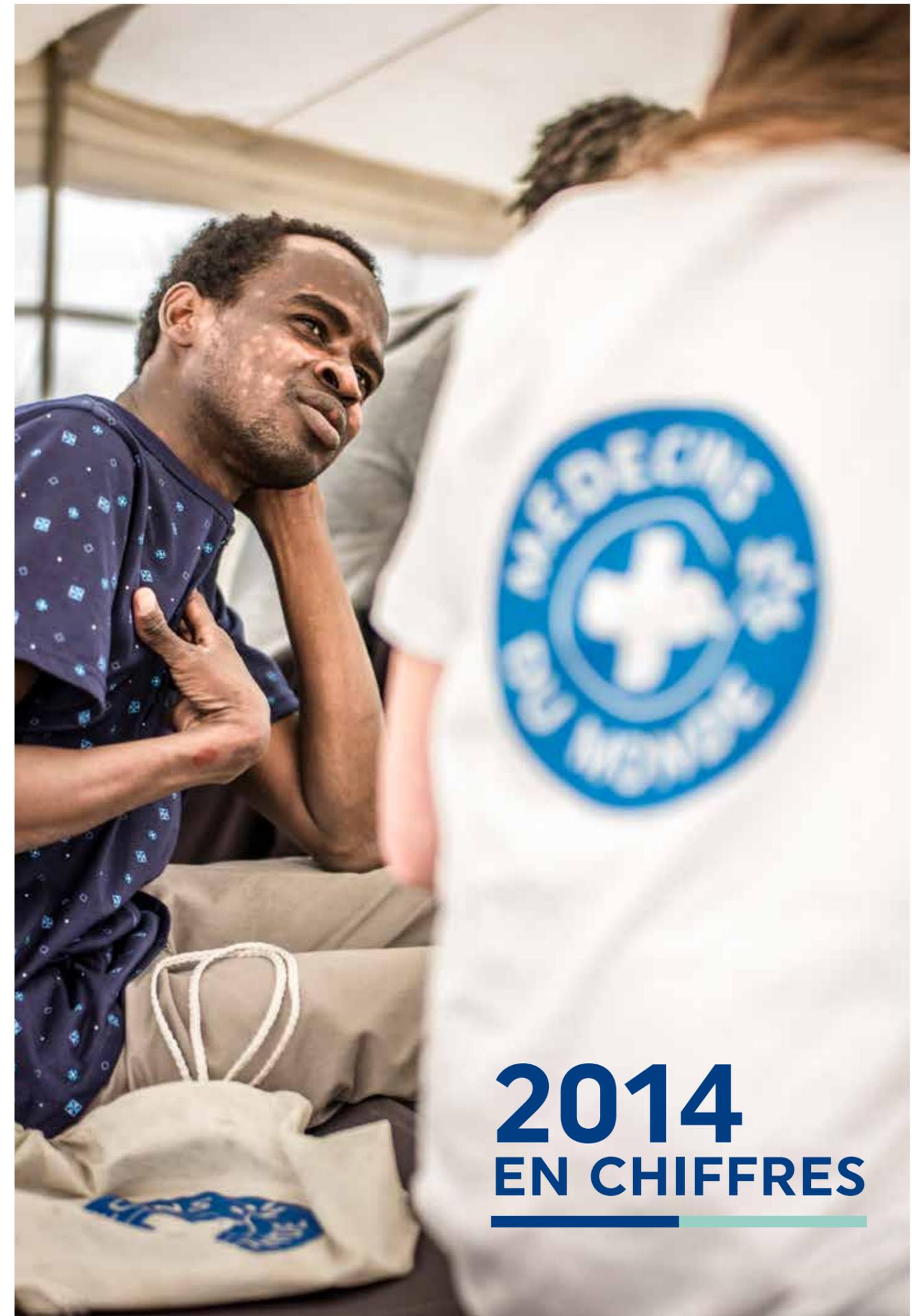
En France, environ 30 000 personnes ont accès chaque année à un titre de séjour pour raison médicale, soit moins de 1 % des étrangers vivant régulièrement en France.

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.



2014
EN CHIFFRES

(5) Actuellement devant le Parlement en procédure accélérée.

2014 EN CHIFFRES



MDM COMPTE AUJOURD'HUI

71 PROGRAMMES MENÉS PAR
2 120 BÉNÉVOLES ET 103 SALARIÉS DANS 33 VILLES

20 CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION⁽¹⁾ ONT RÉALISÉ
40 790 CONSULTATIONS MÉDICALES ET PLUS DE 22 000 CONSULTATIONS
SOCIALES POUR 28 517 PATIENTS

Parmi les personnes consultant dans les Caso :

- 62 % sont des hommes
- 13,8 % sont des mineurs
- 94,5 % sont des étrangers
- 6,8 % sont des demandeurs d'asile
- 13,5 % vivent en squat ou campement illégal (bidonvilles) et
- 20,0 % sont sans domicile fixe
- 97,8 % vivent sous le seuil de pauvreté
- 85,2 % n'ont aucuns droits ouverts à une couverture maladie
- 40,2 % présentent un retard de recours aux soins

1 CENTRE PÉDIATRIQUE DE SOINS ET D'ORIENTATION À MAYOTTE AYANT
RÉALISÉ 1 009 CONSULTATIONS MÉDICALES AUPRÈS DE 810 ENFANTS

36 ACTIONS MOBILES
AYANT EFFECTUÉ

- plus de 30 500 contacts⁽²⁾ auprès des personnes en situation précaire, non ou mal logées
(SDF, personnes en squat, bidonvilles, migrants en transit...)
- plus de 500 contacts auprès des personnes incarcérées dans le cadre d'un programme expérimental
- plus de 100 contacts auprès des personnes précaires en milieu rural

12 PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES
AYANT RÉALISÉ

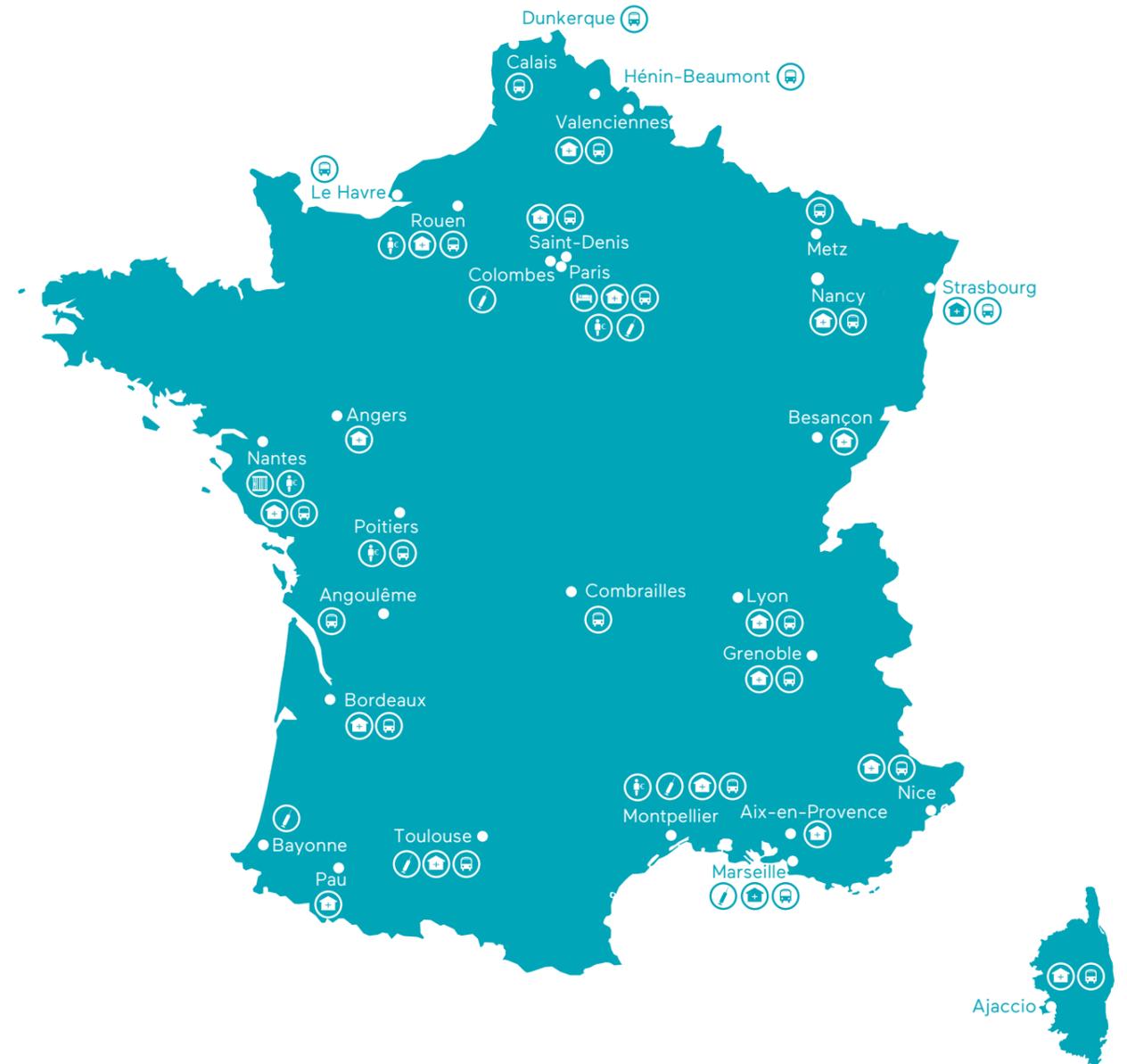
- plus de 9 000 contacts auprès des usagers de drogues (7 programmes)
- plus de 27 000 contacts auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés (5 programmes)

1 PROGRAMME DE PARRAINAGE POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS
AYANT ACCOMPAGNÉ 152 ENFANTS

1 PROGRAMME TRANSVERSAL « PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES, IST
ET DE LA TUBERCULOSE » AYANT TOUCHÉ PLUS DE 27 000 BÉNÉFICIAIRES

(1) Les données présentées portent sur 19 des 20 Caso : les données d'Ajaccio ne sont pas disponibles pour 2014.
(2) 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.

LES PROGRAMMES DE MDM EN FRANCE, EN 2014



- 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

LA MISSION FRANCE

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

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

En 2009, un **centre pédiatrique de soins et d'orientation** a ouvert à Mayotte dans un quartier de la commune de Koungou. 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

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 (ErlI) 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'utilisateur 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

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 »

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.



01

ACTIVITÉS ET POPULATIONS REÇUES DANS LES CASO

1. ACTIVITÉ DES CASO DE 2007 À 2014

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, les Caso ont reçu 28 517 personnes et ont enregistré 61 829 passages (consultations médicales, paramédicales, sociales, entretien de prévention...).

→ L'activité des Caso est orientée légèrement à la baisse depuis deux années consécutives (diminution de la file active de près de 5% par rapport à 2013).

→ Pour trois quarts des personnes reçues en 2014, il s'agissait du premier contact avec MdM.

→ 82 % des personnes s'adressent au Caso pour un problème de santé, 24 % expriment une demande d'accompagnement social ou juridique.

Le Caso est une structure qui offre un accueil médico-social à toute personne en difficulté d'accès aux soins en France. Elle constitue un lieu de premiers recours aux soins et d'accès aux droits pour les personnes en grande difficulté et/ou en situation d'exclusion qui ne connaissent pas leurs droits ou qui ne parviennent pas à les faire valoir. Entre 1986 et 2000, 32 Caso ont été ouverts. Grâce aux différentes réformes qui sont intervenues à partir de 1998 et en particulier la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui a porté la création de la CMU-CMUc et des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et qui a modifié de manière substantielle le paysage institutionnel, certains Caso ont pu fermer au fil des années³. Ainsi depuis 2012, l'association compte 20 Caso.

En 2014, les Caso ont reçu 28 517 personnes et ont enregistré 61 829 passages⁴. Après treize années d'augmentation régulière, on constate une légère diminution de l'activité des Caso, à la fois en termes de passages et de nombre de personnes dans la file active⁵ : le nombre de passages a diminué de 2,7 %, la file active de 4,7 % et le nombre de personnes reçues en consultation médicale de 8,7 %.

À l'inverse, après des années de baisse, l'activité dentaire reste stable à la fois en nombre de consultations et en nombre de patients reçus (tableau 1).

Ces évolutions sont en partie liées aux modalités d'accueil de certains Caso qui, devant une affluence toujours plus importante et des ressources identiques, ont dû fixer des critères à l'entrée dans le Caso : ainsi, dans certains Caso, les personnes disposants de droits (AME, CMU...) se voient désormais orientées vers les dispositifs de droit commun sans bénéficier de consultation.

Au cours de l'année, les personnes ont consulté en moyenne 1,8 fois un médecin et 2,2 fois un dentiste.

Le faible nombre de consultations par patient illustre la volonté des équipes de MdM de ne pas s'engager dans une démarche de suivi médical et social et d'orienter au maximum les personnes vers le système de droit commun.

Pour les trois quarts des personnes accueillies en 2014, il s'agissait du premier contact, 13,4 % étaient connues depuis l'année précédente et 11,1 % depuis au moins deux ans.

Dans la majorité des cas (71,8 %), le recours au Caso se fait grâce au « bouche à oreille », sans orientation préalable ; près d'un quart des patients est orienté par une institution administrative ou sociale. Enfin, 5 % environ des patients sont adressés au Caso par des structures de soins qui devraient a priori être en mesure de prendre en charge ces personnes (Pass, PMI...).

Dans plus de huit cas sur dix, les personnes s'adressent au Caso pour un problème de santé et près d'une fois sur quatre pour une question administrative, sociale ou juridique (tableau 2).

Les motifs de recours liés à un problème de santé concernent préférentiellement les patients de nationalité française, les plus jeunes (moins de 20 ans), ainsi que les nouveaux patients qui n'étaient pas connus des Caso les années précédentes et notamment ceux présents sur le territoire depuis moins de trois mois. Inversement, le recours pour des motifs administratifs est plus souvent le fait des patients étrangers.

TABLEAU 1 : ACTIVITÉS DES CASO DE 2000 À 2014

	Nb de Caso	Caso participant à la saisie de données	Nb de passages	File active totale	Consultations médicales (généralistes et spécialistes)			Consultations dentaires		
					Nb de consultations	Nb de patients reçus	Nb moyen de consultations par patient	Nb de consultations	Nb de patients reçus	Nb moyen de consultations par patient
2000	32	24	nd	nd	35 541	26 347	1,4	nd	nd	nd
2001	25	23	51 208	25 619	42 815	23 340	1,8	5 720	3 113	1,8
2002	24	22	51 277	24 682	45 018	23 079	2,0	5 698	2 856	2,0
2003	23	20	45 057	19 863	38 076	18 514	2,0	5 450	2 346	2,3
2004	21	21	53 132	22 378	35 651	18 377	1,9	4 974	2 246	2,2
2005	21	21	62 118	26 348	40 039	20 186	2,0	5 737	2 568	2,2
2006	21	21	56 137	24 977	33 148	16 948	1,9	5 342	2 254	2,4
2007	22	21	54 698	24 092	33 070	16 690	2,0	4 964	2 223	2,2
2008	22	21	54 389	24 685	33 339	17 388	1,9	5 190	2 432	2,1
2009	21	21	56 173	25 863	35 535	19 481	1,8	4 806	2 339	2,1
2010	21	21	59 316	28 160	38 606	21 236	1,8	3 919	1 742	2,2
2011	21	21	63 799	29 466	40 627	22 081	1,8	4 112	1 771	2,3
2012	20	20	63 212	30 560	41 033	23 181	1,8	3 855	1 854	2,1
2013	20	20	63 480	29 960	40 547	22 827	1,8	3 685	1 696	2,2
2014	20	19	61 829	28 517	37 087	20 894	1,8	3 703	1 644	2,2

Nb : nombre ; nd : non-disponible.

TABLEAU 2 : MOTIFS DE RECOURS AU CASO EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES LORS DE LEUR PREMIÈRE VISITE EN 2014

Plusieurs réponses possibles*	%	n
"Besoin de santé"	82,5	20 370
Besoin d'un accompagnement social ou juridique	23,8	5 889
Autres motifs	3,1	754

Taux de réponse : 86,6 %.

(*) Les personnes peuvent consulter pour plusieurs motifs, c'est ce qui explique que le total soit > 100 %.

(3) La fermeture des Caso est possible lorsque les dispositifs socio sanitaires de droit commun sont fonctionnels et prennent le relais.

(4) Il s'agit de tous types de consultations (médicales, paramédicales, sociales, entretien de prévention...).

(5) Les comparaisons d'activité entre 2013 et 2014 ont été réalisées en retirant l'activité du Caso d'Ajaccio pour 2013.

2. LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2014

LES POINTS ESSENTIELS

→ La file active des Caso en 2014 est composée de 62 % d'hommes. La moyenne

d'âge est de 33 ans.

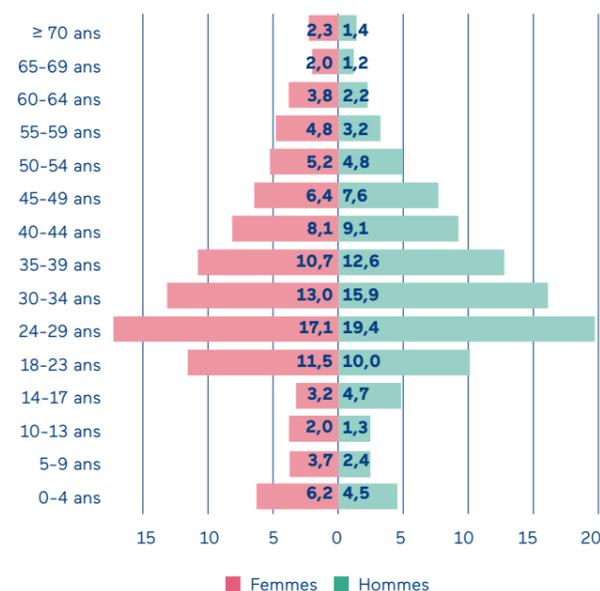
→ Près de 95 % des personnes reçues sont de nationalité étrangère (en majorité d'Afrique subsaharienne, du Maghreb et de l'Union européenne).

→ Plus d'un tiers des patients étrangers séjournent en France depuis moins de trois mois.

→ Moins de 10 % des personnes disposent d'un logement personnel ; 58 % sont hébergées, 14 % occupent un logement précaire (squat, campement), 20 % sont sans domicile fixe.

→ 98 % des personnes se situent en dessous du seuil de pauvreté ; 36 % n'ont aucunes ressources financières.

FIGURE 1 : PYRAMIDE DES ÂGES* DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2014 (%)



(* En % de la file active.
Taux de réponse : 94,4 %.

TABLEAU 3 : ÉVOLUTION DES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO DE 2007 À 2014

	Âge moyen	Mineurs (%)	Femmes (%)	Français (%)
2007	35,0	8,7	44,2	10,5
2008	34,5	9,4	43,9	10,6
2009	34,0	11,2	41,7	9,5
2010	34,2	10,7	41,5	7,5
2011	33,3	11,9	40,2	6,4
2012	32,9	12,3	39,5	5,6
2013	33,3	12,7	38,0	5,5
2014	33,1	13,8	38,2	5,5

UNE POPULATION PARTICULIÈREMENT JEUNE...

De façon identique aux années précédentes, la file active reçue dans les Caso en 2014 est majoritairement de sexe masculin (62 % vs 38 % de femmes) et relativement jeune (la moyenne d'âge des patients est de 33,1 ans, sans variation significative selon le sexe ou la nationalité) (figure 1, tableau 3).

Les mineurs représentent 13,8 % de la file active des Caso. Leur proportion augmente légèrement par rapport à l'année précédente (+1,1 %) mais reste stable en valeur absolue. Un chapitre spécifique est consacré aux mineurs page 76.

... CARACTÉRISÉE PAR UNE GRANDE DIVERSITÉ DES NATIONALITÉS

Près de 95 % des patients reçus au cours de l'année sont étrangers, ceci aussi bien chez les hommes que chez les femmes (tableau 4). La proportion des Français dans la file active, après avoir beaucoup diminué entre 2008 et 2012, est stable depuis trois ans (autour de 5,5 %).

Le groupe continental le plus représenté reste comme les années précédentes l'Afrique subsaharienne (29,2 % des patients), devant le Maghreb (24 %) et l'Union européenne y compris la France (23,6 %). L'année 2014 se caractérise par une hausse de la part des ressortissants d'Afrique subsaharienne (28,3 % en 2013 contre 29,2 % en 2014) ainsi que, dans une moindre mesure, de celle des ressortissants du Maghreb (+1,3 %). À l'inverse on constate une diminution de la part des ressortissants européens hors UE (-2,5 %).

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE GROUPE CONTINENTAL, 2014 (% EN COLONNE)

	%	n
Français	5,5	1 505
Étrangers	94,5	27 231
Groupe continental		
- Afrique subsaharienne	29,2	7 955
- Union européenne (avec France)	23,6	6 434
- Union européenne (hors France)	18,1	4 929
- Maghreb	24,0	6 529
- Europe (hors UE)	10,3	2 808
- Proche et Moyen-Orient	5,0	1 349
- Océanie et Amériques	4,0	1 083
- Asie	4,0	1 078

Taux de réponse : 95,5 %.

La diversité des origines des patients est toujours importante, avec plus de 150 nationalités différentes représentées en 2014. Sans variation majeure par rapport aux années précédentes, les nationalités les plus représentées restent les Roumains (12 % de la file active) et les Algériens (12 %), devant les Marocains (6,8 %), les Français (5,5 %) et les Tunisiens (4,8 %) (figure 2).

Cette diversité se traduit par la nécessité d'un interprète dans 41 % des situations (tableau 5). Dans près de huit cas sur dix, l'interprétariat a pu être assuré sur place le plus souvent par une personne accompagnante. Malgré une sensibilisation importante des équipes, l'interpréta-

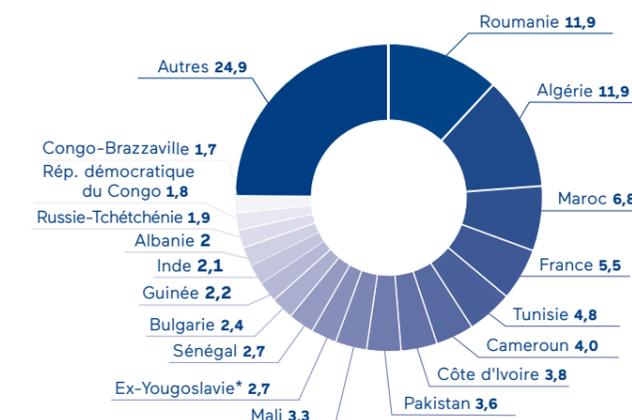
riat professionnel a été sollicité dans moins de 10 % des cas. Des efforts importants sont toutefois menés dans les Caso pour proposer des consultations avec des interprètes professionnels, au regard de l'augmentation des dépenses d'interprétariat au cours des dernières années⁶.

Des efforts doivent être poursuivis afin de développer le recours à l'interprétariat professionnel au sein des Caso et de toutes les structures médicosociales, 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 au système de soins. Mdm milite, à ce titre, pour la promotion de l'interprétariat linguistique dans tous les établissements d'accueil.

« Madame N., née en 1980, est arrivée en France en juin 2014. Elle a dû quitter le Kenya précipitamment à la suite de menaces graves. Elle vient consulter au Caso sur les conseils d'une association car elle présente manifestement un état de stress post-traumatique. Rapidement, nous nous mettons d'accord pour que les entretiens se déroulent en souahéli, sa langue maternelle, même si elle parle l'anglais. Progressivement elle peut raconter son histoire. Au début le discours était assez confus. Au fur et à mesure des entretiens il s'est éclairci. »

[Caso de Saint-Denis, 2014]

FIGURE 2 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2014



* Les pays de l'ex-Yougoslavie sont : la Slovénie, la Croatie, la Bosnie-Herzégovine, la Macédoine, la Serbie, le Monténégro et le Kosovo.

(6) Plus de 160 000 € ont été dépensés en 2014 pour de l'interprétariat professionnel dans les Caso. Les dépenses ont été multipliées par 2,5 entre 2010 et 2014.

TABLEAU 5 : BESOINS D'INTERPRÈTE LORS DE LA PREMIÈRE VISITE DANS LES CASO, 2014

	%	Nombre de patients
Besoin d'un interprète lors de l'entretien	41,1	10 216
Présence de l'interprète :		
- présence sur place (personne accompagnante)	50,2	4 555
- présence sur place (intervenant MdM ou externe)	25,8	2 340
- interprète professionnel	6,7	605
- pas d'interprète	17,4	1 582

Taux de réponse : 86 %.

En 2014, 38 % des ressortissants étrangers résident en France depuis moins de trois mois (« primo-arrivants »), près de 30 % comptent une durée de séjour comprise entre 3 et 12 mois et 32 % séjournent en France depuis un an ou plus (tableau 6).

Les « primo-arrivants » sont particulièrement nombreux parmi les étrangers originaires d'Europe hors UE ou d'Afrique subsaharienne où ils représentent quasiment une personne sur deux. À l'inverse, c'est parmi les étrangers originaires d'Océanie-Amérique et d'Asie que l'on compte le plus de personnes présentes en France depuis au moins trois ans.

TABLEAU 6 : DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE* DES PERSONNES ÉTRANGÈRES REÇUES DANS LES CASO, 2014

Durée de résidence	%	n
< de 3 mois	38,1	8 345
[3-12 mois [29,5	6 464
[1 an -3 ans [15,1	3 292
[3 ans à 10 ans [12,6	2 748
≥ 10 ans	4,7	1 030

Taux de réponse : 84,4 %.

(*) Depuis la date de la dernière entrée en France.

DES CONDITIONS DE VIE PARTICULIÈREMENT DIFFICILES

« S., jeune Malien de 16 ans, est arrivé il y a 15 jours à Paris et dort dans la rue depuis. Il s'est fait agresser, on lui a pris son sac de couchage et son sac à dos. Le danger, constant, il l'a côtoyé au pays d'abord et sur la route jusqu'à Paris. Mais la ville et ses excès, il n'a pas l'habitude... Le plus dur c'est de voir son regard de gamin, apeuré d'avoir à affronter, encore, une nouvelle nuit dehors... »

[Caso de Paris, 2014]

Moins de trois personnes sur dix vivent en couple ; 43 % indiquent par ailleurs avoir un ou plusieurs enfants mineurs. Dans la majorité des situations (53 %), les parents ne vivent pas avec leurs enfants (tableau 7). Les femmes reçues dans les Caso vivent quasiment deux fois plus souvent en couple que les hommes (40 % vs 23 %) et ont également plus fréquemment des enfants mineurs (51 % vs 37 %).

En 2014, ce sont ainsi 3 445 familles⁷ qui se sont adressées aux Caso. Un peu moins d'un tiers (29 %) étaient des familles monoparentales. Les personnes accompagnées de mineurs ont en moyenne deux enfants à charge. Les familles avec enfants concernent plus volontiers les patients étrangers. Environ la moitié de ces familles sont originaires d'un pays européen (appartenant ou non à l'UE) et une famille sur cinq est originaire du Maghreb.

TABLEAU 7 : SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES DE 18 ANS OU PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2014

	%	n
En couple (avec ou sans enfants)	29,5	5 881
Présence d'enfants mineurs	42,5	7 888
Parmi les personnes ayant des enfants mineurs		
- Vivent avec tous leurs enfants	39,4	2 870
- Vivent avec une partie de leurs enfants	7,9	575
- Ne vivent pas avec leurs enfants	52,7	3 843

Taux de réponse : Situation familiale : 86,0 %, ont des enfants mineurs : 80,0 %, lieux de vie des mineurs : 92,4 %.

Les personnes reçues dans les Caso connaissent pour la quasi-totalité d'entre elles d'importantes difficultés de logement : seules 9 % disposent d'un logement personnel lorsqu'elles se présentent pour la première fois dans les Caso, 57,5 % sont hébergées (le plus souvent par de la famille ou des amis ou parfois par un organisme ou une association), 13,5 % vivent dans un environnement précaire tel qu'un squat ou un campement illégal. Enfin, **20 % n'ont aucune solution de logement et vivent à la rue ou sont accueillies en hébergement d'urgence pour de courtes durées** (tableau 8). Un chapitre spécifique est consacré aux personnes sans domicile fixe page 86.

La situation des personnes vis-à-vis du logement varie selon le sexe (figure 3). Les hommes sont plus fréquemment sans domicile fixe ; les femmes en revanche sont sensiblement plus nombreuses à vivre dans un logement personnel (12 % vs 7 %). Des variations importantes sont également relevées selon la nationalité (figure 4) : les patients français se distinguent par une proportion beaucoup plus importante de personnes vivant à la rue (30 % vs 19 % des étrangers) mais aussi de personnes disposant d'un logement personnel (28 % vs 8 %). Les ressortissants

étrangers quant à eux sont près de 60 % à être hébergés (vs 35 % des Français) (figure 4). Même si la situation vis-à-vis du logement s'améliore progressivement avec la durée de séjour en France, les difficultés s'inscrivent pour beaucoup dans la durée dans la mesure où la proportion de personnes hébergées se maintient à un niveau élevé même après dix ans passés en France (55 %). Par ailleurs, même si la proportion des personnes sans domicile fixe diminue après trois mois de séjour en France (près de trois personnes sur dix), celle-ci varie peu ensuite et se maintient autour de 12 à 16 %.

TABLEAU 8 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO¹, 2014

	%	n
Logement personnel	9,0	2 100
Hébergé(e)s	57,5	13 454
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis	47,5	11 119
- Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	10,0	2 335
Logement précaire	13,5	3 167
- Occupe un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	5,3	1 237
- Occupe un terrain sans droit (campement illégal)	5,6	1 325
- Autre situation	2,6	605
Sans domicile fixe	20,0	4 675
- Personnes à la rue	14,6	3 409
- Hébergement d'urgence pour moins de 15 jours	5,4	1 266

(1) Il s'agit de la situation le jour de la première visite au Caso. Taux de réponses : 82,0 %.

PLUS D'UN TIERS DES PERSONNES ACCUEILLIES SONT SANS RESSOURCES POUR VIVRE

En 2014, seuls 23,4 % des patients, indiquaient exercer une activité pour gagner leur vie dans la très large majorité il s'agit d'une activité non déclarée (tableau 9). Les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à exercer une activité (28 % vs 15 %), de même que les étrangers par rapport aux Français (24 % vs 15 % des Français).

La situation financière des personnes accueillies dans les Caso est extrêmement précaire avec près de 98 % des patients déclarant des revenus en deçà du seuil de pauvreté⁸, le revenu médian étant inférieur à 200 €. Par ailleurs, 36 % des personnes ne disposent d'aucunes ressources pour vivre, proportion qui a fortement augmenté depuis l'an passé (+8,3 %). La proportion de personnes sans aucune ressources, est plus importante chez les primo-arrivants, les femmes, ainsi que parmi certains ressortissants étrangers (Europe hors UE, Afrique subsaharienne).

FIGURE 3 : SITUATION DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE SEXE, 2014 (%)

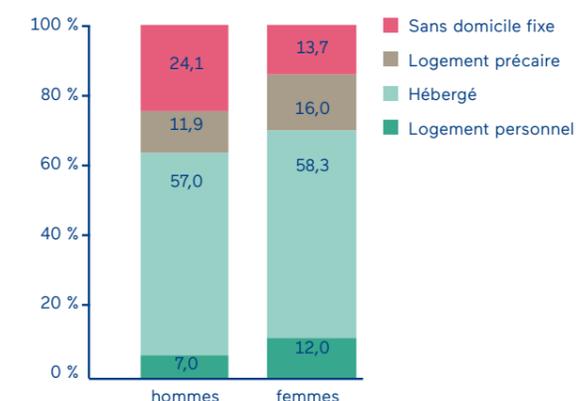


FIGURE 4 : SITUATION DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2014 (%)

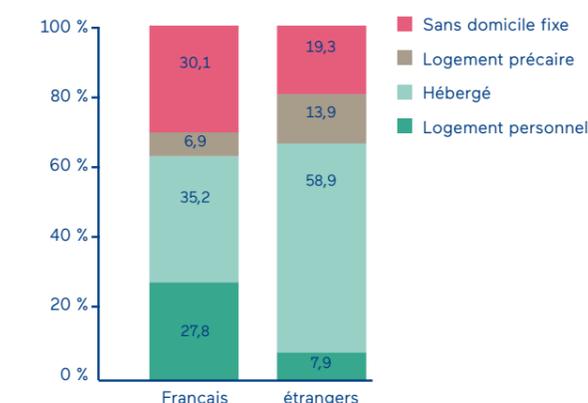


TABLEAU 9 : ACTIVITÉ ET RESSOURCES DES PERSONNES DE 16 ANS OU PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2014

	%	n
Exercent une activité pour gagner leur vie	23,4	3 501
- Déclarée	2,7	400
- Non déclarée	20,7	3 101
Niveau de ressources financières (officielles ou non)		
- Aucunes ressources	35,7	2 508
- Ressources inférieures au seuil de pauvreté*	62,1	4 360
- Ressources supérieures au seuil de pauvreté	2,3	163

(*) Ce seuil s'établit en 2012 à 987 euros mensuels pour une personne seule. Taux de réponse : exerce une activité : 58,7 % ; ressources du foyer : 27,5 %.

(7) Au moins un adulte avec un ou plusieurs enfants.

(8) Le seuil utilisé est celui publié par l'Insee et correspond à 60 % du revenu médian de la population. Ce seuil s'établit en 2012 à 987 € mensuels pour une personne seule.

PLUS D'UN TIERS DES ÉTRANGERS HORS UE CONCERNÉS PAR UNE DEMANDE D'ASILE

En 2014, 34 % des patients étrangers originaires d'un pays n'appartenant pas à l'Union européenne étaient concernés par une demande d'asile, proportion comparable à 2013 (tableau 10). Dans les deux tiers des cas, les personnes avaient déjà déposés leur demande au moment où elles étaient reçues dans les Caso. Parmi elles, 67,5 % étaient en cours de procédure et 30 % étaient déboutées du droit d'asile. Les procédures prioritaires⁹ concernent près de 6 % des demandeurs d'asile.

Au total, **les demandeurs d'asile en cours de procédure représentaient, en 2014, 6,8 % de l'ensemble des patients reçus** toutes nationalités confondues. Un chapitre spécifique est consacré aux demandeurs d'asile page 90.

Lorsque la demande n'a pas pu être déposée, le motif le plus fréquemment évoqué est une arrivée trop récente en France, et dans une moindre mesure les difficultés rencontrées pour réaliser les démarches. Dans 7 % des cas la demande n'a pu être déposée car la personne a été placée en procédure Dublin III, situation dans laquelle la demande d'asile relève de la compétence d'un autre État européen ; cette proportion a augmenté depuis 2013 (+2 %).

TABLEAU 10 : ÉTRANGERS ORIGINAIRES D'UN PAYS HORS UE CONCERNÉS PAR UNE DEMANDE D'ASILE REÇUS DANS LES CASO, 2014

	%	n
Étrangers concernés par une demande d'asile	34,1	5 063
dont...		
- Demande non déposée	34,3	1 734
- Demande déposée	65,7	3 329
Situation des demandeurs d'asile ayant déposé leur demande		
- Debouté(e)s	30,1	844
- Demande en cours, recours, réexamen	61,8	1 733
- Procédure prioritaire	5,7	161
- Reconnu(e)s réfugié(e)s	2,5	71
Motif(s) de non-dépôt de la demande d'asile (plusieurs réponses possibles)		
- Arrivée trop récente	74,9	961
- Difficultés pour les démarches	18,5	237
- Placement en procédure Dublin III	7,0	90

Taux de réponse : demande d'asile : 82,4 % ; situation si demande d'asile déposée : 84,4 % ; motif de non-dépôt de la demande : 74,0 %.

PRÈS DE SEPT ÉTRANGERS SUR DIX EN SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE

En 2014, 67,3 % des étrangers de plus de 18 ans reçus dans les Caso étaient considérés en situation irrégulière, proportion identique à l'année passée (tableau 11). Un chapitre est consacré aux étrangers sans titre de séjour page 94.

Par ailleurs, force est de constater que parmi les ressortissants étrangers hors UE disposant d'un titre de séjour, pour près de 60 % d'entre eux la durée de validité du titre est inférieure à six mois, mettant en évidence la précarité du droit au séjour pour ces personnes.

En 2014, près de 12 % des étrangers accueillis dans les Caso ont déposé une demande de régularisation (une fois sur trois, cette demande de régularisation était en lien avec un motif médical), demande qui a été refusée dans plus du tiers des situations. Les demandes de régularisation, quel que soit le motif, sont plus fréquentes parmi les étrangers résidant en France depuis au moins trois ans (26 % vs 6 % des étrangers vivant en France depuis moins d'un an) et concernent également plus souvent les étrangers âgés d'au moins 40 ans (14 % vs 11 %).

TABLEAU 11 : SITUATION ADMINISTRATIVE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES DE PLUS DE 18 ANS REÇUES DANS LES CASO, 2014

	%	n
Ressortissants de l'UE		
- N'ont pas besoin de titre de séjour	30,7	878
- Autorisés à rester en France	8,3	239
- Non autorisés à rester en France	61,0	1 747
Étrangers hors UE		
- Visa touriste en cours de validité	7,4	1 117
- Rendez-vous ou convocation en préfecture	4,7	712
- Titre de séjour valide	17,5	2 649
- Titre de séjour dans un autre pays européen	4,5	677
- Sans titre de séjour	66,0	10 008
Ensemble des étrangers		
- Situation « régulière »	32,7	5 900
- Situation « irrégulière »	67,3	12 127

Taux de réponse : 85,5 %.

UN ACCÈS LIMITÉ À LA COUVERTURE MALADIE

Parmi les patients ayant fréquenté les Caso en 2014, **80 % ont des droits théoriques à la couverture maladie au jour de leur première visite** (près de 50 % relèvent théoriquement de l'AME, et 25 % de la CMU de base) et près de 20 % n'ont aucun droit à la couverture maladie (figure 5). Cette dernière catégorie concerne les patients exclus de la couverture maladie en raison notamment du critère de stabilité de résidence. La part des personnes ne disposant d'aucun droit à la couverture maladie est en légère diminution depuis 2012 (tableau 12).

Parmi les personnes relevant d'un régime de couverture maladie en France, **moins de 15 % ont des droits ouverts au jour de leur première visite**. Ce résultat met en évidence la complexité des procédures et des démarches administratives, voire des demandes de pièces abusives pour l'obtention d'une couverture maladie et la méconnaissance du système de santé français par ces populations, battant ainsi en brèche le concept de « tourisme médical » qui leur est trop souvent opposé.

FIGURE 5 : DROITS THÉORIQUES À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO, 2014

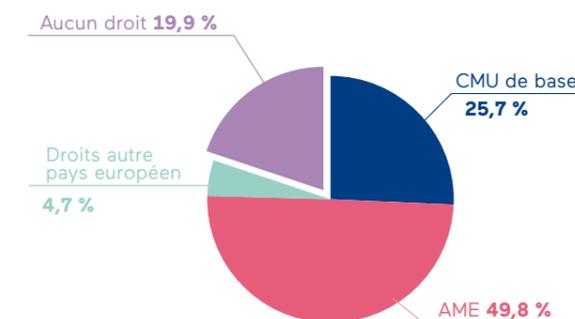


TABLEAU 12 : ÉVOLUTION DES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO DE 2007 À 2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Patients ayant des droits ouverts¹	18,8	19,4	15,7	14,0	13,5	12,6	12,2	14,8
Patients ne relevant d'aucuns droits	23,6	20,0	22,2	23,4	22,2	24,7	23,9	19,9

(1) Au jour de la première consultation. Parmi les patients disposant de droits théoriques en France.

(9) La procédure prioritaire est une procédure accélérée qui désavantage le demandeur d'asile et lui donne moins de droit (pas de titre de séjour, placement possible en centre de rétention administrative, pas de droits sociaux spécifiques sauf accès à l'assurance maladie).

3. ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION

DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2014

LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PATIENTS ACCUEILLIS EN 2014

LES POINTS ESSENTIELS

→ Les personnes consultant à MdM sont avant tout affectées de pathologies respiratoires (25 % des patients), digestives (25 %) et ostéo-articulaires (21 %).

→ 58 % souffrent d'une pathologie chronique (nécessitant très certainement un suivi au long cours) et 57 % d'une affection aiguë.

→ Pour plus de huit patients sur dix, les médecins estiment nécessaire un suivi et/ou un traitement.

→ Près de la moitié des personnes atteintes d'une maladie chronique présente un retard de prise en charge et une personne sur cinq a renoncé à des soins au cours des douze derniers mois.

L'analyse des données de santé repose sur l'ensemble des consultations médicales (de médecine générale et/ou de spécialistes) délivrées en 2014, soit 37 087 consultations délivrées à 20 894 patients différents. Dans près de 89 % de ces consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué¹⁰ par les médecins, dans 20 % des cas, deux problèmes de santé ont été identifiés et dans 5 % des consultations environ, trois diagnostics ont été posés.

Les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées sont les problèmes respiratoires, digestifs, ostéo-articulaires et dermatologiques suivis par les troubles psychologiques et les pathologies cardiovasculaires (tableau 13).

Au total, 58 % des patients reçus en consultation souffrent d'une affection chronique (tableau 14). Les pathologies chroniques affectent plus fréquemment les patients les plus âgés (73 % des patients de plus de 40 ans souffrent d'une pathologie chronique contre 50 % des patients plus jeunes) et les ressortissants étrangers (58 % vs 50 % des patients français).

Plus de huit patients sur dix reçus en consultation nécessitent un suivi et/ou un traitement (tableau 15), 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 sociale et vivent dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, plus de la moitié ont déclaré n'avoir jamais bénéficié d'une prise en charge médicale avant leur contact avec le Caso pour le(s) problème(s) de santé dont ils souffraient. Cette absence de soins peut être particulièrement préjudiciable pour certains patients et notamment ceux souffrant de maladies chroniques. Ainsi, parmi les personnes atteintes d'une maladie chronique, 77 % nécessitent un traitement et/ou un suivi et seule une sur trois avait un suivi antérieur à son premier contact avec le Caso.

Au sein des Caso, **plus de 40 % des patients présentent selon les médecins un retard de recours aux soins ; ce retard concerne près de la moitié (48,8 %) des personnes souffrant d'une pathologie chronique.** Ceci avec toutes les conséquences que cela comporte en termes d'aggravation des pathologies et donc de moindres chances de guérison. Un chapitre spécifique est consacré au retard de recours aux soins et au renoncement aux soins page 47.

TABLEAU 14 : NATURE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES CHEZ LES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION DANS LES CASO, 2014

Type de pathologie	% ¹	Nombre de patients
Aiguë	57,4	6 831
Chronique	57,6	6 855
Indéterminée	7,7	915

Taux de réponses : 61,8 %.

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

TABLEAU 15 : RÉPARTITION DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION SELON LA NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT ET LE SUIVI ANTÉRIEUR AU CONTACT AVEC LE CASO, 2014

	%	Nombre de patients
Nécessité d'un suivi ou d'un traitement	81,4	8 664
Problème de santé suivi ou traité avant le premier contact avec le Caso (si traitement ou suivi nécessaires)		
- Oui, totalement ou partiellement	45,9	3 726
- Non	52,5	4 257
- Ne sait pas	1,6	127

Taux de réponse : Nécessité d'un traitement : 89,4 % ; Problème de santé suivi : 68,1 %.

TABLEAU 13 : PRÉVALENCES DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS, 2014

	PRÉVALENCES PARMI L'ENSEMBLE DES PATIENTS	
	%	Nombre de patients
Respiratoire	25	4 812
Infections respiratoires supérieures	12,1	2 323
Infections respiratoires inférieures	4,3	829
Toux	3,4	659
Autres diagnostics du système respiratoire	3,1	587
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	2,3	447
Asthme	2,3	440
Symptômes et plaintes nez-sinus	1,4	266
Système digestif	24,8	4 776
Symptômes et plaintes du système digestif	12,2	2 349
Affections dents-gencives	6,4	1 231
Autres diagnostics du système digestif	5,8	1 107
Hépatite virale	1,7	334
Infections gastro-intestinales	1,3	240
Pathologies ulcéreuses	0,4	69
Ostéo-articulaire	20,8	3 999
Autres symptômes et plaintes ostéo-articulaires	8,6	1 649
Symptômes et plaintes du rachis	6,2	1 198
Autres diagnostics locomoteurs	4,2	801
Syndromes dorsolombaires	3,5	682
Peau	17,5	3 372
Parasitoses/ Candidoses	5,2	1 003
Symptômes et plaintes cutanés	3,8	725
Autres pathologies cutanées	3,3	630
Infections cutanées	2,6	491
Dermatites atopiques et contact	2,3	437
Éruptions cutanées/ Tuméfactions	2,2	426
Psychologique	11,6	2 226
Angoisse/ Stress/ Troubles psychosomatiques	7,5	1 442
Syndromes dépressifs	2,6	502
Autres problèmes psychologiques	1,4	268
Psychoses	0,6	106
Usage de substances psychoactives (alcool)	0,5	89
Usage de substances psychoactives (drogues)	0,2	43
Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments)	0,2	29
Cardiovasculaire	10,3	1 976
Hypertension artérielle	5,9	1 144
Pathologies vasculaires	1,8	349
Cardiopathies, troubles du rythme	1,6	301
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	1,2	232
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,7	135
Métabolisme, nutrition, endocrinien	6,7	1 281
Diabète (insulino- et non insulino-dépendant)	4,0	775
Autres diagnostics métaboliques	1,4	274
Excès pondéral-Obésité	1,0	194
Symptômes et plaintes métaboliques	0,6	107

(10) Les pathologies sont codées à l'aide de la Classification internationale des soins de santé primaire (CISP) (cf. annexe 1).

	PRÉVALENCES PARMI L'ENSEMBLE DES PATIENTS	
	%	Nombre de patients
Général et non spécifié⁽¹⁾	14,1	2 707
Symptômes et plaintes généraux	4,7	904
Diagnostics non classés ailleurs	2,7	526
Tuberculose	0,2	35
Neurologique	6,7	1 296
Symptômes et plaintes neurologiques	3,5	682
Autres diagnostics neurologiques	2,9	560
Épilepsie	0,4	84
Œil	7,0	1 340
Autres diagnostics du système oculaire	2,1	409
Infections de l'œil	2,0	391
Symptômes et plaintes du système oculaire	1,8	337
Lunettes-lentilles	1,6	302
Système génital féminin	5,2	998
Symptômes et plaintes du système génital féminin	2,0	393
Troubles des règles	1,5	283
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	1,1	203
Autres diagnostics du système génital féminin	1,0	189
Grossesse, accouchement	4,6	881
Grossesses et couches non pathologiques	3,2	606
Contraception	0,7	131
Symptômes et plaintes liés à la grossesse, accouchement	0,5	98
Grossesses et couches pathologiques	0,3	54
Système urinaire	4,4	841
Infections urinaires / rénales	2,1	407
Symptômes et plaintes urinaires	1,8	352
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,6	119
Oreille	3,3	631
Infections du système auditif	1,7	328
Symptômes et plaintes du système auditif	0,9	175
Autres diagnostics du système auditif	0,7	136
Sang, système hémato/immunologique	1,6	311
Anémies	0,6	123
VIH	0,4	75
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	0,3	59
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	0,1	27
Système génital masculin	1,8	338
Symptômes et plaintes du système génital masculin	1,0	193
Autres diagnostics du système génital masculin	0,5	93
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	0,2	46
Catégories transversales	5,9	1 132
Traumatismes	3,3	636
Maladies infectieuses non classées ailleurs	1,4	263
Peurs de / préoccupations	0,7	133
Cancers	0,6	111

Taux de réponse : 92,2 %. Les dix résultats de consultation détaillés les plus fréquents 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 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 COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION

LES POINTS ESSENTIELS

→ La couverture vaccinale des patients reçus dans les Caso est globalement faible avec des taux qui varient de 26 à 41 % selon les vaccinations chez les personnes de plus de 15 ans et de 58 à 72 % parmi les jeunes de moins de 15 ans.

→ Le taux de vaccination est plus faible chez les patients étrangers et diminue avec l'âge.

→ Plus les conditions de logement sont dégradées, plus les niveaux de vaccination sont faibles.

De façon globale, le taux de couverture vaccinale¹¹ des personnes de plus de 15 ans reçues dans les Caso est faible, avec 26,9 % des patients à jour pour l'hépatite B, et un peu plus d'un tiers pour la diphtérie/polio, le BCG et le tétanos. L'état des vaccinations des jeunes de moins de 15 ans, bien que meilleur que celui des adultes, reste perfectible avec 58 à 72 % de jeunes à jour de leurs vaccinations (tableau 16).

Ces taux de couverture sont très en dessous de ceux retrouvés en population générale [Guthmann 2007]¹² et bien en deçà des objectifs de santé publique de taux de couverture de 95 %, qui permettrait de garantir une protection efficace à l'ensemble de la population.

En ce qui concerne la vaccination par le ROR, on constate que le taux de couverture vaccinale est significativement plus élevé chez les personnes nées après 1980 (personnes pour qui le vaccin est recommandé) (41 % vs 29 %).

TABLEAU 16 : VACCINATIONS « À JOUR » DES PERSONNES CONSULTANT DANS LES CASO, 2014 (% EN LIGNE)

	15 ans ou moins		Plus de 15 ans	
	%	n	%	n
DTP - Coqueluche	71,9	1 030	40,7	4 035
BCG	69,4	946	39,3	3 764
Hépatite B	58,1	758	26,9	2 545
Rougeole/ Oreillons/ Rubéole	67,0	893	31,3	2 912

Taux de réponse : 55 %.

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

(11) L'analyse du statut vaccinal des patients reçus en consultation est réalisée en référence au calendrier vaccinal français de 2014. Les chiffres sont à prendre avec précaution dans la mesure où les taux de réponse sont relativement faibles (autour de 50 %) et qu'une proportion importante des patients ne connaît pas son statut vaccinal (entre 38 et 50 % des personnes de plus de 15 ans), et entre 20 et 30 % des enfants ayant répondu à la question).

(12) Avec le nouveau calendrier vaccinal mis en place en 2013, le taux de couverture vaccinal s'est certainement amélioré compte-tenu de la diminution du nombre d'injection et de rappel (suppression du rappel de 16-18 mois et à l'âge adulte rappels désormais à âge fixe (25, 45 et 65 ans puis tous les 10 ans).

(13) Source : InVS « Enquête nationale de santé auprès des élèves scolarisés en classe de 3^e, traitement InVS, année 2008-2009 »

« Deux couples accompagnés d'un adolescent de 14 ans consultent ensemble pour des lésions cutanées évoluant depuis plusieurs mois. Ils vivent dans une caravane en périphérie de la ville. Les lésions, présentes principalement sur le tronc, les bras et les jambes sont caractéristiques d'une gale ; très fréquente chez les personnes vivant en habitat précaire. Je leur donne les traitements nécessaires et les conseils d'hygiène. Ceux-ci seront sans doute difficiles à respecter en l'absence de machine à laver... Je profite de la consultation pour faire le point sur les vaccinations. L'adolescent ne sait pas si ses vaccins sont à jour, ses parents non plus, et son carnet de santé est resté en Roumanie... Aucun dépistage du VIH ou des hépatites n'a été fait. Je les oriente vers un centre de dépistages. »

[Caso de Saint-Denis, 2014]

Selon l'analyse multiple chez les jeunes de moins de 15 ans présentée dans le tableau 17, on constate que les taux de couverture vaccinale sont sensiblement plus élevés parmi les Français par rapport aux étrangers. Par ailleurs, la durée de séjour en France pour les enfants étrangers est un élément discriminant vis-à-vis de la vaccination, avec des taux de couverture qui augmentent significativement à partir de trois ans de résidence en France, suggérant un phénomène de rattrapage avec le temps. Après trois années passées en France, ce taux devient même supérieur à celui des enfants français.

Par ailleurs, on relève une relation très nette entre le fait d'être vacciné et la situation du logement. Il existe en effet un gradient négatif du niveau de vaccination au fur et à mesure que les conditions de logement se dégradent. Chez les mineurs de moins de 15 ans qui disposent d'un logement personnel, le taux de vaccination atteint 81 % et s'approche de celui de la population générale (estimé à 92 % à l'âge de 11 ans, 84 %¹³ à l'âge de 15 ans). En revanche, ce taux est inférieur à 60 % chez les enfants vivant dans des squats ou des campements illégaux (ou bidonvilles) ou sans domicile. On peut en effet faire l'hypothèse que ce sont ces mêmes personnes qui sont les plus éloignées du système de soins et de l'accès à la prévention.

Enfin, on constate également que les enfants de moins de sept ans suivis par la PMI sont mieux vaccinés et ont une probabilité d'être vaccinés entre deux et trois fois plus importante que les enfants non suivis (tableau 18), d'où l'utilité de cette structure dans l'accueil et la prévention auprès des publics précaires.

Ces résultats confirment que les populations précaires plus exposées aux risques infectieux et plus éloignées du système de prévention demeurent moins vaccinées et protégées que la population générale.

Dans un contexte actuel de résurgence de la rougeole en particulier¹⁴, les faibles taux de couverture vaccinale imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit entre les principaux services publics concernés. Il s'agit alors 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 (telles que des vaccinations sur site en cas d'épidémie).

À ce titre, alors que l'objectif de réduction des inégalités de santé est inscrit dans la stratégie nationale de santé, rien n'est dit dans le projet de loi de santé 2015 sur les dispositifs de prévention pour les plus précaires. Les PMI, qui ont un rôle central en matière de prévention auprès des mères et des enfants, parviennent difficilement à répondre aux besoins et sont fragilisées, voire menacées. MdM milite pour un renforcement de ces structures et s'est associé au récent avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE¹⁵) pour alerter les pouvoirs publics et demander la garantie de leur pérennité.

TABLEAU 18 : COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE MOINS DE SEPT ANS CONSULTANT DANS LES CASO SELON LE SUIVI PAR LA PMI, 2014

	Pas de suivi PMI (Réf)		Suivi PMI		Odds ratio ¹
	%	n	%	n	
DTP - Coqueluche	63,3	243	78,3	159	2,7**
BCG	68,2	236	73,4	146	ns
ROR	63,2	213	70,2	125	1,9*
Hépatite B	54,0	183	13,9	139	2,7**

(1) Odds ratio ajusté selon le sexe, l'âge, le logement, la durée de séjour et la nationalité.

LES STATUTS SÉROLOGIQUES VIH, VHB ET VHC DES PATIENTS

LES POINTS ESSENTIELS

→ Moins de 30 % des personnes interrogées ont connaissance de leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH.

→ La méconnaissance des statuts sérologiques est beaucoup plus importante chez les étrangers que chez les Français.

→ Les occasions de dépistage parmi les étrangers progressent cependant avec la durée de résidence en France.

Les populations reçues dans les Caso sont le plus 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 le point sur leur statut sérologique 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 en situation précaire, la consultation au Caso est bien souvent l'unique occasion d'accéder à la prévention et aux soins.

Si ces thèmes ne sont pas abordés de façon systématique par les professionnels de santé des Caso, on observe toutefois une nette progression de leur effort de prévention au regard des taux de réponse qui sont en continue augmentation depuis les trois dernières années (autour de 50 % en 2014 contre 35% en 2012).

Ainsi, **parmi les personnes interrogées sur leurs statuts sérologiques, un peu moins de 24 % connaissent leur statut vis-à-vis des hépatites B et C et environ 29 % concernant le VIH (tableau 19) ;** résultats qui mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes fréquentant les Caso.

Le défaut de connaissance des statuts sérologiques est significativement plus fréquent parmi les ressortissants étrangers par rapport aux Français. Ainsi, seuls 22 % connaissent leur situation vis-à-vis des hépatites B et C (vs 42 % des Français), proportion qui atteint 28 %

pour le VIH (vs 44 %). Ces résultats ont déjà été mis en évidence par des études qui soulignent une moindre connaissance sur le VIH ou les hépatites des populations migrantes ainsi qu'une plus faible perception des risques liés au VIH [Sahajian 2005, Lopez-Quintero 2005, Prost 2008, Carnicer-Pont 2009].

Comme on peut l'observer dans le tableau 20, la méconnaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH est significativement plus importante chez les hommes (les opportunités de dépistage sont en effet plus nombreuses pour les femmes, notamment au cours de la grossesse), ainsi que parmi les classes d'âge extrêmes (moins de 20 ans et 60 ans et plus).

C'est parmi les étrangers originaires du Proche et Moyen-Orient, d'Europe hors UE et du Maghreb que la part des personnes ignorant leur statut sérologique est la plus élevée. On observe par ailleurs que la durée de séjour en France est un élément favorisant l'accès au dépistage du VIH.

Enfin, il ressort que la dégradation des conditions de logement est également associée à une méconnaissance plus importante du statut sérologique des personnes.

Il est reconnu que les conditions d'accueil et les conditions de vie des immigrés ont bien souvent un effet délétère sur leur état de santé. 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, un emploi...) que leur santé [Burns 2007, Fakoya 2008, Chappuis 2015]. Ces difficultés d'accès peuvent être renforcées par des difficultés de communication et de compréhension de la langue française. Il est fort probable que dans ces conditions, l'éducation à la santé et par conséquent la prévention des infections sexuellement transmissibles soient peu abordées.

TABLEAU 19 : CONNAISSANCE DES STATUTS SÉROLOGIQUES (VHB, VHC ET VIH) DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO AYANT EU UNE CONSULTATION AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ, DENTISTE COMPRIS, 2014

	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
Statut sérologique connu	23,7	2 455	23,4	2 419	28,7	2 993

Taux de réponse : 50 %.

TABLEAU 17 : FACTEURS ASSOCIÉS À LA COUVERTURE VACCINALE DES JEUNES DE MOINS DE 15 ANS CONSULTANT DANS LES CASO, 2014 (% EN LIGNE)

	DTP - Coqueluche			BCG			ROR			Hépatite B		
	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹
Moins de 15 ans	71,9	1 030		69,4	946		67,0	893		58,1	758	
Sexe												
- Garçon	69,1	551	1	66,2	500	1	65,5	490	1	55,8	409	1
- Fille	75,3	476	1,2 ^{ns}	73,2	443	1,3 ^{ns}	68,7	400	1,0 ^{ns}	61,1	348	1,1 ^{ns}
Classe d'âge												
- < 7 ans	72,4	629	1	70,4	586	1	66,9	535	1	60,5	485	1
- 7-10 ans	80,5	207	1,2 ^{ns}	74,6	182	0,9 ^{ns}	76,9	186	1,2 ^{ns}	60,4	139	0,8 ^{ns}
- 11-14 ans	63,4	194	0,5 ^{***}	62,2	178	0,5 ^{***}	59,1	172	0,5 ^{***}	49,3	134	0,5 ^{***}
Logement												
- Personnel	81,2	155	1	81,8	148	1	80,2	146	1	73,2	131	1
- Hébergé(e)	77,5	443	0,7 ^{ns}	73,1	393	0,6*	75,6	386	0,6 ^{ns}	63,1	328	0,6*
- Précaire (squat/camp)	60,2	151	0,4 ^{***}	57,3	141	0,3 ^{***}	51,7	120	0,3 ^{***}	45,8	103	0,3 ^{***}
- SDF/Hbgt d'urgence	59,3	124	0,3 ^{***}	58,6	116	0,3 ^{***}	53,9	105	0,3 ^{***}	42,6	81	0,2 ^{***}
Durée de résidence en France												
- Étranger ≤ 1 an	70,9	587	1	66,8	525	1	65,5	506	1	55,6	419	1
- Étranger 1 an à <3 ans	74,3	81	1,5 ^{ns}	75,2	79	1,9*	70,3	71	1,6 ^{ns}	66,7	64	2,1 ^{**}
- Étranger ≥ 3 ans	83,1	49	3,5 ^{**}	83,7	41	4,9 ^{**}	81,5	44	4,3 ^{**}	72,9	35	3,5 ^{**}
- Français	77,0	97	1,0 ^{ns}	75,8	94	1,1 ^{ns}	76,4	94	1,2 ^{ns}	60,8	73	0,7 ^{ns}

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau / *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.
Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité d'être à jour de la vaccination BCG est multipliée par 4,9, chez les jeunes étrangers présents sur le territoire depuis plus de trois ans par rapport aux étrangers présents depuis moins d'un an (OR=4,9 significatif p<0,01).

(14) InVS, INPES, ARS, « Les récentes épidémies de rougeole rappellent que la rougeole est une maladie contagieuse qui peut être grave et parfois mortelle », communiqué de presse, 2 juin 2015.

(15) http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2014/2014_21_pmi.pdf

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), proposés depuis 2010 dans plusieurs programmes de MdM, se révèlent un moyen efficace d'atteindre ces publics et de les informer sur leur état de santé et les pratiques de prévention. De même, les autotests des maladies infectieuses transmissibles permettront un accès plus précoce et plus facile au dépistage.

Les Trods 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 et recommande un accès gratuit aux autotests pour les bénéficiaires de l'AME et de la CMUc pour faciliter le recours à ces outils de prévention.

Un chapitre spécifique est consacré aux activités de dépistage du VIH, hépatites et autres IST page 50.

TABLEAU 20 : CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À LA MÉCONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE VIH PARMIS LES PATIENTS ÉTRANGERS REÇUS DANS LES CASO, 2014

	Méconnaissance statut VIH		
	%	n	OR ¹
Ensemble des patients étrangers	72,3	6 953	
Sexe			
- Homme	74,4	4 519	1
- Femme	68,7	2 427	0,9**
Âge			
- Moins de 20 ans	87,0	1 022	1
- 20-39 ans	68,3	3 679	0,3***
- 40-59 ans	70,7	1 705	0,3***
- 60 ans et plus	85,8	489	0,9 ^{ns}
Logement			
- Personnel	64,5	422	1
- Hébergé	72,1	4 108	1,4***
- Squat, campement	75,3	721	1,5***
- Sans domicile fixe	73,4	1 293	1,4**
Groupe continental			
- Union européenne (hors France)	79,1	1 041	1
- Europe (hors UE)	81,7	508	1,2 ^{ns}
- Afrique subsaharienne	63,6	2 303	0,5***
- Maghreb	81,1	2 266	1,7**
- Proche et Moyen-Orient	84,6	395	1,3**
- Asie	79,3	241	0,9 ^{ns}
- Océanie et Amériques	39,5	197	0,2***
Durée de résidence en France			
- ≤ 1an	73,4	4 943	1
- 1 an à <3 ans	70,2	805	0,9*
- ≥ 3 ans	65,0	784	0,7***

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau.
*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.

Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de méconnaître son statut VIH est multipliée par 0,9 (ou divisée par 1,11) chez les femmes par rapport aux hommes (OR=0,9 significatif p<0,001).

LE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, seuls 40 % des personnes de 15 ans ou plus et 70 % des jeunes de moins de 15 ans consultant dans les Caso sont vaccinés contre la tuberculose.

→ 17 cas de tuberculose ont été diagnostiqués sur un échantillon de 2 085 patients dans quatre programmes d'Île-de-France, soit une prévalence de 0,8 %.

La tuberculose, « maladie de la pauvreté », touche essentiellement les personnes en situation de précarité et/ou les migrants originaires de pays où la maladie existe à l'état endémique.

En 2013, le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés en France était de 4 934, soit 7,5 cas pour 100 000 habitants. La situation épidémiologique place la France comme un pays à faible incidence de tuberculose. Mais cela ne doit pas masquer de grandes disparités régionales et populationnelles. Si l'incidence nationale de la tuberculose est peu élevée, l'Île-de-France (36 % des cas déclarés en France), Mayotte et la Guyane, sont par contre les régions avec les plus forts taux de déclaration, respectivement 14,7/100 000 habitants, 13,8/100 000 habitants et 18,1/100 000 habitants. Par ailleurs, dans certains groupes de populations comme par exemple les personnes sans domicile fixe, les risques sont beaucoup plus élevés (176,7/100 000). Il en est de même pour les personnes nées à l'étranger pour lesquelles les taux de déclaration sont environ dix fois supérieurs à celui des personnes nées en France (35,6/100 000 vs 3,5/100 000). Toutefois, il convient de souligner que les taux de déclaration parmi les personnes nées à l'étranger diminuent avec l'ancienneté de l'arrivée en France (209,3/100 000 chez les personnes arrivées en France depuis moins de deux ans, versus 13,2/100 000 chez celles arrivées en France depuis dix ans ou plus). Cela justifie pleinement la mise en œuvre d'actions spécifiques auprès des migrants récemment arrivés [Aït Belghiti 2015].

Rappelons que l'obligation vaccinale contre la tuberculose a été suspendue depuis 2007 mais demeure fortement recommandée pour les enfants et adolescents considérés à risque [DGS 2015]. Entre 2000 et 2012, le taux de déclaration de tuberculose a baissé dans toutes les classes d'âge sauf chez les moins de cinq ans. L'insuffisance de la couverture vaccinale notamment hors Île-de-France et la part importante, dans cette même zone, de cas de méningites tuberculeuses de l'enfant chez des enfants éligibles à la vaccination, mais qui n'étaient pas vaccinés, doivent inciter à poursuivre la sensibilisation des médecins [Antoine 2014].

Pour rappel, **en 2014, seuls 40 % des personnes de 15 ans ou plus et 70 % des jeunes de moins de 15 ans consultant dans les Caso sont vaccinés contre la tuberculose.**

La tuberculose est donc une maladie à forte prévalence dans la population que nous recevons. Intégrer sa prise en charge dans nos actions de prévention est essentiel. À ce titre, l'amélioration du dépistage et de la collecte de données pour la tuberculose dans les programmes de MdM est demeurée un objectif majeur en 2014. Nous rapportons ici les résultats de quatre programmes d'Île-de-France¹⁶ ayant mis en place des partenariats avec des Centres de lutte antituberculeuse (CLAT).

En 2014, 2 085 patients ont été dépistés dans ces programmes par une radiographie pulmonaire. Parmi eux, 17 cas de tuberculose ont été diagnostiqués, soit un rendement de 815 pour 100 000. Cette prévalence particulièrement élevée est sans doute sous-estimée dans la mesure où, en cas de forte suspicion de tuberculose, le patient est directement orienté vers l'hôpital et les résultats ne sont pas toujours connus.

Ces données reflètent l'importance d'un partenariat actif entre les centres de dépistage de la tuberculose et les associations prenant en charge les migrants en situation précaire. Elles démontrent aussi l'importance et la nécessité de proposer systématiquement aux patients en situation précaire une radiographie pulmonaire, d'autant plus s'ils sont en France depuis moins de deux ans.

(16) Caso de Paris et de Saint-Denis, le programme auprès des personnes se prostituant à Paris et le programme auprès des personnes vivant en bidonvilles et autres habitats précaires en Seine-Saint-Denis et Val d'Oise.

LES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REPÉRÉS CHEZ LES PATIENTS DES CASO EN 2014

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, un trouble d'ordre psychologique a été repéré pour près de 12 % des patients. Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux ou dépressifs.

→ Parmi les étrangers, le fait d'être sans domicile fixe, demandeur d'asile ou encore d'avoir été victime de violences est associé à une prévalence plus élevée des troubles d'ordre psychologique.

« Madame S. est une jeune femme de 23 ans qui vient de Bosnie. Près de douze ans après la fin de la guerre, elle a tenté avec son mari de se réinstaller dans la maison familiale, située sur une zone de conflit. Quelque temps après, ils sont agressés par des individus qui assomment son mari et la violent alors qu'elle est enceinte de quatre mois. Elle fait une fausse couche. Ils s'enfuient et viennent rejoindre à Lyon une sœur qui a obtenu l'asile. De nouveau enceinte, elle est envahie par des angoisses de destruction au quatrième mois de sa grossesse. Sans papiers, mal reçue par les structures de droit commun, elle vient consulter au Caso pour demander un soutien psychothérapeutique à cette grossesse. »

[Caso de Lyon, 2013]

En 2014, **des troubles d'ordre psychologique ont été repérés pour près de 12 % des consultants**, plaçant ces troubles au cinquième rang des problèmes de santé diagnostiqués parmi les patients fréquentant les Caso.

Les syndromes anxieux, le stress, les troubles psychosomatiques sont les plus fréquemment rencontrés (7,5 % des patients), devant les syndromes dépressifs (2,6 %) et les autres troubles psychologiques (1,4 %). L'usage abusif de substances psychoactives est plus rarement mentionné (0,8 %) (tableau 21). Toutefois, ces prévalences doivent être considérées avec précautions dans la mesure où les troubles psychologiques ne constituent pas toujours les motifs de consultation des personnes et ne sont, par conséquent, pas toujours repérés par les médecins. Par ailleurs, les migrants

sont confrontés à des barrières culturelles et linguistiques pouvant rendre difficile le dialogue entre le soignant et le soigné et par conséquent le diagnostic de tels troubles.

Il y a fort à parier que ces troubles sont largement sous-évalués, d'autant qu'outre les barrières linguistiques et culturelles, les migrants font souvent preuve d'un niveau de résilience particulièrement élevé, ne laissant pas deviner la souffrance sous-jacente.

À l'heure actuelle, une quinzaine de Caso proposent des consultations avec des psychologues et/ou des psychiatres pour répondre aux besoins des patients.

TABLEAU 21 : PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REÇUS DANS LES CASO, 2014

	%	n
Diagnostic de troubles d'ordre psychologique	11,6	2 226
dont...		
- Angoisse, stress, trouble psychosomatique	7,5	1 442
- Syndrome dépressif	2,6	502
- Autre problème psychologique	1,4	268
- Usage abusif de substances psychoactives	0,8	147
- Psychose	0,6	106

Les troubles d'ordre psychologique sont rarement isolés. Ainsi, **70 % des personnes souffrant d'un trouble d'ordre psychologique présentent par ailleurs une autre pathologie**. Le plus souvent il s'agit de pathologies digestives, ostéo-articulaires ou respiratoires qui sont la plupart du temps à l'origine de la consultation. Cette fréquence plus importante des « comorbidités » se traduit par une fréquentation des Caso plus soutenue de la part de ces patients, qui comptent en moyenne 2,8 consultations par personne contre 1,7 pour les autres consultants.

Les troubles d'ordre psychologique sont plus souvent repérés parmi les patients français. Ce résultat est à nuancer compte-tenu d'un sous-diagnostic probable chez les patients étrangers. Chez ces derniers, le paramètre le plus fortement associé à la présence de troubles d'ordre psychologique demeure le fait d'avoir été exposé à des situations de violence avec une fréquence des troubles multipliée par 3,8. On peut également relever une fréquence plus élevée de ces troubles parmi les demandeurs d'asile.

Enfin, on constate que **la situation du logement est également un facteur discriminant vis-à-vis des troubles d'ordre psychologique**, avec une prévalence sensiblement majorée au fur et à mesure que les conditions de

logement se dégradent, chez les Français comme chez les étrangers. Ce résultat est confirmé par la récente enquête de l'Observatoire du Samu social qui indiquait que la prévalence des épisodes dépressifs était quatre fois plus importante chez les femmes sans logement qu'en population générale [Observatoire du Samu social 2014].

S'il existe de nombreux dispositifs de droit commun pour les personnes souffrant de trouble d'ordre psychologique, les délais de rendez-vous et la difficulté des prises en charge des patients allophones restent fortement problématiques. La question de l'interculturalité, dans le dépistage, l'identification des troubles ou le traitement des patients est rarement prise en compte et le recours à l'interprétariat 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].

Enfin, l'absence de protection sociale et les délais importants pour obtenir une couverture maladie impliquent des retards et/ou des ruptures de traitements ou de prise en charge parfois très longs, d'où l'importance de faciliter l'accès aux droits pour les populations en situation de précarité.

Il convient de développer pour les populations en situation précaire des lieux spécifiques, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie pour une meilleure prise en charge.

Pour cela, les différents dispositifs existants (Pass, équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP), centre médico psychologique (CMP), etc.) doivent être renforcés et leur offre de soin doit être adaptée aux populations précaires et migrantes, avec notamment un recours facilité à l'interprétariat professionnel. De nouveaux lieux sont également à développer, comme par exemple des consultations transculturelles, les lits d'accueil médicalisé (LAM) et lits halte soins santé (LHSS).

TABLEAU 22 : CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES RESSORTISSANTS ÉTRANGERS, 2014

	Étrangers		
	%	n	OR
Ensemble des patients	10,9	1 926	
Sexe			
- Homme	11,1	1 161	1
- Femme	10,7	760	1,1 ^{ns}
Âge			
- Moins de 20 ans	6,1	190	1
- 20-39 ans	13,1	1 101	1,7 [*]
- 40-59 ans	11,4	483	1,4 ^{ns}
- 60 ans et plus	6,9	77	1,1 ^{ns}
Logement			
- Personnel	7,5	82	1
- Hébergé	9,9	917	1,2 ^{ns}
- Squat, campement	8,3	174	1,1 ^{ns}
- Sans domicile fixe	16,2	537	2,1 ^{***}
Durée de résidence en France			
- ≤ 1 an	10,8	1 221	1
- 1 an à < 3 ans	11,1	225	1,6 ^{ns}
- ≥ 3 ans	12,5	275	1,4 ^{***}
Situation administrative			
- Situation régulière	11,8	502	1
- Situation irrégulière	11,7	976	1,1 ^{ns}
Demandeur d'asile			
- Non	11,1	1 645	1
- Oui	16,7	213	1,7 ^{***}
A été victime de violences			
- Non	10,0	1 712	1
- Oui	36,8	214	3,8 ^{***}

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.
Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de présenter des troubles mentaux est multipliée par 3,8 parmi les étrangers ayant été victimes de violence par rapport à l'ensemble des autres patients étrangers (OR=3,8 significatif, p<0.001).

LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS ACCUEILLIS DANS LES CASO EN 2014

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, 3 703 consultations dentaires ont été dispensées à 1 644 patients différents.

→ L'état de santé bucco-dentaire des personnes ayant consulté un dentiste au Caso est particulièrement dégradé. Les nombres moyens de dents cariées et absentes sont respectivement de 3,0 et 4,3 ; bien supérieurs à ceux retrouvés en population générale française.

Dans la plupart des cas, les personnes rencontrées dans les Caso et souffrant de problèmes d'ordre bucco-dentaire sont référées vers les urgences hospitalières ou les Pass dentaires, lorsqu'elles existent. Seuls les Caso de Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nice, Rouen et Strasbourg proposent des consultations dentaires. À Nancy, des consultations sont délivrées dans les locaux de la faculté d'odontologie, hors du Caso. Certains Caso mettent en place des partenariats avec des associations proposant des soins dentaires.

En 2014, 3 703 consultations dentaires ont été dispensées à 1 644 patients différents (dont 1 456 personnes de 15 ans et plus), soit en moyenne 2,2 consultations dentaires par personne (*tableau 23*). L'activité dentaire (en nombre de consultations) est stable par rapport à 2013.

Les consultations dentaires sont l'occasion de réaliser un bilan de l'état bucco-dentaire des patients et notamment le bilan des dents cariées, absentes et obturées pour le calcul des indices CA et CAO¹⁷. En 2014, ces indices ont été calculés pour près du tiers des patients reçus en consultation dentaire. Les indices CAO et CA s'élèvent respectivement à 8,4 et 7,0 (*tableau 23*). Le nombre moyen de dents cariées est de 3, le nombre moyen de dents absentes de 4,3. Ces indices sont bien supérieurs à ceux retrouvés en population générale française [*HAS 2010*]. Force est de constater que le nombre de dents absentes augmente sensiblement avec l'âge. Il est égale-

ment deux fois plus important parmi les ressortissants étrangers. Par ailleurs, la dégradation des conditions de logement est également associée de manière significative à une augmentation du nombre moyen de dents absentes.

Enfin, l'existence de droits effectifs à la couverture maladie est associée de manière significative avec une augmentation de nombre moyen de dents obturées. Ce résultat met en évidence le rôle de la couverture maladie dans le recours aux soins dentaires.

« Je ne suis jamais allé chez un médecin depuis que je suis arrivé en France en 2012. (...) Je préfère aller directement à la pharmacie. Au moins, si t'as un peu d'argent, on ne te demande pas de papiers. Pour la dent, je suis allé voir la pharmacienne, elle est vraiment gentille, elle m'a dit : "Là, le doliprane ne va pas marcher ! Vous avez vu la taille de votre joue ?". Après, elle m'a demandé pourquoi je n'allais pas chez le dentiste et je lui ai chuchoté près de son oreille "Parce que je n'ai pas de papiers, il ne va pas vouloir !". Alors, elle m'a dit de venir ici... D'abord, j'avais peur parce que j'ai très peur du dentiste, ensuite j'avais peur d'être mal reçu... Mais ça va ! Ici, on m'a dit bienvenu quand j'ai dit que je n'avais pas de papier et on m'a rassuré. »

[Caso de Marseille, 2014]

Ce sont ainsi dans les catégories les plus fragilisées que l'on retrouve un état de santé dentaire le plus déficient. Ces différences sociales, retrouvées par ailleurs dans des études scientifiques [*Azoguy-Levy 2012*], peuvent s'expliquer 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. Selon Allonier et al., plus de la moitié des renoncements aux soins (essentiellement faute d'argent et de temps) concernent les soins bucco-dentaires [*Allonier 2008*]. Face à des remboursements très partiels voire inexistantes et 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 secteurs budgétaires (alimentation, logement...). « Les soins de prévention sont les premiers à être affectés par cette compétition » [*Rilliard 2012*]. Le recours aux soins dentaires devient alors motivé par le symptôme ou la douleur et devient dans la plupart des cas urgent.

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 générale physique et psychologique des personnes [*Teissier 2012*].

Ces résultats mettent en évidence un besoin élevé en soins et en actions de prévention dans la population précaire. Il est ainsi indispensable que la prévention des pathologies bucco-dentaires soit intégrée dans une approche de prévention et d'accès aux droits et aux soins globale. Pour cela, le dispositif des Pass dentaires, entre autres, doit être renforcé.

TABLEAU 23 : INDICE CAO DES PATIENTS DE 15 ANS OU PLUS EXAMINÉS DANS LES CASO SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES CONSULTANTS, 2014

	Nombre moyen de dents cariées	Nombre moyen de dents absentes	Nombre moyen de dents obturées	Indice CA	Indice CAO
Ensemble des patients	3,0	4,3	1,7	7,0	8,4
Nationalité					
- Français	3,4 ^{ns}	2,0*	2,4 ^{ns}	5,4 ^{ns}	7,7 ^{ns}
- Étrangers	3,0	4,4	1,7	7,0	8,4
Âge					
- 15-20 ans	2,8 ^{ns}	1,4 ^{***}	1,0 ^{ns}	3,9 ^{***}	4,8 ^{***}
- 20-39 ans	3,2	3,0	1,5	6,0	7,3
- 40-59 ans	2,8	6,9	2,3	9,5	11,5
- 60 ans et plus	2,1	9,5	2,3	10,1	12,0
Logement					
- Personnel	2,5 ^{ns}	3,8*	2,3*	6,0 ^{ns}	8,4 ^{ns}
- Hébergé	3,2	3,8	1,4	6,6	7,7
- Squat/campement	2,8	4,3	2,3	7,5	9,3
- Sans domicile fixe	3,0	5,9	1,9	7,7	9,3
Couverture maladie					
- Droits non ouverts	2,9 ^{ns}	4,1 ^{ns}	1,7 ^{**}	6,7 ^{ns}	8,1 ^{ns}
- Droits ouverts	2,9	5,9	2,4	6,7	8,9

Taux réponse: 35 %.

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

(17) L'indice CAO est un 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), nombre de dents Absentes (A), nombre d'Obturations, de dents 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.

4. L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

LES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2014

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, 80 % des patients remplissent les conditions pour accéder à une couverture maladie (principalement l'AME), mais seuls 15 % d'entre eux ont des droits effectifs lorsqu'ils se présentent pour la première fois au Caso.

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

En 2014, plus de huit patients sur dix reçus dans les Caso relèvent, au regard de leur situation administrative, d'un dispositif de couverture maladie : 50 % relèvent de l'AME, 26 % de l'assurance maladie et 5 % environ d'un système de protection sociale d'un autre pays européen (tableau 24).

Près d'une personne sur cinq reste toutefois exclue de tout dispositif de couverture maladie, dans la plupart des cas en raison du critère de résidence de plus de trois mois imposé depuis 2004 pour pouvoir bénéficier de l'AME. Avant cette mesure, la part des personnes fréquentant les Caso et privées de couverture maladie était inférieure à 10 %. Ces personnes, ne pouvant prétendre à l'AME, ne peuvent bénéficier que du dispositif Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) qui vise à compenser partiellement l'exclusion des étrangers nouvellement arrivés en France du dispositif de l'AME. Il 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 [...] » et qui sont laissés à l'appréciation des médecins.

TABLEAU 24 : DROITS THÉORIQUES À LA COUVERTURE MALADIE DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2014

	%	n
Assurance maladie	25,7	6 192
AME	49,8	12 006
Droits dans un autre pays européen	4,6	1 126
Aucun droit à une couverture maladie	19,9	4 797

Taux de réponse : 84,6 %.

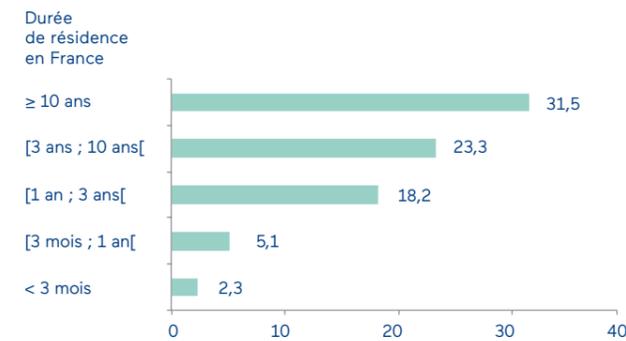
Même si plus de huit consultants sur dix peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie, seuls 14,8 % d'entre eux disposent de droits ouverts lorsqu'ils se présentent pour la première fois dans les Caso (tableau 25).

On observe cette année une légère augmentation de la proportion de personnes disposant de droits effectivement ouverts (15 % vs 12 % en 2013) après deux années de baisse. Cette faible proportion s'explique en grande partie par le fait qu'une majorité des personnes, récemment arrivées sur le territoire français, n'est pas informée des droits et des dispositifs existants en matière de couverture maladie. Toutefois, force est de constater que les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée, dans la mesure où, parmi les étrangers résidant en France depuis plus de dix ans, plus de deux tiers n'ont toujours aucune couverture maladie lorsqu'ils se présentent au Caso (figure 6).

Les difficultés d'accès aux droits sont également variables selon le dispositif dont relèvent les personnes. Ainsi, les patients relevant d'une couverture maladie de base sont environ 43 % à disposer de droits ouverts alors que parmi les bénéficiaires potentiels de la CMUc et de l'AME ils ne sont respectivement que 19 % et 10 %.

En isolant les étrangers en situation irrégulière dans un dispositif juridique à part, on les expose à des attaques injustes (un budget propre sans cesse remis en cause, des conditions spécifiques d'attribution, l'absence de carte vitale, l'accusation de tourisme médical) et ils font face à une forte stigmatisation et subissent des inégalités d'accès aux soins.

FIGURE 6 : PART DES ÉTRANGERS REÇUS DANS LES CASO AYANT DES DROITS OUVERTS¹ SELON LA DURÉE DE RÉSIDENCE EN FRANCE, 2014 (%)



(1) Parmi les patients ayant des droits théoriques

TABLEAU 25 : CROISEMENT ENTRE LES DROITS THÉORIQUES ET LES DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2014 (% EN LIGNE)

	Droits ouverts ¹		Droits non ouverts	
	%	n	%	n
Patients relevant de l'Assurance maladie de base	43,3	432	59,8	536
Patients relevant de la CMUc	19,4	885	80,6	3 675
Patients relevant de l'AME	10,2	1 105	89,8	9 734
Patients ayant droit à une couverture maladie	14,8	2 421	85,2	13 975

Taux de réponse droits effectif : 76,9 %.

(1) Les patients disposant de droits dans un autre pays européen sont exclus de l'analyse.

Ces résultats mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de grande précarité pour faire valoir leurs droits. Difficultés qui augmentent les risques de non-recours aux droits : « La complexité d'accès à ces dispositifs et/ou du maintien de l'ouverture des droits se traduit par un phénomène croissant de "non-recours aux droits", autrement dit de renoncement pur et simple au bénéfice des dispositifs concernés. » [DDD 2014]

MdM milite, aux côtés de nombreuses associations et depuis de nombreuses années, pour une simplification de l'accès aux droits et regrette que le projet de loi de santé 2015 ne prévoit aucune mesure allant dans ce sens alors que de nombreux rapports et acteurs institutionnels attestent que la complexité du système est un frein majeur à l'accès aux soins [DDD 2014, CNLE 2011, Archimbaud 2013].

Dans le débat public, MdM déplore que l'AME demeure un sujet de tension opposant les personnes sans titre de séjour et les assurés sociaux. La fusion de l'AME dans la CMU 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.

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2014

LES POINTS ESSENTIELS

- Les difficultés administratives (33 %), la méconnaissance des droits et des structures (28 %) et la barrière linguistique (19 %) sont les principaux obstacles à l'accès aux soins mentionnés par les patients.
- 17% des personnes évoquent l'impossibilité d'obtenir des droits en raison des différents critères exigés, et en particulier l'obligation de fournir des preuves de présence en France depuis au moins trois mois.
- Parmi les patients de 16 ans ou plus, près d'un sur quatre nécessite une domiciliation administrative pour accéder aux droits.
- Le tiers des étrangers sans titre de séjour déclare limiter ses déplacements par peur d'être arrêté ou interpellé.

LA COMPLEXITÉ DES DÉMARCHES, RENFORCÉE PAR DES DYSFONCTIONNEMENTS ET DES PRATIQUES ABUSIVES : 1^{ER} OBSTACLE À L'ACCÈS AUX SOINS

Les obstacles mentionnés par les patients dans l'accès aux soins sont avant tout liés aux difficultés administratives et à la complexité des démarches (33 %), ainsi qu'à la méconnaissance des droits et des dispositifs auxquels ils peuvent prétendre (28 % des patients) (tableau 26). On constate que 17 % des personnes évoquent l'impossibilité de recourir aux soins ou d'obtenir des droits en raison des différents critères exigés, et en particulier l'obligation de fournir des preuves de présence en France depuis au moins trois mois (soit qu'ils ne disposent pas de telles preuves, soit qu'ils résident en France depuis moins longtemps). À ces obstacles s'ajoutent les délais d'instruction particulièrement longs, cités par 7 % des personnes.

« Monsieur D., vit dans un bidonville éloigné du centre-ville de Nantes. Il est âgé et très isolé. Il ne dispose d'aucunes ressources et survit dans le plus grand dénuement. De plus, il ne sait ni lire, ni écrire le français. Son état de santé est

fragile. Je l'accompagne dans ses démarches pour l'obtention de l'AME. N'ayant pas d'adresse, nous nous rendons auprès d'une association qui accepte de le domicilier. Nous complétons sa demande d'AME et la déposons à la CPAM fin 2013. En février 2014, sans nouvelles de sa demande, nous nous rendons à la CPAM qui nous apprend que sa demande a été acceptée, mais Monsieur D n'étant pas venu retirer son titre, celui-ci a été détruit.

En mars, il dépose une nouvelle demande, qui cette fois est refusée, car l'adresse fournie n'est plus acceptée par la CPAM...

Entre temps, Monsieur D a été expulsé de son lieu de vie. Nous nous rendons donc au CCAS de la ville dans laquelle il vit pour demander une domiciliation. Il l'obtiendra en juillet. Au terme de tous ces échanges, Monsieur D finira par obtenir l'AME en novembre 2014. Son état de santé s'est dégradé. »

[Caso de Nantes, 2014]

TABLEAU 26 : PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS CITÉS PAR LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2014

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Difficultés administratives	32,8	5 875
Méconnaissance des droits et des structures	27,9	5 002
Barrière linguistique	19,3	3 466
Aucun droit possible	17,2	3 091
Difficultés financières	14,2	2 544
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	6,1	1 090
Droits ouverts dans un autre pays européen	2,6	464
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	1,9	332
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	1,1	197
Autre raison exprimée (refus officine, Pass non fonctionnelle...)	4,6	821

Taux de réponse : 62,9 %.

Au-delà des obstacles cités par les patients, les associations constatent au quotidien un désengagement des services publics, une ignorance du droit et des procédures par le secteur institutionnel et de nombreuses pratiques abusives des administrations, sous prétexte de lutter contre les abus ou les fraudes. Cette complexité des démarches a été soulignée dans différents rapports institutionnels. Ainsi, selon le Défenseur des droits, « le bénéfice [des droits à une couverture maladie] est conditionné à l'accomplissement d'un par-

cours administratif qui se caractérise par sa complexité pour l'usager comme pour les personnes chargées de sa gestion. » [DDD 2014] Cette complexité constitue un frein majeur dans l'ouverture des droits, elle augmente les délais de traitement des dossiers et les risques de renoncements aux droits des potentiels bénéficiaires, ce qui signifie également des risques de retard ou de renoncement aux soins.

À titre d'exemple, l'une des conditions indispensables pour pouvoir accéder aux droits sociaux est de disposer d'une adresse postale (adresse personnelle ou d'un tiers) afin de recevoir tout courrier relatif au dossier de demande de CMU ou d'AME. Les personnes ne pouvant justifier d'une adresse postale doivent se tourner vers un Centre communal d'action social (CCAS) ou une association agréée pour obtenir une domiciliation administrative. En 2014, près de la moitié des patients âgés de 16 ans et plus se présentant dans les Caso ont une adresse postale et 27 % disposent d'une domiciliation administrative. Pour ces derniers, dans plus de huit cas sur dix celle-ci a été obtenue auprès d'une association agréée, mettant en évidence la sollicitation toujours plus importante des associations (tableau 27).

Un quart des personnes a besoin d'une domiciliation administrative, parmi elles plus d'un tiers est hébergé par de la famille ou des proches. Il est probable que ces personnes se soient vu refuser leur adresse déclarative ou n'aient pas souhaité communiquer les coordonnées des personnes les hébergeant. Ces pratiques, en plus d'être abusives, augmentent le nombre de personnes en demande de domiciliation alors que les organismes domiciliaires sont déjà saturés (cf. encart).

Depuis de nombreuses années, MdM demande la simplification des procédures de domiciliation, que soit effectivement appliqué par les caisses de sécurité sociale le principe de l'adresse déclarative et que soit améliorée la coordination par le préfet de l'offre de domiciliation

TABLEAU 27 : SITUATION DES PATIENTS DE PLUS DE 16 ANS REÇUS DANS LES CASO VIS-À-VIS DE LA DOMICILIATION, 2014

	%	n
Pas besoin de domiciliation (adresse personnelle ou chez des proches)	49,4	9 121
Domiciliation		
- réalisée par un CCAS	4,5	822
- réalisée par une association	22,7	4 185
Besoin d'une domiciliation	23,5	4 328

Taux de réponse : 77 %.

LE PRINCIPE DE L'ADRESSE DÉCLARATIVE

Pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie sur critère de résidence ou à l'AME, il n'est pas nécessaire de fournir un justificatif de domicile ; une déclaration d'adresse doit suffire¹⁸. Toutefois, de nombreuses Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) exigent des justificatifs de domicile ou une domiciliation, alors même que le demandeur est en mesure de déclarer une adresse. Cette contrainte est repérée par les équipes de MdM comme l'un des tous premiers freins à l'accès aux soins. MdM milite depuis de nombreuses années pour obtenir le respect du principe déclaratif de l'adresse par les CPAM¹⁹.

Les organismes domiciliaires sont aujourd'hui saturés et certains appliquent des critères restrictifs excluant un grand nombre de l'accès à leurs droits. Le préfet, garant de la bonne couverture territoriale de l'offre de domiciliation sur son département, ne joue pas son rôle. MdM milite depuis de nombreuses années pour obtenir la simplification du droit à la domiciliation. À ce titre, un collectif interassociatif, dont MdM est membre, a été en mesure de porter des propositions auprès de la Direction de la sécurité sociale (DDS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour l'amélioration de la domiciliation des demandeurs d'AME. Les engagements exprimés lors de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour les exclusions se sont concrétisés au sein du projet de loi Alur prévoyant une unification souhaitée et nécessaire des différents régimes de la domiciliation. Si la loi Alur du 24 mars 2014 aligne la domiciliation AME sur la domiciliation de droit commun, elle exclut de cette simplification la domiciliation pour l'admission au séjour des demandeurs d'asile qui reste spécifique. Cette simplification *a minima* laisse aussi perdurer un dispositif qui discrimine les étrangers en situation irrégulière ressortissant d'États tiers qui n'auraient accès à la domiciliation que pour l'exercice de certains droits, dont l'AME. **Parce qu'il est la première étape pour accéder à ses droits, le droit à la domiciliation doit être garanti à toute personne. MdM est associé aux travaux en cours quant à l'élaboration des décrets d'application de la loi ALUR, veillant à la défense du droit à la domiciliation.**

(18) Articles 2 et 6 du décret du 26 décembre 2000 portant simplification de formalités administratives et suppression de la fiche d'état civil modifié par le décret du 23 décembre 2004 ; article 4 du décret du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État.

(19) La circulaire du 25 février 2008 a d'ailleurs rappelé que la domiciliation n'a pas vocation à concerner des personnes qui ont la possibilité de recevoir du courrier à une adresse stable.

LA BARRIÈRE DE LA LANGUE : UN OBSTACLE POUR 20 % DES PERSONNES ACCUEILLIES DANS LES CASO

Près de deux personnes sur dix citent la barrière linguistique comme principal obstacle au recours aux soins. Ce résultat souligne, une fois encore, les besoins en matière d'interprète professionnel dans les administrations et les structures sociosanitaires ainsi que pour la médecine de premier recours afin de permettre une orientation vers le droit commun et le désengorgement des Pass. 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.

Ces constats conduisent à suggérer « le développement d'un système plus accompagnant » avec un recours facilité aux médiateurs et aux interprètes. La présence d'un médiateur, tierce personne qui simplifie les premiers contacts entre patient et institution de santé, constitue un moyen efficace d'améliorer l'accès aux services de santé. Ainsi, les patients bénéficient d'une meilleure connaissance des parcours de santé.

De son côté, MdM s'est également engagé en ce sens en signant fin 2012 la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France²⁰, et continue de s'investir pour que de plus en plus de patients puissent bénéficier de consultations avec l'appui d'interprète professionnel lorsque c'est possible.

DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES ÉVOQUÉES PAR UN PATIENT SUR DIX

Enfin, plus d'un patient sur dix évoquent des difficultés financières dans l'accès aux soins. Il convient de noter que les difficultés financières sont en augmentation d'année en année (6 % en 2012, 11 % en 2013 et 14 % en 2014). Ces difficultés concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais, de souscrire à une complémentaire santé... En effet, 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'ACS.

L'avance de frais constitue également un facteur majeur de non-recours aux soins et donc de retard de soins. La généralisation du tiers payant, proposée dans le projet de loi de santé 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.

Par ailleurs, la généralisation progressive du tiers payant va permettre de lutter contre la stigmatisation des titulaires de la CMU et de l'AME. Il permettra ainsi 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 CMUc au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

À ces différents obstacles s'ajoute, pour les étrangers sans titre de séjour, la peur d'être arrêtés ou interpellés alors qu'ils sont en situation irrégulière. Ainsi, près du tiers (30,2 %) d'entre eux indiquent limiter leurs activités et leurs déplacements de peur d'être interpellés. Cette attitude peut également générer des retards ou des renoncements de recours aux soins.

« Au mois de janvier, Mme Z., prend le bus. Elle n'a pas d'argent et ne règle pas son titre de transport. Malheureusement elle est contrôlée et doit descendre du bus. Les agents de contrôle lui demandent des papiers d'identité afin de la verbaliser. Or Mme Z. a été déboutée du droit d'asile et, comme souvent, n'a jamais pu récupérer son passeport. Elle présente donc le seul document en sa possession : sa carte d'AME. Comme elle n'a pas d'argent sur elle pour régler l'amende, l'agent refuse de lui restituer sa carte d'AME. Mme Z. vient alors demander de l'aide au Caso. Après cet incident, un courrier est envoyé à la Régie des transports en commun. Finalement, après plus d'un mois d'attente Mme Z. pourra récupérer sa carte. »

[Caso de Nice, 2014]

LE RETARD ET LE RENONCEMENT AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO EN 2014

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, un retard de recours aux soins a été constaté pour 40 % des patients.

→ 26 % des patients nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente.

→ 17 % des patients ont renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

→ Le retard et le renoncement aux soins sont plus fréquents en l'absence de couverture maladie et associés à certains indicateurs de précarité (difficultés de logement, absence de titre de séjour).

En 2014, 17 % des personnes reçues dans les Caso indiquent avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Au sein des populations en situation de grande précarité et/ou d'exclusion, le renoncement aux soins concerne plus fréquemment des soins de premier recours, alors qu'en population générale ils concernent davantage les soins de spécialistes [Boisguérin 2008]. Dans cette population, le renoncement aux soins est avant tout motivé par l'absence de couverture maladie, les difficultés financières ou lié au fait que les personnes ont d'autres priorités telles que la recherche d'un logement ou d'un repas. En effet, il est reconnu que pour les personnes en situation précaire, les questions de santé peuvent passer au second plan des préoccupations. « Cette relégation a pour corollaire la fréquence des attitudes de prises de risques, le rapport particulier des personnes précaires au système de soins, un recours tardif aux soins. » [Masullo 2006]

À ce titre, plus de 40 % des personnes reçues en consultation médicale dans les Caso présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins et 26 % se trouvaient dans un état de santé nécessitant des soins urgents ou assez urgents (tableau 28). Dans la plupart des cas, ces personnes ne disposaient d'aucune couverture maladie lors de leur première visite dans les Caso. Ainsi, 90 % des patients accusant un retard de prise en charge n'avaient pas de couverture sociale, tout comme 88 % des personnes nécessitant des soins urgents ou assez urgents.

« Monsieur J., demandeur d'asile, a interrompu son traitement du diabète car il n'arrivait pas à obtenir le renouvellement de sa CMU alors qu'il en avait fait la demande deux mois avant la fin de validité des droits. Après un malaise, il est venu au Caso où nous avons pu prendre en charge sa pathologie en attendant que son dossier soit traité... »

[Caso de Nice, 2014]

« La jeune A. a 9 ans. Elle est scolarisée mais a du mal à suivre. Elle se plaint souvent de ses yeux. Sa mère l'emmène à l'hôpital, où on lui diagnostique une myopie sévère pour les deux yeux. Toute la famille est bénéficiaire de l'AME mais cela ne couvre pas les frais de lunettes. Chez les opticiens le devis le moins cher est à 338 €, une fortune pour cette famille qui vit dans un squat. A. reste sans lunettes pendant de longues semaines, jusqu'à ce que l'assistante scolaire contacte MdM pour savoir quelle solution peut être envisagée. L'équipe du Caso reçoit alors la jeune A. qui choisit, grâce à un partenariat avec un opticien, de belles montures roses. »

[Caso de Grenoble, 2013]

TABLEAU 28 : RETARD DE RECOURS AUX SOINS, RENONCEMENT AUX SOINS ET SOINS URGENTS OU ASSEZ URGENTS DES PATIENTS AYANT EU UNE CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2014

	%	n
Retard de recours aux soins	40,2	4 125
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	17,4	2 255
Soins urgents ou assez urgents	26,2	3 014

Taux de réponse : Retard aux soins : 49,1 % ; Renoncement aux soins : 62,0 % ; Soins urgents ou assez urgents : 55,1 %.

Les personnes qui recourent tardivement aux soins ou qui renoncent aux soins sont plus souvent des patients affectés d'une pathologie chronique nécessitant une prise en charge dans la durée.

Enfin, si on constate que la fréquence du recours tardif aux soins ne varie pas de façon significative selon le sexe, la nationalité ou la durée de séjour, force est de constater qu'elle augmente de façon très nette au-delà de 20 ans et qu'elle est significativement majorée en l'absence de couverture maladie (tableau 29).

Comme pour le recours tardif aux soins, le renoncement aux soins est fortement associé à l'âge des patients ainsi qu'à l'absence de couverture maladie. Par ailleurs, on constate qu'il est majoré parmi les personnes en difficulté de logement, ainsi que chez les personnes en situation administrative précaire.

Le facteur décisif de l'accès aux soins est donc bien l'existence d'une assurance maladie et son degré de couverture. En France, malgré la multiplication des dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins de l'ensemble des populations, le renoncement aux soins reste fréquent. Si la loi de 1998 portant création de la CMU²¹ a constitué un réel progrès, notre système de protection sociale reste encore bien éloigné de ce qui était proposé lors de

la création de la Sécurité sociale, « où toute personne résidant sur le territoire bénéficiait des mêmes droits à la couverture sociale ». 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, et ce quelle que soit leur situation administrative.

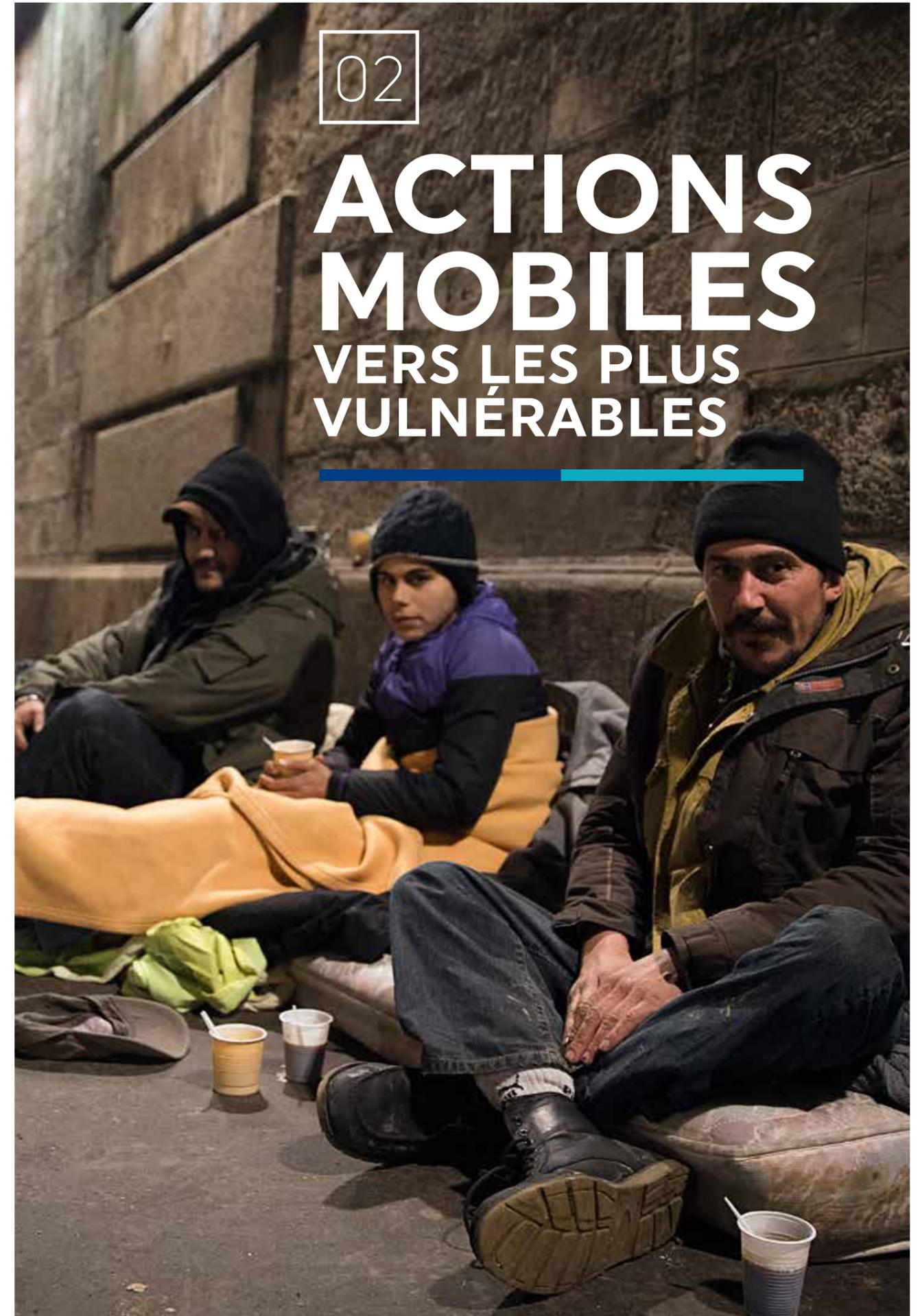
TABLEAU 29 : CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU RETARD DE RECOURS AUX SOINS ET AU RENONCEMENT AUX SOINS DES PATIENTS AYANT EU UNE CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2014

	Retard de recours aux soins			Renoncement aux soins		
	%	n	OR ¹	%	n	OR ¹
Ensemble des patients	40,2	4 125		17,4	2 255	
Sexe						
- Homme	40,9	2 617	1	17,5	1 388	1
- Femme	39,0	1 498	0,9 ^{ns}	17,2	861	1,1 ^{ns}
Âge						
- Moins de 20 ans	29,9	520	1	13,2	242	1
- 20-39 ans	40,3	2 014	1,6 ^{***}	17,7	1 199	1,1 ^{ns}
- 40-59 ans	44,1	1 131	1,8 ^{***}	18,7	638	1,2 ^{ns}
- 60 ans et plus	52,2	330	2,7 ^{***}	18,1	153	1,4 [*]
Nationalité et durée de séjour						
- Français	47,9	258	1	23,0	157	1
- Étrangers < 1 an	40,5	2 537	0,9 ^{ns}	15,8	1 342	0,5 ^{***}
- Étrangers 1 an à < 3 ans	42,0	458	1,0 ^{ns}	19,4	309	0,7 [*]
- Étrangers ≥ 3 ans	43,1	524	0,9 ^{ns}	22,0	398	0,9 ^{ns}
Logement						
- Personnel	40,5	314	1	15,0	157	1
- Hébergé	41,1	2 247	1,0 ^{ns}	17,6	1 358	1,4 ^{**}
- Squat, campement	37,4	409	1,0 ^{ns}	16,0	249	1,4 [*]
- Sans domicile fixe	43,4	799	1,1 ^{ns}	18,9	452	1,8 ^{***}
Situation administrative						
- Situation régulière et Français	39,0	1 654	1	14,3	751	1
- Situation irrégulière	42,3	2 049	1,1 ^{ns}	19,4	1 373	1,4 ^{***}
Droits à la couverture maladie						
- Ouverts	38,4	201	1	14,1	132	1
- Non ouverts	41,3	3 394	1,3 [*]	17,8	2 061	1,0 ^{ns}
Soins urgents ou assez urgents						
- Non	33,0	2 272	1	18,5	1 046	1
- Oui	60,9	1 467	3,1 ^{***}	17,8	374	0,9 ^{ns}

(1) Odds ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau. *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.
Lecture du tableau : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de présenter un retard de recours aux soins est multipliée par 2,7 parmi les personnes de plus de 60 ans par rapport aux personnes disposant de moins de 20 ans (OR=2,7 ; significatif p<0,001)

02

ACTIONS MOBILES VERS LES PLUS VULNÉRABLES



1. LA PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES ET DES IST AUPRÈS DES POPULATIONS PRÉCAIRES

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, 27 633 personnes ont été concernées par les actions de prévention VIH, hépatites et autres IST menées dans le cadre du programme de prévention de MdM.

→ Plus de 1 955 personnes ont été dépistées pour le VIH et les hépatites dans 7 programmes. La prévalence du VIH atteint 2,3 %, celle de l'hépatite B (Ag Hbs+) 8,7 %, celle du VHC 4,0 %, soit respectivement 10, 13 et 5 fois plus que la moyenne en population générale.

→ La prévalence de la syphilis est particulièrement élevée parmi les patients rencontrés (2,2 %).

En France, les populations précaires sont particulièrement vulnérables face à des pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites mais aussi la tuberculose. Elles sont, pour la plupart, en grandes difficultés d'accès à la prévention.

Le dispositif de dépistage du VIH et des hépatites en France montre ses limites : en effet, bien que l'activité de dépistage du VIH soit particulièrement importante (5,2 millions de sérologies par an [Cazein 2014]), on estime qu'environ 28 800 personnes sont aujourd'hui porteuses du virus du sida sans le savoir, sur les 150 000 vivant avec le VIH [Min. des Affaires sociales et de la santé 2014a]. Ce sont également 500 000 personnes qui sont porteuses du VHB ou du VHC. Plus de la moitié (55 %) des personnes porteuses du VHB et 40 % des personnes vivant avec le VHC ne le savent pas [InVS 2007, Brouard 2015].

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH (soit 6 200 personnes en 2013), 46 % sont de nationalité étrangère, dont les deux tiers d'Afrique subsaharienne. La ma-

ajorité (60 %) des femmes séropositives sont nées en Afrique subsaharienne. Les données sur le VIH concernant la population migrante montrent cependant des résultats encourageants : le nombre et la proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité a diminué entre 2003 et 2013, passant de 58 % à 46 % [Cazein 2015]. Mais le diagnostic reste souvent beaucoup trop tardif : dans l'enquête ANRS-Vespa2, les migrants d'Afrique subsaharienne présentaient un diagnostic à un stade tardif (sida ou CD4<200) dans 42 % des cas chez les hommes et 34 % chez les femmes [Lert 2013].

Par ailleurs, l'enquête de 2004 sur la prévalence des hépatites B et C met en évidence l'influence de la précarité sociale sur ces pathologies [InVS 2007] : les prévalences du portage de l'AgHBs et des anticorps anti-VHC sont respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les bénéficiaires de la CMUc par rapport aux non-bénéficiaires. La prévalence des Ac anti-VHC est à 1,7 % chez les migrants nés en zone de moyenne endémicité (Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Asie, Pacifique et sous-continent indien) et à 10,2 % chez ceux nés au Moyen-Orient, zone de forte endémicité. Pour l'hépatite B, la prévalence du portage chronique de l'AgHBs est à 4,0 % chez les migrants nés en zone de forte endémicité comme l'Afrique subsaharienne ou l'Asie.

Toutes ces données doivent inciter à accentuer les actions de prévention et notamment l'encouragement au dépistage auprès des populations précaires.

UNE PRÉVALENCE ÉLEVÉE DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C PARMIS LES PATIENTS DÉPISTÉS DANS LES PROGRAMMES DE MDM

En 2014, 20 équipes²² de MdM ont participé à la mise en œuvre d'un programme national de prévention du VIH, des hépatites et autres IST²³ permettant de toucher 27 633 personnes à travers des actions de prévention individuelles ou collectives.

UNE NÉCESSAIRE POURSUITE DES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE À L'AIDE DES TROD DU VIH ET DES HÉPATITES

Outils complémentaires aux tests de dépistage du VIH et des hépatites existants, de réalisation simple, les Trod permettent de fournir un résultat en moins d'une demi-heure. Ils permettent une prise en charge moins tardive, et de ce fait limitent les risques d'évolution grave de la maladie. Pour les équipes de MdM, le Trod n'a pas pour vocation de remplacer les tests classiques en CDAG ou en laboratoire, mais plutôt d'offrir **une nouvelle opportunité de dépistage et d'en faciliter l'accès aux personnes qui sont en dehors du système classique de dépistage, de soins et d'information.** L'ignorance des systèmes de soins et de droits, la barrière de la langue, le contexte de répression policière à l'encontre des migrants en situation administrative précaire et des personnes se prostituant, le fait de vivre à la rue sont autant de facteurs qui renforcent les difficultés d'accès au dépistage et augmentent les prises de risques.

L'usage des Trod sur les programmes de MdM a démarré en 2010 en Guyane, face à un contexte d'urgence sanitaire dans ce département français le plus touché par le VIH, en dépit de l'autorisation légale de les utiliser. Depuis, ce sont 9 programmes²⁴ qui proposent des Trod VIH aux patients. Au total, depuis 2010, 2 462 Trod ont été réalisés, mettant en évidence une prévalence du VIH de 1,4 %. Même si l'on constate une montée en charge de l'activité et malgré un taux d'acceptabilité par les patients de 93 % à 98 % selon les programmes [Darius

Grâce à des partenariats avec des CDAG/Ciddist²⁴ et laboratoires, plus de 1 950 sérologies pour le VIH et les hépatites ont été réalisées auprès de patients de 7 programmes²⁵ (tableau 30). Dans cette population, **la prévalence du VIH est de 2,3 % soit 10 fois supérieure à la prévalence en population générale [Cazein 2014]. Les prévalences des hépatites B (Ag Hbs+) et C sont respectivement de 8,7 % et 4 %, soit 13 et 5 fois plus que la moyenne en population générale [InVS 2007].** Ces résultats doivent bien sûr être interprétés à la lumière des données épidémiologiques décrites précédemment.

Ces données viennent conforter les recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH [Min. des Affaires sociales et de la santé 2014a] qui maintient sa recommandation de dépistage ciblé et régulier, en particulier auprès des populations dites spécifiques (populations en situation de précarité, populations des départements français d'Amérique, usagers de drogues par voie intraveineuse, personnes originaires d'une zone de haute prévalence, personnes proposant des services sexuels tarifés...). Ce même rapport préconise par ailleurs le

2012, Pousset 2011], le nombre de Trod proposés reste encore faible. Cela traduit la difficulté pour les équipes à pouvoir intégrer cette activité de dépistage dans le cadre d'une activité « courante » déjà surchargée.

Devançant encore une fois l'autorisation légale d'utiliser les Trod VHC, et compte tenu de l'urgence de santé publique que constitue l'épidémie de VHC chez les usagers de drogues, l'équipe MdM de Bayonne propose dès juin 2012 un dépistage à l'aide de Trod VIH et VHC aux usagers²⁷. En 2014, ce sont 5 programmes qui proposent désormais des Trod VHC et VIH à leurs patients²⁸.

La HAS a validé en 2014 le recours aux Trod VHC dans le cadre du dépistage de l'hépatite C [HAS 2014]. L'arrêté ministériel qui permettra leur utilisation effective n'est toujours pas paru. Dans ce contexte, **MdM continue de développer l'offre de Trod VHC dans ses programmes et demande l'autorisation légale de pratiquer les Trod hépatites, dans une stratégie globale de réduction des risques en France.**

Enfin, l'étude Optiscreen²⁹ à laquelle le Caso de Paris a participé en 2013 a démontré **l'intérêt de l'utilisation des tests rapides VHB, VHC, VIH pour promouvoir le dépistage de ces infections en population précaire. Le dépistage et le suivi des patients sont ainsi fortement améliorés lorsque les dépistages sont réalisés à l'aide des Trod** (96,9 % des patients ont reçu leurs résultats et ont été suivis en cas de besoin) par rapport au groupe ayant réalisé les dépistages classiques en laboratoires (63,6 %) [Bottero 2015].

développement du dépistage à l'aide des Trod, tout particulièrement en dehors des lieux traditionnels de dépistage.

Le dernier rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou C, rendu public en mai 2014 [Min. des Affaires sociales et de la santé 2014b] recommandent, entre autres, d'associer la recherche des trois virus VIH, VHB, VHC et de développer les dépistages à l'aide de Trod du VHB et du VHC pour atteindre des populations qui ne fréquentent pas les structures médicales classiques (cf. encart).

TABLEAU 30 : PRÉVALENCES DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C PARMIS LES PATIENTS DÉPISTÉS DANS 7 PROGRAMMES DE MDM, 2014

	VIH	Hépatite B (Ag Hbs+)	Hépatite C
Nombre de dépistages	1 907	1 926	1 955
Nombre de séropositivités	43	167	78
Prévalence (%)	2,3 % (x10/national)	8,7 % (x13/national)	4 % (x5/national)

(22) Les Caso de Bordeaux, Cayenne, Lyon, Marseille, Nantes, Nice, Paris, Rouen, Saint-Denis, Strasbourg et Toulouse ; les programmes auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés de Paris et Nantes ; les programmes auprès des personnes sans domicile fixe de Lyon, Angoulême et Metz ; 3 programmes auprès des usagers de drogues à Paris et Colombes (Eri), Bayonne et Marseille et un programme auprès des personnes vivant en bidonvilles en Seine-Saint-Denis et Val d'Oise.

(23) Le programme de prévention du VIH, des hépatites, des IST et de la tuberculose mis en place dès 2003 au Caso de Paris s'est largement étendu en 2006 dans les missions France. Les équipes proposent aux patients des entretiens de prévention individualisés ou des animations collectives de prévention. Les patients souhaitant faire un dépistage sont orientés le plus souvent vers les CDAG ou les Ciddist ou encore vers des laboratoires de ville. Enfin, depuis 2010 dans certains programmes, les patients se voient proposer des Trod du VIH et, depuis 2012, des Trod du VHC lors de l'entretien de prévention.

(24) Nos partenariats avec les CDAG/Ciddist prennent différentes formes : orientation des patients vers les CDAG/Ciddist, actions « hors les murs » des CDAG/Ciddist dans les programmes mobiles de MdM ou dans les Caso.

(25) Les Caso de Lyon, Nice, Paris, Saint-Denis, le programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés à Paris ; les programmes auprès des personnes sans domicile fixe de Metz, le programme auprès des personnes vivant en bidonvilles et autres habitats précaires en Seine-Saint-Denis et Val d'Oise.

(26) Les Caso de Bordeaux, Cayenne, Marseille, Nice, Rouen et Strasbourg, l'équipe de Metz auprès des SDF, les programmes de Bayonne et Marseille auprès des usagers de drogues. X de ces cas ces programmes ont répondu aux 2 appels à projet de la DGS « Soutien aux activités de dépistage communautaire par Trod VIH ». Les projets ont été retenus.

(27) Le circuit mis en place permet, en cas de Trod positif, de proposer sur ce même lieu une prise de sang pour confirmation sérologique et recherche virale, un fibroscan et une consultation en hépatologie. Les personnes sont ensuite accompagnées, si nécessaire, vers les structures de soins de droit commun partenaires du programme MdM.

(28) Depuis septembre 2013, le Caso de Marseille propose aussi des Trod VHC couplés aux Trod VIH. En 2014, le Caso de Cayenne, le programme RDR de Marseille et le programme de Metz ont mis en place cette activité.

(29) Il s'agit d'une étude interventionnelle, randomisée, monocentrique et prospective.

HÉPATITE C : LA SANTÉ EST UN DROIT, PAS UN LUXE

En 2011, une nouvelle génération de médicaments pour le traitement du VHC est apparue : les antiviraux à action directe (AAD), suivi des 2^e génération de cette nouvelle classe de traitements. Ces derniers permettent une amélioration considérable de la prise en charge. Combinés entre eux, ces AAD permettent de soigner plus rapidement et plus facilement. Ils sont mieux tolérés par les patients et le taux de guérison dépasse 90 %. **Ils représentent donc un grand espoir pour les personnes atteintes d'hépatite C et offrent une opportunité d'éradiquer le virus.**

En mai 2014, le 1^{er} rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par le virus de l'hépatite B ou C [Min. des Affaires sociales et de la santé 2014b], préconisait, notamment, de traiter en priorité les usagers de drogues et les détenus, quel que soit le stade de leur maladie. Or la HAS a limité en juin 2014 ces recommandations, après les avoir pourtant acceptées dans un 1^{er} temps.

En novembre 2014, au terme de négociations avec le laboratoire Gilead qui commercialise le sofosbuvir³⁰, l'un de ces AAD, le comité économique des produits de santé (CEPS) a négocié avec le laboratoire le prix de 13 667 € HT par boîte de sofosbuvir, c'est à dire 41 000 € pour un traitement de trois mois.

Les associations s'inquiètent que ce prix empêche des patients d'avoir accès au traitement et crée un dangereux précédent, en basant la délivrance de médicaments vitaux sur des critères non médicaux tels que le mode de vie ou la situation administrative ou socio-économique des personnes touchées. Ce prix va par ailleurs impacter dangereusement un système de santé ayant toujours plus de difficultés à pleinement jouer sa dimension solidaire.

Face à ces enjeux éthiques et de santé publique, un collectif interassociatif dont fait partie MdM s'est créé en 2014 et s'est très fortement mobilisé contre ces prix prohibitifs. Les organisations ont appelé l'État à exiger un juste prix et à jouer son

rôle de régulateur auprès des industriels pour garantir l'accès au traitement pour toutes les personnes pour lesquelles il devrait être initié. Elles ont aussi demandé aux autorités de soumettre le sofosbuvir au régime de licence d'office, ce qui permettrait d'en produire une version générique à moindre coût. Ce dispositif, rendu possible dans le cadre des flexibilités de l'accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les droits de propriété intellectuelle, est en effet également prévu dans le code de la propriété intellectuelle français. Bien que la situation le justifie, le gouvernement a pourtant refusé d'utiliser cet instrument juridique et ainsi limité l'accès au traitement.

Si l'utilisation du sofosbuvir dans le traitement de l'hépatite C est une avancée thérapeutique majeure, **MdM estime que la molécule en elle-même, fruit de travaux de nombreux chercheurs publics et privés, n'est pas pour autant suffisamment innovante pour mériter un brevet. C'est pourquoi le 10 février 2015, MdM, soutenu par l'ensemble de son réseau international, a déposé une opposition au brevet³¹ sur le sofosbuvir auprès de l'Office européen des brevets³². C'est la première fois en Europe qu'une ONG médicale utilise cette voie pour défendre l'accès des patients aux médicaments.**

Au-delà du cas emblématique du sofosbuvir, MdM demande :

- L'accès aux nouveaux traitements contre l'hépatite C pour tous les patients ;
- L'ouverture d'un débat public sur les modes de fixation des prix des médicaments et sur les modèles alternatifs aux brevets pour financer la recherche et le développement de nouveaux médicaments ;
- L'utilisation, lorsque la situation le justifie, des procédures permettant de réduire les prix des médicaments telles que la licence d'office ou la fixation unilatérale du prix par le CEPS ;
- La représentation des associations de patients et de lutte contre les inégalités de santé au sein du CEPS et de la Commission de transparence de la HAS ;
- La transparence sur les coûts de recherche et développement des laboratoires et la traçabilité des financements publics de la recherche.

L'enquête ANRS-vespa2 menée en France en 2011 montre que 16,4 % des patients VIH+ sont co-infectés par le VHC, dont environ 2/3 présentent une infection chronique [Lert 2013]. Dans cette étude, les migrants nés en Afrique subsaharienne présentent un taux de co-infections de 4,5 % proche de nos résultats. Les usagers de drogues sont les plus touchés avec 87,2 % de co-infections, suivis par les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (6,3 %).

UNE PRÉVALENCE ÉLEVÉE DES CO-INFECTIONS VIH/HÉPATITES PARMIS LES PATIENTS DÉPISTÉS AU CASO DE PARIS

Les données recueillies au Caso de Paris³³ nous permettent de rendre compte de la prévalence des co-infections VIH, VHB et VHC. Entre 2006 et 2014 sur 302 patients diagnostiqués séropositifs au VIH, **11,6 % étaient co-infectés par le VHB (AgHbs+) et 4,6 % par le VHC.**

(30) Le sofosbuvir est commercialisé sous la marque Sovaldi® par la firme américaine pharmaceutique Gilead Sciences

(31) 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.

(32) <http://www.medicinsdumonde.org/Pour-la-premiere-fois-en-Europe-une-organisation-medicale-conteste-la-validite-d-un-brevet-pour-ameliorer-l-acces-des-patients-au-traitement>

(33) Dans le cadre d'un partenariat entre le Caso et des laboratoires d'analyses

En ce qui concerne la co-infection VIH/VHB, on estime que 37 % des patients VIH+ présentent des marqueurs témoignant d'une infection ou d'un contact ancien avec le virus de l'hépatite B. La prévalence de l'infection chronique B est estimée à 7 % des patients séropositifs au VIH [Min. des

Affaires sociales et de la santé 2014a]. Parmi les personnes dépistées au Caso, la prévalence de l'hépatite B très élevée explique certainement un tel taux de co-infection (11,6 %) du fait de modes de transmission communs aux 2 virus.

LA RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES : INVENTER ET EXPÉRIMENTER DE NOUVEAUX OUTILS ET STRATÉGIES DE SOINS ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Depuis 1987, avec l'ouverture du 1^{er} centre de dépistage anonyme et gratuit, MdM intervient auprès des usagers de drogues afin de limiter et de prévenir les problèmes de santé causés par la consommation de produits. Dans ces démarches auprès des usagers de drogues, et face à l'insuffisance des politiques de prévention de l'hépatite C en particulier, l'association a fait le choix de mettre en œuvre et soutenir des actions innovantes et expérimentales. Certaines d'entre elles, faisant la preuve de leur efficacité, ont été transformées en dispositifs pérennes tels que les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) créés en 1989, et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) en 2006.

Parallèlement, depuis 1999 le programme XBT vise à développer la connaissance des drogues à travers l'analyse de celles-ci dans un objectif de réduction des risques (RdR). La composition des drogues étant l'une des préoccupations majeures des usagers, l'association tente de répondre à leurs interrogations par la mise en place d'un dispositif global d'analyses de drogues par chromatographie sur couche mince (CCM³⁴) en complément du dispositif de veille sanitaire Sintès (Système d'identification national des toxiques et substances) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). **Ce dispositif constitue un outil de RdR unique en France qui va bien au-delà de la remise de résultat, en offrant un espace de parole aux usagers, au cours d'entretiens pré et post-analyse, en leur apportant une information sur la gestion de l'usage ou le développement de consom-**

mations à moindre risque. Depuis 2009, MdM travaille au transfert du dispositif vers les structures de droit commun telles que les Caarud, les Csapa ou les associations d'autosupport et d'intervention en milieu festif.

En 2010, un programme novateur et véritable terrain de recherche³⁵ sur l'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) a été initié par l'association, en partenariat avec le Caarud Sida Parole et le Csapa-Caarud Gaïa Paris. L'évaluation du projet³⁶, publiée en 2014, a mis en évidence **un bénéfice significatif des sessions d'éducation** tel qu'une diminution de plus de 40 % des pratiques à risques de transmission du VHC et des complications au site d'injection dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.

Enfin depuis 2013, l'association Gaïa Paris, avec le soutien de MdM, et la participation de tous les acteurs concernés (Mairie, riverains, usagers, ARS...) travaille activement à l'ouverture en France de la 1^{re} salle de consommation à moindre risque, à Paris. Validées par l'Inserm [Inserm 2010] et expérimentées dans de nombreux pays, les salles de consommation à moindre risque permettent la diminution de la consommation dans les lieux publics, la réduction des comportements à risque et de la morbidité associée au VIH et au VHC ainsi que la diminution des overdoses mortelles. Le dispositif répond également à un enjeu de sécurisation des espaces publics. Depuis le 8 octobre 2013, date à laquelle le Conseil d'État a émis un avis négatif et a recommandé qu'un tel projet soit inscrit dans la loi, l'association Gaïa Paris et MdM demandent au gouvernement de mettre en place dans les plus brefs délais un dispositif juridique adapté favorisant le démarrage d'une telle expérimentation. **Après 2 ans d'attente, MdM salue la mise en place à titre expérimental de salles de consommation à moindre risque prévue dans la loi de santé.**

(34) La CCM est une méthode d'analyse au cours de laquelle les différents constituants d'un échantillon sont séparés sur une surface plane, pour être ensuite identifiés qualitativement après une succession de réactions colorimétriques. Cette méthode permet d'identifier la substance présumée ainsi que les différents produits de coupe présents dans un délai de 30 à 50 minutes. Ce temps peut être mis à profit pour discuter avec l'usager.

(35) Le projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action menée par MdM en partenariat avec l'UMR912-Sesstim et l'ANRS.

(36) Évaluation réalisée en partenariat avec l'association Aides, une équipe de chercheurs du Sesstim et financée par l'ANRS.

LE DÉPISTAGE DES IST : DES BESOINS IMPORTANTS

Grâce aux partenariats avec des CDAG, qui proposent dans le cadre de leurs actions « hors les murs »³⁷ des dépistages de la syphilis, des chlamydiae et plus récemment des gonocoques de façon systématique, nous disposons des données de prévalences auprès des publics rencontrés à MdM. Sur la période 2008-2014, plus de 3 890 dépistages de la syphilis, 1 481 dépistages des chlamydiae et 806 dépistages des gonocoques ont été réalisés (tableau 31). **La prévalence des chlamydiae parmi les patients dépistés est estimée à 4,1 %**, proche de celle retrouvée dans les laboratoires de ville (3,8 %), mais nettement inférieure à celle retrouvée dans les CDAG (9,4 %) [Goulet 2011].

La prévalence de la syphilis est de l'ordre de 2,2 %. Elle atteint 4 % chez les personnes proposant des services sexuels tarifés. Ces prévalences sont bien supérieures à celles retrouvées dans une étude réalisée auprès d'hétérosexuels multipartenaires consultant dans les CDAG parisiens en 2002 (0,29 %) [Couturier 2002].

Enfin, **la prévalence de l'infection à gonocoques est estimée à 2,2 %** dans notre échantillon. Malheureusement, il n'existe aucune donnée de prévalence des infections à gonocoques en France permettant de comparer nos données.

Ces données contribuent à améliorer l'épidémiologie de ces pathologies chez les populations vivant dans des conditions très précaires et doivent inciter à proposer des dépistages systématiques de ces IST aux patients que nous rencontrons.

TABLEAU 31 : PRÉVALENCES DES IST PARMIS LES PATIENTS DÉPISTÉS ENTRE 2008 ET 2014 DANS LES PROGRAMMES DE MDM

	Syphilis (tous stades confondus)	Chlamydiae	Gonocoques
Nombre de dépistages	3 890	1 481	806
Nombre de cas positifs	84	61	18
Prévalence (%)	2,2 %	4,1 %	2,2 %

(37) Le recueil de ces données a été initié en 2008 dans le programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés de Paris (Lotus Bus). En 2014, ce recueil concerne 8 programmes : les Caso de Lyon, Nice, Paris, Saint-Denis, les programmes auprès des personnes se prostituant de Nantes et Paris, le programme de Metz auprès des SDF, le programme auprès des personnes vivant en bidonvilles et autres habitats précaires en Seine-Saint-Denis et Val d'Oise.

2. LA RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

Nous ne disposons pas aujourd'hui de données objectives sur le phénomène prostitutionnel. En effet, les données quantitatives sont rares et souvent limitées à la prostitution visible, celle qui s'exerce dans la rue. Elles ne rendent pas compte des réalités diverses que couvre la prostitution, notamment celle exercée via Internet ou dans les lieux fermés (salons de massage, bars à hôtesses par exemple). Toutefois, le nombre de personnes se prostituant en France est estimé autour de 20 000 [Geoffroy 2011]. Des études mettent en évidence une précarité globale au sein de cette population, caractérisée par une situation défavorable en termes de logement, situation administrative, couverture maladie, isolement social... [OCTREH 2012, Fnars 2013]. Cette précarité peut être aggravée par la stigmatisation et les discriminations auxquelles ces personnes sont confrontées. De nationalité étrangère dans 80 à 90 % des cas, **ces personnes sont souvent dans la méconnaissance de leurs droits et des structures d'accueil et de soutien existantes. Leur santé est de fait souvent négligée.**

MdM, fort de son expérience de réduction des risques liés à l'usage de drogues, mène depuis 2000 des actions auprès des travailleuses du sexe. Il existe actuellement 5 programmes³⁸ en France. Le travail auprès des personnes se prostituant a pour but de contribuer à les aider à prendre soin de leur santé. Ce travail se structure dans la perspective d'une autonomie la plus grande possible (principes liés à la notion d'*empowerment*³⁹) pour que les personnes puissent gérer au mieux leur santé. Les équipes s'attachent à donner une information adaptée sur les risques liés aux IST, VIH et hépatites et autres thèmes de santé (contraception, suivi gynécologique, vaccination, tuberculose...), sur les risques liés aux violences, ainsi que sur les droits sociaux et juridiques. Elles mettent à disposition du matériel de prévention et développent des actions spécifiques de dépistage « hors les murs », en partenariat avec les CDAG et les associations.

En 2014, ces équipes ont réalisé près de 27 000 contacts avec des personnes se prostituant. **La file active totale est de l'ordre de 1 600 personnes.** Si les caractéristiques socio-démographiques des personnes se prostituant sont assez

différentes selon les villes (en particulier en termes de nationalité et d'âge), elles sont dans des situations de grande précarité sociale et vivent dans des logiques de survie au quotidien. Par ailleurs, ces personnes, pour la plupart ressortissantes étrangères, se heurtent aux difficultés de tout migrant pour accéder aux droits et aux soins en France (méconnaissance des droits et du système de soins, précarité administrative, peur de se déplacer, barrière linguistique...).

À ce titre, **les évolutions récentes en matière législative et les débats actuels sur la proposition de loi adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale fin 2013 en France viennent nuire au travail des équipes sur le terrain et ont un impact non négligeable sur la santé des personnes se prostituant.** En effet, en vue de « renforcer la lutte contre le système prostitutionnel », cette proposition de loi qui propose l'abrogation du délit de racolage prévoit, par ailleurs, une mesure répressive phare : la pénalisation des clients et un volet social dont la faisabilité et les conditions d'accès restent à discuter.

Depuis plus de 10 ans, on constate les effets contreproductifs de la criminalisation du racolage passif qui a chassé des trottoirs les travailleurs du sexe, les obligeant à travailler dans des lieux plus isolés et augmentant ainsi leur vulnérabilité sanitaire et sociale. Sur la base d'expériences à l'international, notamment en Suède, on sait que la pénalisation des clients engendre une confusion sur le caractère légal ou illégal de la prostitution et relègue les personnes vers des lieux toujours plus reculés et plus exposés à la violence. Le pouvoir et le temps de négociation avec les clients seront diminués et le travail des acteurs médico-sociaux rendu encore plus difficile. Ces mesures engendrent de fait une plus grande clandestinité et donc une plus grande vulnérabilité des personnes concernées. Celles-ci adoptent des stratégies de contournement qui ont un impact sur leur santé et leurs droits. Ces mesures ont par ailleurs été fortement critiquées par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) dans un récent avis de mai 2014⁴⁰.

(38) Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers, Rouen.

(39) Empowerment : processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif qui met en valeur les ressources sociales et individuelles (extrait de la charte d'Ottawa, 1986).

(40) <http://www.cncdh.fr/fr/publications/avis-sur-la-proposition-de-loi-renforçant-la-lutte-contre-le-système-prostitutionnel>

MdM salue les recommandations de la CNCDH en faveur de l'application du droit commun et contre les dispositifs spécifiques à la prostitution. À l'heure où vient d'être votée en 2^{ème} lecture à l'Assemblée nationale la proposition de loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées⁴¹, MdM salue l'abrogation du délit de racolage passif longtemps réclamée par les associations mais regrette vivement que la pénalisation des clients n'ait pas été rejetée.

MdM s'interroge sur la nécessité de créer un dispositif spécifique « Prostitution » là où les dispositions réglementaires existantes permettent d'ores et déjà de lutter contre la traite et l'exploitation des êtres humains. MdM appelle les décideurs publics à étudier cette proposition de loi de façon pragmatique, dénuée de toute considération idéologique et d'analyser le phénomène prostitutionnel de façon globale en le reliant aux questions liées à la précarité et à la migration.

« Dès qu'on a commencé à entendre parler de pénaliser les clients, c'est-à-dire vers le mois d'août, il y a eu moins de clients, et pas juste un

peu moins. C'est devenu vraiment difficile de travailler. Les clients ont eu peur. On a dû baisser nos prix pour les attirer. Et en plus tu dois accepter le premier client venu car tu ne sais pas quand il y en aura d'autres... C'est pour cette raison que j'ai cherché une autre méthode de travail. J'ai réussi à contacter quelqu'un qui pouvait m'aider à travailler par Internet. [...] Du coup, je pars un mois dans un endroit, un mois dans un autre... C'est toujours dans des villes de province. J'essaye de toujours partir avec quelqu'un d'autre. Toute seule c'est trop dangereux, j'ai trop peur. Quand tu travailles de cette manière-là tu as l'impression d'être dans une prison. Tu n'oses pas sortir de l'appartement car tu as peur d'être repérée par les voisins ou la police. En plus c'est toujours des endroits qu'on ne connaît pas... On ne sait pas où on peut trouver des préservatifs gratuitement donc on est obligées de les acheter nous-mêmes... Dans la rue tu choisis toi-même quand tu travailles. Tu peux te déplacer librement et il y a les copines autour. Sur Internet tu es beaucoup plus isolée. »

[Madame H, travailleuses du sexe à Paris]

3. INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS VIVANT DANS LES BIDONVILLES

Selon les Nations unies, les critères qui caractérisent les bidonvilles sont le manque des services de base (accès à l'eau potable, latrines, électricité, traitement des déchets, etc...), l'habitat non conforme aux normes nationales, le surpeuplement, les conditions de vie malsaines et/ou dangereuses (pollution, incendies, inondations, etc...), la pauvreté, l'exclusion sociale et la précarité du logement [UN Habitat 2003].

En 2014, il existe près de 500 bidonvilles en France abritant près de 17 500 personnes, dont près de la moitié (8 000 à 10 000) seraient mineurs [Dihal 2014]. Près de la moitié de cette population serait localisée en Île-de-France, surtout concentrée dans le département de la Seine-Saint-Denis (16 % de la population). Les autres régions présentant un fort regroupement de bidonvilles sont les régions Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Rhône-Alpes et Pays de la Loire. L'année 2014 se caractérise par une dispersion de la population habitant en bidonvilles et la création de bidonvilles de plus petites tailles.

La plupart des personnes vivant en bidonvilles sont issues d'une immigration récente, souvent familiale, venant principalement de Roumanie, Bulgarie, Hongrie et des pays de l'ex-Yougoslavie. Cette population est souvent considérée comme Rom⁴². Les groupes que l'on dénomme Roms ne sont pas homogènes dans la mesure où ils regroupent des personnes avec des religions, des langues, des cultures et des caractéristiques sociales et économiques différentes, ainsi qu'une pluralité de nationalités et de statuts juridiques (citoyens français, ressortissants des pays de l'UE, ressortissants d'autres pays européens, sans patrie...) [CNCDH 2013].

Pour la plupart, les habitants des bidonvilles sont citoyens de l'UE et donc libres de circuler sur le territoire français et d'y séjourner pendant 3 mois. Au-delà de cette période, leur droit au séjour est conditionné à l'exercice d'une activité professionnelle, ou, s'ils sont inactifs ou étudiants, à la justification de ressources officielles suffisantes et d'une assurance maladie. Par conséquent, leur droit au séjour est fortement conditionné à l'accès à l'emploi. Jusque fin 2013, celui-ci était particulièrement restreint pour les ressortissants roumains et bulgares du fait des « mesures transitoires » imposées par le gouvernement français. Au 1^{er} janvier 2014, ces mesures ont été levées, facilitant ainsi l'accès à l'emploi pour ces res-

sortissants européens⁴³. Malgré cette avancée législative, les citoyens européens précaires restent victimes de discrimination et de ségrégation au quotidien qui limitent fortement, entre autres, leur accès à l'emploi.

Selon Amnesty International, on constate en 2014 « une nette augmentation de la fréquence des violences contre les Roms » [Amnesty International 2014]. L'European Roma Rights Centre (ERRC) documente au moins 14 attaques violentes et racistes envers des personnes Roms depuis 2010 en France⁴⁴. Les Roms sont également victimes d'abus et de harcèlements de la part de la police : ainsi une note interne du commissariat du VI^e arrondissement à Paris ordonne en mai 2014 aux policiers « de jour et de nuit, de localiser les familles Roms vivant dans la rue et de les évincer systématiquement »⁴⁵. La rhétorique raciste envers les Roms semble sans précédent au regard des propos d'un candidat d'un parti de l'extrême-droite en mars 2014 qui « évoque l'idée de concentrer les Roms dans des camps »⁴⁶. La CNCDH dénonce l'augmentation considérable du racisme envers ces populations, de plus en plus considérées et construites comme un groupe à part, avec une diffusion massive des préjugés et des stéréotypes négatifs dans de larges franges de la population [CNCDH 2013].

L'année 2014 se caractérise par la poursuite des expulsions des bidonvilles et squats. Selon l'ERRC et la Ligue des droits de l'homme (LDH), 13 483 personnes ont été expulsées de force par les autorités en France en 2014, auxquelles s'ajoutent près de 1 000 personnes délogées par des incendies, soit une expulsion tous les 3 jours. Ainsi, **près de 80 % des personnes habitant en bidonville auraient été délogées contre leurs souhaits**. Dans plus de 63 % des cas, les expulsions ont lieu après une demande faite par le propriétaire du terrain ou squat et dans 23 % des cas en raison d'un arrêté d'insalubrité ou de péril pris par la mairie ou la préfecture, **et dans une très large majorité des cas ces expulsions ont eu lieu sans solutions de logement et sans prise en compte des situations individuelles**. Ainsi la circulaire du 26 août 2012 « relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites » prévoyant des dispositions pour anticiper les expulsions et accompagner les habitants vers le droit commun notamment en matière d'hébergement n'est pas appliquée et ne remplit pas du tout son rôle annoncé de protection des droits humains et de recherche de solutions

(42) Il est important de préciser que les populations Roms n'habitent pas toutes en bidonvilles. En effet, en France, on compte environ 400 000 Roms, dont au maximum 18 000 habiteraient en bidonville [source Observatoire des inégalités, 2013]. De même tous les habitants des bidonvilles ne sont pas Roms.

(43) <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Actualites/L-actu-immigration/Fin-des-mesures-transitoires-pour-les-ressortissants-roumains-et-bulgares>

(44) <http://www.errc.org/article/errc-urges-french-authorities-to-fully-investigate-lynching-of-romani-minor/4292>

(45) <http://www.errc.org/cms/upload/file/report%20forced%20evictions%20-%20final%20fr%20.pdf>

UN CONTEXTE POLITIQUE QUI ENTRAVE LE TRAVAIL DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

L'accès aux droits et aux soins des personnes se prostituant est de plus en plus limité alors que ces personnes constituent une population particulièrement vulnérable et exposée, en particulier, aux risques d'IST et aux violences. En 2014, les équipes de Nantes et Paris ont mené une étude auprès des personnes se prostituant afin d'évaluer l'état des connaissances et leurs pratiques vis-à-vis du VIH, des hépatites et autres IST [MdM 2015a]. L'enquête s'est déroulée d'avril à septembre à Nantes et Paris. Au total 198 personnes ont participé. Parmi elles, 97,5 % étaient des femmes, 2,5% des transgenres. L'âge moyen des répondants était de 36,6 ans. Tous étaient de nationalité étrangère : la moitié était d'origine chinoise, plus de 35 % d'origine nigériane. Une majorité (60 %) vivait en France depuis plus de 2 ans. Seules 2/3 possédaient une couverture maladie, majoritairement l'AME ou la CMUc.

Si la très large majorité des personnes connaissent le VIH, on constate toutefois qu'il persiste beaucoup de fausses croyances, en particulier vis-à-vis des modes de transmission. Les hépatites, leurs modes de transmission et les moyens de s'en protéger sont par ailleurs bien moins bien connus que le VIH. L'étude révèle ainsi que les niveaux de connaissances des travailleuses du sexe sur le VIH, les hépatites et autres IST sont inférieurs à ceux retrouvés en population générale française [Beltzer 2011]. En revanche, les pratiques de dépistage sont bien plus fréquentes chez les personnes se prostituant par rapport à la population générale [Beltzer 2011]. Cette popula-

tion présente également une meilleure connaissance des traitements d'urgence post-exposition que la population générale. **L'étude révèle que ces niveaux de connaissances sont significativement associés à la durée de fréquentation des programmes de réduction des risques portés par MdM, soulignant ainsi le bénéfice de ces programmes auprès de ces populations.**

L'étude révèle également que le préservatif est largement reconnu comme moyen de protection, en particulier pour le VIH et les IST. Il l'est un peu moins pour les hépatites. On constate toutefois qu'il persiste, même dans la population des travailleuses du sexe, de mauvaises pratiques quant à l'usage de ce moyen de protection dans la mesure où plus d'un tiers des personnes considèrent que deux préservatifs protègent mieux qu'un. Cependant, la quasi-totalité des personnes interrogées déclare utiliser de façon systématique le préservatif avec leurs clients. En cas de refus des partenaires, la prestation est alors refusée. Ces tendances sont retrouvées dans les études européennes avec un usage systématique du préservatif avec les clients rapporté par 83 % à 100 % des femmes interrogées [Trani 2006 ; Belza 2004 ; Nigro 2006]. L'enjeu ici n'est donc pas de convaincre les personnes se prostituant d'utiliser des préservatifs, mais bien de les soutenir et de leur donner des outils face aux demandes de relations non protégées des clients. Ce résultat met en exergue la pression à laquelle doivent faire face ces personnes et l'importance du temps de la négociation avec les clients dans leurs pratiques.

Ces résultats mettent en évidence l'importance et la nécessité du travail des associations auprès de ces publics en termes de prévention et de réduction des risques, dans un contexte où les politiques répressives mises en œuvre viennent entraver leurs actions.

alternatives aux expulsions pures et simples. La CNCDH en dresse un bilan négatif dans ses deux avis de 2013 et 2014⁴⁶.

Ces expulsions des lieux de vie ont des conséquences considérables pour les familles, en matière de santé ou de scolarisation. Elles empêchent toute intégration à moyen terme, et entraînent des ruptures multiples, tant avec les institutions scolaires, administratives, structures de santé, qu'avec les associations. Ces expulsions conduisent les familles à une errance, une pauvreté et une précarité toujours plus grande. Leur impact sur la santé est majeur, avec parfois des conséquences dramatiques : ruptures de soins, pertes des documents médicaux, de traitements médicaux, interruptions de campagne de vaccinations, peur et relégation du besoin médical derrière des impératifs de survie plus immédiats...

Les violences et le harcèlement policier qui entourent ces expulsions sont fréquents et ont été dénoncés par Amnesty International, qui souligne les pratiques d'intimidations récurrentes avant et pendant les évacuations, mais également après, pour éviter les réinstallations [Amnesty international 2014].

En février 2014, le gouvernement a annoncé le lancement d'une mission nationale pour résorber les bidonvilles, avec pour objectif dans les 3 années à venir de « progressivement faire disparaître cette forme d'habitat indigne sur le territoire français »⁴⁷. Mais tout comme la circulaire du 26 août 2012, les organisations restent déçues par sa mise en œuvre. Par ailleurs, récente avancée légale, la loi Alur du 24 mars 2014 élargit la trêve hivernale aux occupants de bidonvilles et de squats. Il s'agira pour les associations et institutions concernées d'en observer l'application.

Comme l'a constaté la CNCDH en France, à « une politique d'intégration c'est une politique d'évacuation qui a été privilégiée, faisant fi des situations humaines tragiques et institutionnalisant au plus haut niveau de l'État la violation des droits des populations vivant en bidonvilles en France »⁴⁸. Les associations, avec la CNCDH, considèrent que cette politique nationale d'expulsions des bidonvilles, coûteuse et qui n'apporte aucune solution durable, ne laisse pas leur place aux stratégies idéalisées de la circulaire ou de la mission nationale de résorption des bidonvilles.

LES ACTIONS DE MDM AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT EN BIDONVILLES

En 2014, MdM compte 10 programmes travaillant auprès des populations habitant en bidonvilles⁴⁹ dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention, et favoriser l'accès à l'information et aux droits. Les actions

menées sur les lieux de vie suivent une démarche d'action « mobile », qui permet d'atteindre les populations les plus isolées. Toutes les actions sont accompagnées d'interprètes, certaines de médiateurs, pour permettre un meilleur accueil et une meilleure qualité de prise en charge par les professionnels de santé (cf. encart).

En 2014, 2 811 consultations médicales ont été réalisées par les équipes de Saint-Denis, Marseille, Nantes, Strasbourg et Valenciennes auprès de 1 727 patients habitant en bidonville, soit une moyenne de 1,6 consultation par personne. L'âge moyen des personnes rencontrées est de 24 ans. Un peu plus de la moitié (58,6 %) sont des femmes. Plus de 41 % des patients sont mineurs, et presque 20 % ont moins de 5 ans. La quasi-totalité des personnes sont de nationalité roumaine (94,9 %) et presque 80 % comptent une durée de résidence en France supérieure à trois mois (tableau 32).

TABLEAU 32 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES BIDONVILLES, 2014

	%	n
Sexe		
Homme	41,4	705
Femme	58,6	999
Répartition par âge		
Moins de 5 ans	19,1	315
5-10 ans	11,5	190
10-15 ans	7,4	122
15-20 ans	8,1	134
20-30 ans	16,7	275
30-40 ans	17,1	282
40 ans ou plus	20,0	330
Répartition par nationalité		
Roumanie	94,9	1 505
Serbie	1,7	27
Hongrie	1,0	16
Autre	2,4	38

Taux de réponse : Sexe : 98,7 % ; Âge : 95,4 % ; Nationalité : 91,8 %

Les problèmes de santé identifiés sont fortement liés aux conditions de vie insalubres en bidonvilles⁴⁹ : problèmes respiratoires (33,5 % des consultations), digestifs (23,7 %), ostéo-articulaire (15,2 %) et dermatologiques (15,2 %). Selon les médecins, **dans 45 % des consultations les problèmes de santé diagnostiqués auraient dû être traités plus tôt.**

En 2014, 10 % des femmes rencontrées étaient enceintes au moment de la visite. Parmi elles, **60 % n'ont reçu aucuns soins prénataux, et deux tiers présentaient un retard de suivi de grossesse**, alors que l'accès aux soins prénatals et au suivi de grossesse devrait être accessibles pour toutes les femmes enceintes en France. Cette absence de suivi n'est pas sans conséquence pour la santé de la mère et de l'enfant à naître.

Ces résultats illustrent en partie les difficultés d'accès aux soins et à la prévention des personnes vivant en bidonville.

En effet, ces populations sont confrontées à de nombreux obstacles pour l'accès aux droits et aux soins. En 2014, seul 22 % affirment avoir des droits ouverts à la couverture maladie et 10 % avaient une demande en cours. L'absence de couverture maladie est liée principalement à la méconnaissance des droits et des structures et à la complexité administrative du système français. En particulier les personnes vivant en bidonvilles parviennent difficilement à obtenir une domiciliation administrative, en raison notamment des conditions restrictives de la preuve du lien avec la commune (cf. encart page 45). Il leur est également difficile de réunir des preuves de résidence de plus de 3 mois en France. Par ailleurs, la barrière de la langue constitue un obstacle important à l'accès aux droits et aux soins. Enfin, celui-ci est complexifié par les évacuations et expulsions répétées.

Parmi les patients de moins de 7 ans, seuls 29 % étaient suivis en PMI, alors que la majorité résidait en France depuis plus de 3 mois. L'absence de suivi en PMI diminue les chances d'être à jour des vaccins recommandés et/ou obligatoires en France. À ce titre, on constate que les couvertures vaccinales des enfants vivant en bidonvilles sont particulièrement mauvaises : moins d'un tiers des enfants de moins de 7 ans sont à jour de leur vaccin pour le ROR, le DTP ou la coqueluche. Ces chiffres sont bien loin des objectifs de santé publique fixés par la France. Des couvertures vaccinales aussi faibles pour les personnes vivant dans des conditions d'extrême précarité constituent des facteurs de risque de mortalité et de complications médicales importants, et ce particulièrement en cas d'épidémie.

Dans le contexte actuel de résurgence de la rougeole en particulier⁵⁰, ces faibles taux de couverture vaccinale imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination. Il s'agit alors d'informer et de sensibiliser les populations cibles et de faciliter leur accès aux services publics. Les démarches d'« aller vers » ou de médiation adaptées et des interventions innovantes telles que des vaccinations sur site en cas d'épidémie sont à promouvoir.

Enfin, moins d'un quart des enfants de 6-16 ans rencontrés dans les bidonvilles étaient scolarisés en 2014, alors que la scolarisation est obligatoire en France quelle que soit la situation des parents. Les expulsions des lieux de vie répétées et les refus des municipalités d'inscrire les enfants à l'école sont les principaux obstacles à la scolarisation des enfants. Ces jeunes perdent ainsi l'opportunité d'un accès à la médecine scolaire (au repérage précoce éventuel des troubles du développement et aux dépistages des handicaps et défauts mineurs) et à l'éducation à la santé.

(46) CNCDH : *Recommandations sur la mise en œuvre de la circulaire interministérielle du 26 août 2012 et sur l'accès aux droits des populations dites « Roms »*, 26 juillet 2013, et CNCDH : *Avis sur le respect des droits fondamentaux des populations vivant en bidonvilles. Mettre fin à la violation des droits*, novembre 2014.

(47) <http://www.territoires.gouv.fr/en-finir-avec-les-bidonvilles-le-gouvernement-confie-une-mission-a-adoma>

(48) CNCDH, *Avis sur le respect des droits fondamentaux des populations vivant en bidonvilles. Mettre fin à la violation des droits*, novembre 2014.

(49) Bordeaux, La Plaine St-Denis, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Strasbourg, Toulouse et Valenciennes.

(50) InVS, INPES, ARS : « Les récentes épidémies de rougeole rappellent que la rougeole est une maladie contagieuse qui peut être grave et parfois mortelle » communiqué de presse, 2 juin 2015.

LA MÉDIATION, POUR UN MEILLEUR ACCÈS À LA SANTÉ DES POPULATIONS PRÉCARISÉES

« La médiation sanitaire vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de populations en situation de précarité. C'est un outil adapté à la spécificité de ces publics qui vise à faciliter leur accès dans le système de droit commun »⁽⁵¹⁾.

La médiation repose sur l'intervention d'une tierce personne, le médiateur, qui joue un rôle d'interface temporaire entre le patient et les acteurs de santé « afin de permettre une compréhension réciproque, meilleur et durable, créer des liens entre ces 2 parties et construire ainsi l'accès au système de santé de droit commun » [Teoran 2014].

En 2008-2009, le collectif Romeurope a élaboré avec le soutien du Ministère de la Santé un programme expérimental de médiation sanitaire auprès des Roms migrants vivant en squats et bidonvilles⁽⁵²⁾. L'évaluation de ce dispositif a confirmé l'impact très positif de la médiation sanitaire sur l'accès aux soins et à la prévention de ces populations, « depuis l'ouverture des droits à leur mise en œuvre effective dans les structures de soins » [MdM 2013a, Teoran 2014]. L'effet positif de la médiation sanitaire sur l'évolution des pratiques professionnelles est également avéré, les structures apportant des réponses plus adaptées en matière d'accueil, de prise en charge et de suivi.

En revanche, cette recherche-action a montré que l'instabilité provoquée par les expulsions répétées des personnes vivant en bidonvilles nuisait considérablement à l'efficacité des médiateurs, complexifiant le suivi individualisé et donc l'accès aux soins et à l'amélioration des conditions d'habitat des populations.

Au vu des acquis et des résultats issus de cette phase expérimentale, les associations recommandent de développer et de pérenniser les actions de médiation sanitaire en direction des populations précarisées, de contribuer à l'élargissement des actions de médiation à d'autres publics précaires et de développer la formation et la reconnaissance du métier de médiateur sociosanitaire.

« J'accompagne Madame T. et son époux dans le cadre de leur suivi en médecine de ville. Il s'agit d'un suivi complexe, car chacun souffre de poly-pathologies chroniques, qui supposent de très nombreux examens et différentes orientations. Ils ne savent ni lire, ni écrire, et ne parlent pas le français. Je prends beaucoup de temps pour les accompagner et les aider à se repérer dans leur suivi. Nous inventons un code couleur pour les ordonnances, nous reprenons ensemble tous les rendez-vous... À l'occasion d'une visite sur le terrain pour faire le point et organiser les accompagnements pour les consultations à venir, Madame T., avec un grand sourire, m'annonce que ce ne sera pas nécessaire. Elle s'est rendue d'elle-même au laboratoire d'analyses, est retournée seule à la pharmacie, et a pris seule rendez-vous chez le radiologue : "Quand tu m'as accompagnée la première fois, je me suis souvenue des démarches, et je me suis débrouillée toute seule. Maintenant, ça va !" »

[Programme auprès des personnes vivant en bidonvilles de Nantes, 2014]

4. INTERVENTIONS AUPRÈS DES MIGRANTS DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS

Selon le dernier rapport de l'Agence des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), en 2013 « le nombre de migrants internationaux a atteint 232 millions de personnes, soit 3,2 % de la population mondiale ». Parmi eux, seul un tiers s'est déplacé d'un pays en développement vers un pays développé. 60 % des migrations s'effectuent en effet entre pays de même niveau de développement (entre pays développés ou entre pays en développement) [UNHCR 2014a]. Depuis près de 25 ans le nombre de migrants à travers le monde est en constante augmentation. Le continent européen reste une destination « populaire » avec 72 millions de migrants en 2013.

Une part de ces migrants se retrouve sur les côtes du littoral de la région Nord-Pas-de-Calais avec l'intention de rejoindre l'Angleterre, où ils ont des connaissances ou de la famille et où la législation pour les migrants demandeurs d'asile est réputée plus favorable qu'au sein de l'espace Schengen. **S'ils quittent leur pays le plus souvent en bonne santé physique, les difficultés rencontrées lors de leur parcours migratoire les laissent la plupart du temps épuisés lors de leur arrivée en France. Par ailleurs, ils se trouvent forcés de vivre des jours, des semaines, voire des mois dans des conditions de vie déplorables, dans l'attente d'un passage vers l'Angleterre.**

Parce qu'ils sont dispersés sur le territoire, en logique de transit et bien souvent « invisibles », il est très difficile de connaître leur nombre exact. En 2014, on estimait qu'environ 1 000 migrants vivaient dans divers campements disséminés dans Calais ; mi-2015 ils seraient plus de 3 000. Depuis la fermeture du centre de Sangatte⁽⁵³⁾ en 2002, ils ne bénéficient d'aucune solution de logement et se retrouvent dans des squats ou des camps informels (*jungle*) autour des aires d'autoroute dans des conditions de vie extrêmement précaires et sous la menace permanente des expulsions.

Ces personnes connaissent des conditions de vie particulièrement difficiles et fortement préjudiciables à leur santé (promiscuité, absence de point d'eau, aucune gestion des déchets...), aggravées par les pressions et harcèlements des forces de police qui précarisent ces personnes déjà en situation de très grande vulnérabilité.

LES ACTIONS DE MDM

Dès 2003, MdM s'est mobilisé pour assurer des consultations médicales auprès des personnes migrantes dans le Nord-Pas-de-Calais. L'objectif de la mission est de faciliter l'accès aux soins de santé des personnes en transit et d'améliorer leurs conditions de vie, en tenant compte de leur présence transitoire sur le territoire français et de l'absence de droits sociaux qui en résulte.

En 2014, les activités du programme se concentrent autour de Dunkerque (sur les communes de Tétéghem, Grande-Synthe) et de Saint-Omer (commune de Tatinghem) et une mobilisation s'est intensifiée à Calais où la situation des migrants devient de plus en plus alarmante. En effet, les migrants y subissent une pression constante des autorités et de la police et ne peuvent que difficilement trouver un abri où se poser. Fragilisés, précarisés, épuisés, ils sont très éloignés du système de santé, remettant souvent leurs soins au lendemain.

L'association offre des consultations de soins primaires aux personnes migrantes dans le Dunkerquois, accompagne les personnes qui le souhaitent dans leurs démarches d'accès aux droits ou aux soins et identifie et mobilise un réseau local, capable d'assurer leur prise en charge sociosanitaire. Depuis 2010, un volet « eau et assainissement » et « construction d'abris » a été développé, destiné à améliorer les conditions sanitaires des campements du Dunkerquois.

Dans le Calais, suite aux expulsions répétées de mai et juillet 2014, l'accent a été mis sur l'accès à l'hygiène. Un dispositif⁽⁵⁴⁾ a été mis en place afin de proposer aux migrants un accès à des douches 3 jours par semaine.

Au cours de l'année 2014, 2 353 consultations médicales ont été réalisées auprès des migrants des camps de Grande-Synthe, Tétéghem et Tatinghem. Par ailleurs, 567 accompagnements vers les Pass de la région ont été réalisés. La population rencontrée lors des consultations médicales⁽⁵⁵⁾ est très majoritairement masculine (90,0 %). La moyenne d'âge est de 25,0 ans et 20,5 % des per-

(51) <http://www.mediation-sanitaire.org>

(52) Depuis 2010, ce programme est coordonné par l'ASAV, en copilotage avec la Direction générale de la santé et le soutien de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

(53) Centre d'hébergement et d'accueil d'urgence humanitaire administré par la Croix-Rouge

(54) Il s'agit d'un camping-car qui a été équipé pour proposer des douches.

(55) Il s'agit des caractéristiques des personnes rencontrées sur les sites du Dunkerquois en consultations médicales en 2014, qui ne reflètent pas tout à fait les caractéristiques des populations fréquentant ces sites.

sonnes rencontrées ont moins de 18 ans. Ces patients sont originaires dans la plupart des cas d'Iran (37,2 %), d'Afghanistan (26,6 %) et dans une moindre mesure de Syrie (13,7 %) et du Soudan (7,1 %).

Malgré une amélioration des conditions de vie depuis 2012 dans le Dunkerquois, en partie grâce à l'implication des collectivités locales (mise en place d'abris, installation d'un groupe électrogène en période hivernale), les conditions dans lesquelles vivent les migrants restent très précaires. En effet, les abris mis à disposition ne sont pas suffisants et obligent encore certaines personnes à dormir dehors sous des bâches, tentes ou abris de fortune ou à s'entasser à plusieurs dans un abri de 10 m². Maintenir une hygiène décente est particulièrement contraignant dans la mesure où les infrastructures mises en place sont limitées et difficiles d'entretien. La pluie, la boue, l'humidité, les eaux stagnantes sont autant de vecteurs de maladies. Ainsi les pathologies diagnostiquées parmi ces populations sont principalement liées aux conditions de vie et aux risques liés aux tentatives de passage en Angleterre : affections ORL (32 % des cas diagnostiqués), dermatologiques (15 %), ostéoarticulaires (9 %), gastro-entérologiques (9 %), dentaires (9 %).

Dans le Calais, les populations rencontrées semblent encore plus démunies matériellement et davantage exposées aux violences. L'année 2014 est marquée par les expulsions répétées des différents squats ou lieux de vie des migrants et des conditions de vie encore plus déplorables pour les migrants arrivant dans la ville. En mai 2014, le manque de structures d'hygiène a ainsi favorisé le développement d'une épidémie de gale dans plusieurs lieux de vie. La tentative de prise en charge de cette épidémie par les autorités a servi de prétexte à des expulsions brutales de plusieurs terrains à la fin du mois de mai 2014.

En septembre 2014, une mission institutionnelle a été lancée par le ministre de l'Intérieur⁵⁶ et un centre d'accueil de jour (le centre Jules Ferry) a été ouvert au cours du 1^{er} trimestre 2015. Celui-ci propose des repas une fois par jour, des soins infirmiers 2 heures par jour et un hébergement de nuit (une centaine de places) uniquement pour les femmes et enfants. 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 grand campement à ciel ouvert, sous tentes et abris de fortune. Le centre s'est très vite avéré sous-dimensionné et inadapté, alors que de nombreuses associations avaient alerté sur l'inadaptation du projet. Le centre jouxte une ancienne décharge, se situe à plusieurs kilomètres du centre de Calais et de l'hôpital, l'accès à l'eau (un point d'eau pour 3 000 personnes), aux toilettes et à l'électricité y sont insuffisants, le ramassage d'ordures quasiment inexistant, et bien en dessous des

normes internationales en la matière. **La promiscuité de plusieurs milliers de personnes dans de telles conditions attise les tensions ainsi que les risques d'accidents. Enfin, les violences policières y sont fréquentes.**

« Le 23 avril 2014, dans les dunes de Calais, entre minuit et une heure du matin, 4 policiers se sont introduits sur le campement des Afghans et des Pakistanais. Je buvais un café quand un policier m'a frappé dans le dos et je suis tombé à terre. Quinze Afghans se trouvaient sur le campement et ont fui. Je me suis retrouvé seul avec les 4 policiers. Un policier m'a frappé au visage. Je saignais... J'ai demandé au policier d'appeler une ambulance, il a ri, a pointé son arme de fonction sur moi, a retiré son numéro d'identification et m'a demandé de rentrer sous ma tente. J'y suis resté deux heures et j'ai appelé une ambulance pour qu'ils viennent me chercher. »

[Programme auprès des migrants à Calais, 2014]

Dans un avis de juillet 2015, la CNCDH dresse un constat sévère de la situation autour du centre Jules Ferry et recommande notamment de permettre un accès effectif aux besoins de base (eau, assainissement, toilettes, soins médicaux, distribution de tentes, nourriture...).

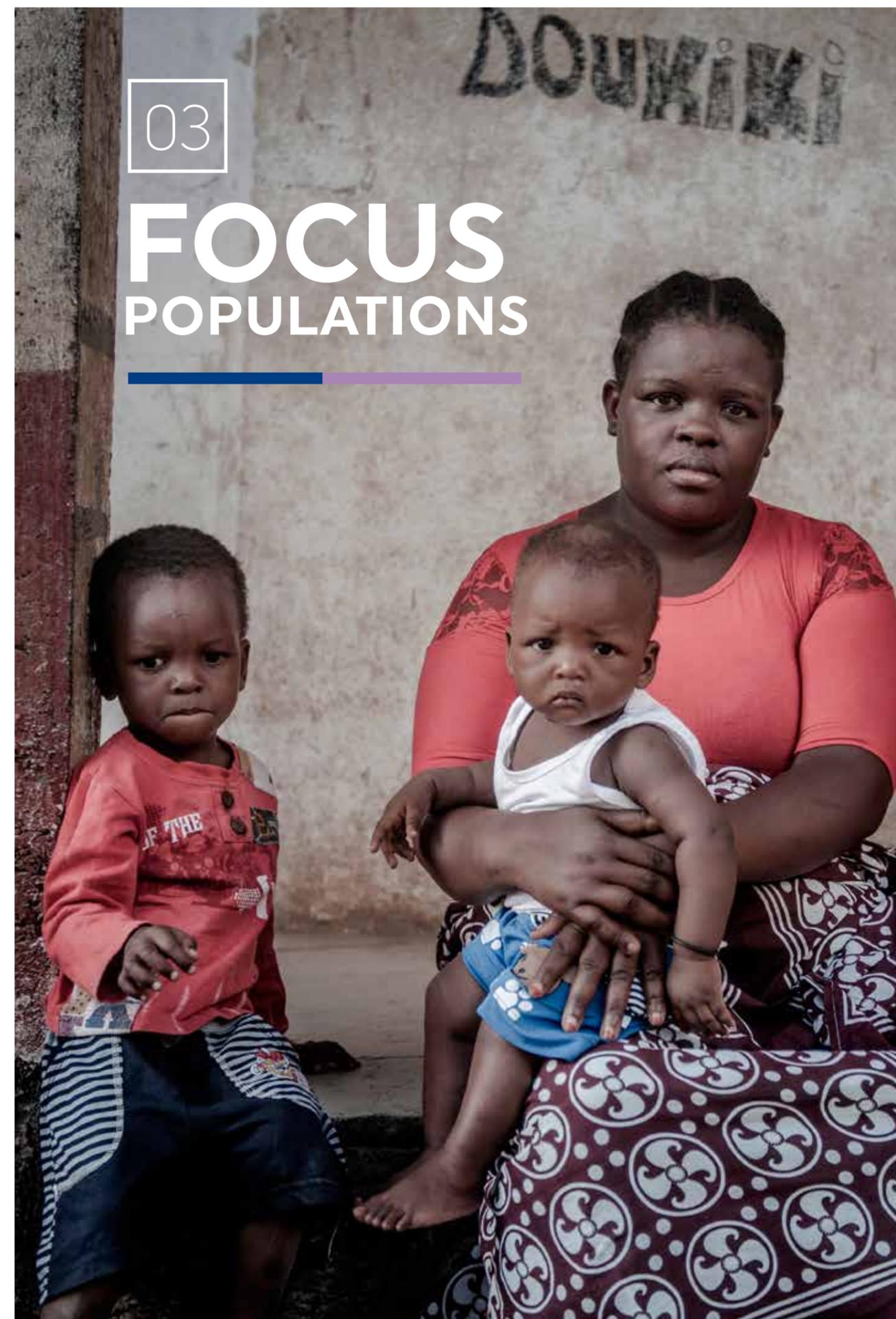
Comme l'a recommandé récemment le Haut commissariat aux réfugiés (HCR)⁵⁷ à propos des tragédies maritimes des réfugiés et migrants en Méditerranée, **la France doit assurer des conditions d'accueil dignes et rechercher activement tous les moyens qui peuvent fournir protection et sécurité aux personnes fuyant un conflit dans leur pays.**

À ce titre, des avancées ont été enregistrées grâce à la force de conviction des acteurs de terrain et lorsque les collectivités locales changent de vision et admettent leurs responsabilités. Les perspectives dans le Dunkerquois en sont un exemple. À Calais, la situation reste encore très préoccupante.

Si MdM et les autres associations travaillant avec les migrants dans le Calais se sont félicitées des premières solutions proposées, elles interpellent aujourd'hui les pouvoirs publics devant l'impuissance des associations à continuer d'intervenir dans des conditions particulièrement difficiles et demandent des mesures d'urgence pour améliorer les conditions d'accueil des migrants.

(56) M. Bernard Cazeneuve, ministre de l'Intérieur, a confié une mission à MM. Jean Aribaud, préfet honoraire, et Jérôme Vignon, président de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, afin d'élaborer, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, des « solutions consensuelles et efficaces à la crise migratoire » que connaît depuis plus de vingt ans cette région. Cette mission a rendu ses conclusions en juin 2015 [Aribaud 2015].

(57) <http://www.unhcr.fr/53bfb9709.html>



1. MAYOTTE : LABORATOIRE DE L'EXCLUSION ?

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2014, seuls 16 % des enfants ayant consulté au centre pédiatrique sont affiliés à la sécurité sociale.
- 9,6 % des enfants de moins de 5 ans présentent une malnutrition aiguë.
- Les couvertures vaccinales des enfants se situent entre 68 et 73 % selon les vaccins ; bien inférieures aux objectifs fixés par le plan de santé publique (90-95%).
- Les obstacles à l'accès aux soins sont marqués par la barrière financière et la peur omniprésente des expulsions qui limite fortement les capacités de déplacements sur l'île.
- 22 % des accompagnants disent avoir renoncé à des soins pour leur enfant.

UNE PETITE ÎLE FAISANT FACE À UNE SITUATION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE TRÈS DÉGRADÉE

Petite île de l'océan Indien située à l'entrée nord du canal du Mozambique, sous tutelle française depuis plus de 170 ans, Mayotte fait partie de l'archipel géographique des Comores, composé également de Grande Comore, Anjouan et Mohéli, successivement colonie (1841) puis territoire d'outre-mer (1946).

En 1975, alors que les 3 autres îles deviennent indépendantes et constituent l'État des Comores, Mayotte reste dans le giron de la France, en violation du droit international. Jusqu'en 1995, la libre circulation était de mise entre les 4 îles. En 1995, l'instauration du « visa Balladur » empêche cette libre circulation, et ce qui constituait jusque-là une mobilité familiale et économique devient « immi-

gration irrégulière ». C'est à cette date que commencent les premières expulsions directes de Mayotte vers les Comores. Au fil des années, les parents, frères, cousins comoriens deviennent à Mayotte des « immigrés clandestins » et la politique migratoire de la France se radicalise peu à peu.

En 2014, selon les chiffres de la préfecture de Mayotte⁵⁸, près de 20 000 personnes ont été reconduites à la frontière, soit 49 % des éloignements forcés du territoire français. Au cours des 4 dernières années, l'État a réalisé d'avantage d'éloignements forcés depuis le seul département de Mayotte que depuis les 95 départements de la métropole [Cimade 2015]. Par ailleurs, plus de 5 500 mineurs ont été placés en centre de rétention à Mayotte contre 3 512 en 2013, soit une hausse de 57 %⁵⁹. **Depuis 2006, il règne un climat d'arrestation généralisé sur l'île, avec des effets importants sur les modes de vie, les relations sociales et les rapports avec l'administration [Sakoyan 2015].**

Le 31 mars 2011, Mayotte devient le 101^e département français et le 5^e département d'outre-mer. Dans le cadre de ce que les autorités appellent la « départementalisation », tous les droits des autres départements ne s'appliquent pas à Mayotte ; un « rattrapage » est prévu en matière de santé, de droits sociaux, de développement économique... d'ici 20 à 30 ans. Mayotte est le département le plus pauvre et le plus inégalitaire de France. Selon une enquête de 2005, **plus de 9 Mahorais sur 10 vivent sous le seuil de pauvreté national, et les individus les plus modestes ont des revenus près de 10 fois inférieurs à ceux des plus aisés** (ce rapport est de 3,4 en métropole) [Roinsard 2014].

Mayotte se caractérise par une population extrêmement jeune : plus de la moitié de la population a moins de 18 ans. Selon le dernier recensement, 36,6 % des personnes se déclarent au chômage, chiffre en augmentation et le plus élevé des départements d'outre-mer [Balicchi 2014].

Il faut souligner le **phénomène important et croissant des mineurs isolés à Mayotte, estimés aujourd'hui à 3 000 et résultat d'une politique migratoire particulièrement répressive [Sakoyan 2015]**. Leurs parents ayant été expulsés aux Comores, le plus souvent à Anjouan, ils sont confiés à des adultes ou grandissent livrés à eux-mêmes... **Des ruptures familiales massives sont provoquées par la politique d'expulsion et d'arrestation sur le sol mahorais et en mer.**

DE FORTES INÉGALITÉS DE SANTÉ

En matière de santé, Mayotte affichait en 2007 une surmortalité générale par rapport à la métropole de 84 %⁶⁰. Le taux de mortalité maternelle y est 6 fois plus élevé qu'en métropole (souvent du fait des complications liées à la grossesse et à l'accouchement), la mortalité infantile 4 fois plus élevée [Math 2012]. L'ouverture rapide à la société de consommation (aliments riches en sucre et en sel, sédentarité...) a eu comme corollaire le développement de pathologies telles que le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertension, l'obésité, s'ajoutant aux pathologies anciennes dites « du Sud », telles que les maladies diarrhéiques, le paludisme, la tuberculose (ou le « double fardeau » sanitaire).

Par ailleurs, la Cour des comptes alertait récemment sur les risques d'épidémie et de maladies en lien notamment avec les conditions d'habitat très dégradées pour une grande partie de la population et sur la malnutrition des enfants [Cour des comptes 2014].

La densité médicale⁶¹ est 4 fois plus faible que la moyenne nationale⁶². Les longs délais de rendez-vous dans les PMI (souvent supérieurs à 4 mois), les ruptures en approvisionnement de vaccins, tout comme l'absence de spécialistes à l'hôpital rendent ces services difficilement accessibles.

UN DISPOSITIF D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS TRÈS DISCRIMINANT

Jusqu'en 2005, l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuits dans les structures publiques de soins, dispensaires et à l'hôpital. Un système spécifique de sécurité sociale a alors été mis en place ouvert aux seuls Français et étrangers en situation régulière^{63, 64} excluant de toute protection maladie environ un quart de

la population [Math 2012] : étrangers en situation irrégulière, mais aussi une partie de la population mahoraise (Français nés à Mayotte) dans l'incapacité de justifier de son état civil ou de présenter d'autres documents exigés de façon abusive (cf. encart).

Une étude réalisée en 2008 montre **qu'au moins 40 000 personnes, dont 18 000 enfants, n'accèderaient pas à l'assurance maladie, parmi lesquelles les quatre cinquièmes seraient des étrangers [Guyot 2009]**. En 2011, 40 % des résidents Mahorais pouvant être affiliés à la sécurité sociale en étaient exclus [Roudot 2014].

Les enfants ne peuvent être affiliés qu'en qualité d'ayant droit (d'un parent français ou d'un parent étranger en situation régulière), lequel doit résider à Mayotte même⁶⁵. Les enfants de personnes sans papiers, y compris ceux qui ont ou pourront avoir la nationalité française, et les mineurs isolés n'ont ainsi accès à aucune forme de protection maladie⁶⁶. Selon la chargée de mission du Défenseur des droits, **75 % des enfants à Mayotte ne seraient pas affiliés à l'assurance maladie [Mathieu 2013]**.

À Mayotte, la CMU, la CMUc et l'AME n'existent pas.

L'accès aux soins des populations précaires est encore rendu plus difficile par l'absence de dispositifs dédiés : l'hôpital ne dispose pas de Pass et la circulaire relative à la création du FSUV n'est pas applicable. Un dispositif spécifique permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de soins urgents est prévu mais il fonctionne mal et de façon restrictive. Les personnes en situation irrégulière, soit environ un tiers de la population, doivent ainsi s'acquitter d'un forfait⁶⁷ (de l'ordre de 10 euros pour une consultation de médecine générale à 300 euros pour un accouchement) souvent très élevé au regard de leurs moyens financiers [COABS 2010].

Depuis 2009, suite à un rapport de la Défenseure des enfants dénonçant les insuffisances du système à Mayotte [DDE 2008], un système de « bons enfants » ou « bons roses » a été mis en place par le centre hospitalier de Mayotte⁶⁸. Ce dispositif, sans fondement légal et utilisé de manière aléatoire, permet théoriquement la gratuité des soins aux enfants non affiliés. Il ne permet toutefois pas la prise en charge des soins extrahospitaliers. L'ordonnance du 31 mai 2012⁶⁹, en inscrivant dans la loi le principe de la gratuité des soins dans le système public pour les mineurs et les femmes enceintes en situation de précarité,

(58) Conférence de presse du Préfet d'avril 2015.

(59) Contre 16 % de hausse pour la métropole (une centaine d'enfants enrôlés en 2013 et 2014). Au total 5 692 enfants ont été enrôlés sur le territoire français en 2014, chiffres en augmentation considérables par rapport à 2013 (+57 %) [Cimade 2015].

(60) L'indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès observés dans le département et le nombre de décès attendus, si les taux de mortalité par sexe et âge du département étaient identiques à ceux de la métropole.

(61) Nombre de praticiens par nombre d'habitants.

(62) Source : Drees 2013.

(63) Ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte.

(64) Résidant en France depuis 3 mois ou autorisés à y séjourner pour une durée supérieure à trois mois.

(65) Contrairement au reste de la France où le critère de résidence s'applique pour l'ensemble du territoire national.

(66) À l'exception, depuis tout récemment des mineurs isolés pris en charge par l'Ase.

(67) Arrêté du 9 août 2005 relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficiaire des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte.

(68) Note d'information. Accès aux soins des mineurs non affiliés. Centre Hospitalier de Mayotte, Mamoudzou, 28 juillet 2009.

(69) Ordonnance n°2012-785 modifiant le code de la santé publique dans son article L6416-5.

aurait dû rendre ce dispositif caduc. Malheureusement cette ordonnance reste pour l'instant largement inappliquée, aucun financement de l'État à l'hôpital n'ayant été prévu pour son application [Cour des comptes 2014] et le système des « bons roses » perdure.

En 2010, le Tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass) a reconnu le droit à l'assurance maladie à un enfant en son nom propre sur le fondement de la Cide⁷⁰. C'est la première fois qu'un tribunal impose l'affiliation directe d'un mineur à la sécurité sociale ; cette décision est une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé qui reste à être concrétisé.

Les réformes de fond demandées depuis longtemps par les associations et les institutions telles que la Halde⁷¹, la Défenseure des enfants et plus récemment le Défenseur des droits⁷² restent à mettre en place, la CMUc notamment ainsi qu'un véritable dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière type AME et l'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie.

UN DROIT DES ÉTRANGERS DÉROGATOIRE

Depuis une ordonnance de mai 2014, le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) s'applique désormais à Mayotte de manière restrictive avec de très nombreuses mesures dérogatoires privant les étrangers de droits acquis en métropole. Certaines étaient déjà prévues par le Ceseda dans certains Dom, permettant par exemple des contrôles et éloignements expéditifs (absence de recours suspensif au juge). Beaucoup d'autres sont spécifiques à Mayotte et y restreignent considérablement l'accès à un titre de séjour et la circulation des personnes. À titre d'exemple, un enfant né à Mayotte ne peut demander la nationalité qu'à partir de 13 ans et qu'en présence d'un de ses parents, lequel doit produire une pièce d'identité (comorienne) en cours de validité ; ce qui exclut la grande majorité d'entre eux, dans l'impossibilité de circuler librement entre Mayotte et les Comores. **L'ordonnance du 7 Mai 2014⁷⁵ instituant ces nombreuses dérogations fait l'objet d'un recours devant le Conseil d'État formulé par 9 associations, dont MdM.**

(70) Tass de Mamoudzou, jugement du 17 décembre 2010.

(71) Halde, délibération n°2010-87 du 1^{er} mars 2010 [Roulhac 2010].

(72) Décision du défenseur des droits n° MDE/2013-87 « Recommandations générales relatives à la situation très alarmante des mineurs étrangers isolés dans le département de Mayotte », 2013.

(73) L'ordonnance n° 2000-218 du 8 mars 2000.

(74) Les cahiers du Gisti : singularités mahoraises du droit des personnes étrangères. Un droit dérogatoire dans un département d'exception.

(75) Ordonnance n° 2014-464 du 7 mai 2014 portant extension et adaptation à Mayotte du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (signée par le ministre de l'Intérieur).

UN ÉTAT CIVIL RÉCENT ET ENCORE EXCLUANT

Dans le cadre du processus de départementalisation, une réforme de l'état civil a été engagée dès 1999 mais se heurte à de nombreuses difficultés. L'état civil français a en effet longtemps coexisté avec un état civil de droit local et est mis en place très difficilement. Certains estiment que la Commission en charge de la révision de l'état civil à Mayotte, mise en place en 2000⁷³ et pourtant close après 4 ans de retard, n'aura permis d'établir un état civil que pour la moitié des Mahorais [Roudot 2014]. Par ailleurs, de nombreuses pratiques illégales restreignent l'accès à l'état civil. C'est ainsi qu'au moment de la mise en place de la sécurité sociale, il est arrivé que la déclaration de naissance d'enfants dont les parents n'avaient pas payé le forfait accouchement soit refusée par le centre hospitalier de Mayotte... Si cette pratique a cessé, certains enfants nés à Mayotte se trouvent encore dépourvus d'acte de naissance. De nombreuses personnes ne sont aujourd'hui pas en mesure de fournir un acte de naissance, document indispensable pour s'inscrire à la sécurité sociale ou pour formuler une demande de titre de séjour.

Plus largement, nombreux sont les Mahorais qui sont de nationalité française sans pouvoir le prouver, soit parce qu'ils ne possèdent pas d'acte de naissance, soit parce qu'il leur est impossible de prouver leur filiation avec l'un de leurs parents de nationalité française, soit parce que ce parent lui-même ne parvient pas à prouver sa nationalité⁷⁴.

L'état civil est ainsi considéré comme un problème majeur et un véritable frein à la départementalisation [Mathieu 2013] ; la finalisation de cette réforme est considérée par la Cour des Comptes comme l'un des préalables à une éventuelle harmonisation avec le système national d'assurance maladie [Cour des comptes 2014].

LES CONSULTATIONS MÉDICO-SOCIALES DE MDM

En décembre 2009, MdM a ouvert dans le quartier de Majicavo Koropa, commune de Koungou, un centre pédiatrique de soins et d'orientation proposant des consultations médicales et sociales gratuites pour les enfants (Carte 2). En juillet 2014, ce centre a fermé, afin de ne pas être identifié comme un dispensaire et se substituer au système de droit commun. Un nouveau lieu d'accueil a ouvert en juin 2015, dans la commune de Kaweni, Grand Mamoudzou, considéré souvent comme le « plus grand bidonville de France ». Parallèlement, MdM propose depuis 2010 des consultations mobiles dans plusieurs secteurs de l'île auprès des populations précaires. En 2014, ces consultations ont eu lieu dans les communes de Vahibé, Kaweni (Grand Mamoudzou) et Koungou (Longoni). Tous ces lieux cumulent une forte densité de population, une grande concentration de logements insalubres, un accès à l'eau potable très difficile, une absence de système d'assainissement dans les habitations et de fréquents contrôles de police.

CARTE 2 : PROGRAMMES MENÉS À MAYOTTE PAR MDM, EN 2014



En 2014, 1 010 consultations médicales ont été réalisées auprès de 810 enfants. 53 % des consultations ont eu lieu au centre pédiatrique et 47 % en clinique mobile.

Plus de la moitié (52 %) des enfants rencontrés ont moins de 3 ans. Près de 9 sur 10 sont nés à Mayotte, 11 % dans un autre pays (dont 73 % à Anjouan). Plus des ¾ des nouveaux enfants reçus ont au moins un parent en situation irrégulière et 43,6 % ont au moins un parent en situation régulière ou française. Par ailleurs, 7 % des enfants ont un de leur parent qui a été expulsé⁷⁶. Enfin, 4 % des enfants reçus déclarent ne vivre avec aucun de leurs parents le jour de la 1^{re} consultation. Il s'agit dans 39 % cas d'une situation qui dure depuis plus d'un an. Ces chiffres sont probablement sous-estimés, car les personnes accompagnant les enfants au centre de santé se présentent souvent en tant que parent, par crainte d'attirer l'attention sur leur situation. Pendant la période d'expulsion

des parents, sans autorisation d'un tuteur légal, l'accès aux soins des mineurs est particulièrement problématique.

Les problèmes de santé dont souffrent les enfants sont liés, dans la grande majorité des cas, à une infection (77 %). Les trois principaux motifs de consultation sont d'ordre respiratoire (39 %), cutané (38 %) et digestif (22 %). Les conditions de vie difficiles favorisent les infections cutanées et leur récurrence, ainsi que les pathologies d'ordre digestif. On note la fréquence importante des diarrhées associées aux virus chez les enfants en bas âge ou de problèmes parasitaires. Une épidémie de gastro-entérites aiguës d'origine virale (principalement rotavirus) a également frappé toute l'île de Mayotte en 2014.

UNE PRISE EN CHARGE TARDIVE ET CHAOTIQUE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Plus d'un enfant sur dix présente une pathologie chronique. Une des difficultés majeures constatées pour ces patients est d'assurer un suivi régulier de leur pathologie en l'absence de médecin référent qui coordonne la prise en charge. Le turnover important des médecins et les difficultés récurrentes des familles rend la prise en charge des maladies chroniques très chaotique. Par ailleurs, l'absence de dépistage précoce des retards psychomoteurs ou des pathologies d'ordre neurologique a des conséquences lourdes sur le devenir de l'enfant (échec scolaire, désinsertion sociale, rejet, etc...).

« Une maman et son enfant de 18 mois se présentent à la consultation parce qu'ils n'ont plus de traitement pour l'asthme. À la vue du carnet de santé, cet enfant est régulièrement admis aux urgences du CHM pour crise aiguë d'asthme. Il n'a visiblement jamais été vu par le même médecin, et reçoit à chaque fois un traitement par ventoline. La mère a plusieurs fois dû appeler les pompiers en urgence pour détresse respiratoire. Elle n'a jamais reçu d'explication claire sur ce qu'est l'asthme, ni sur comment gérer ou prévenir une crise à la maison.

Ne disposant pas de traitement de fond au centre pédiatrique, nous accompagnons le jour même cet enfant au dispensaire de Jacaranda. Il est 10 heures quand nous arrivons et la file d'attente est déjà longue, constituée de nombreuses personnes qui attendent depuis 4 heures du matin... Après insistance, le médecin me confirme qu'il donnera le nom de l'enfant à l'accueillant sans pouvoir me promettre qu'il sera vu ce jour par un médecin. Ce médecin est ici pour 4 mois et repart bientôt en métropole... Le dispensaire de Jacaranda compte un seul médecin permanent, et en l'occurrence, il est absent ce jour : »

[Centre pédiatrique de Mayotte, 2014]

(76) Il s'agit de la situation des parents au jour de la 1^{re} consultation de l'enfant.

DES CAS DE MALNUTRITION FRÉQUENTS PARMIS LES ENFANTS ACCUEILLIS

Depuis 2013, MdM a mis en place au sein de ses consultations un dépistage systématique de la malnutrition⁷⁷. Ainsi, **en 2014, près de 10 % des enfants de moins de 5 ans et 14 % des plus de 5 ans vus en consultation souffraient de malnutrition aiguë** (tableau 33). Au vue des conditions de vie et de ressources des familles rencontrées au centre pédiatrique, on peut faire l'hypothèse que les prévalences de la malnutrition sont semblables sur l'ensemble des quartiers précaires de l'île et correspondent, sur ces zones, au seuil d'alerte défini par l'OMS. Il est reconnu que la sous-nutrition de l'enfant accroît les risques de maladies infectieuses et altère le développement physique et mental. **Or la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë reste très difficile à Mayotte, avec une saturation du service de pédiatrie et un manque de moyens des PMI pour assurer le relais de la prise en charge hospitalière.**

Le développement d'une approche en ambulatoire des cas de malnutrition aiguë sévère non compliqués (accompagné d'une prise en charge sociale indispensable des familles) pourrait permettre le traitement à domicile d'un plus grand nombre d'enfants. Cette alternative proposée par MdM et travaillée en coordination avec l'hôpital et les structures de proximité (telles que les PMI) peine encore à se mettre en place en 2014.

TABLEAU 33 : SITUATION NUTRITIONNELLE DES ENFANTS ACCUEILLIS DANS LE CENTRE PÉDIATRIQUE, 2014

	Moins de 5 ans	5 ans ou plus
Malnutrition aiguë modérée	8,9 %	12%
Malnutrition aiguë sévère	1,0%	1,8%
Malnutrition aiguë ¹	9,9 %	13,6%

1 Malnutrition aiguë globale : Indice poids/Taille < -2Zscore ; Malnutrition aiguë modérée : -3Zscore ≤ Indice poids/Taille < 2Zscore ; Malnutrition aiguë sévère : Indice poids/Taille < -3Zscore
Taux de réponse : chez les moins de 5 ans : 94,7%, chez les enfants de 5 ans ou plus : 81,3 %.

UNE INSUFFISANCE GLOBALE DES COUVERTURES VACCINALES

Les taux de couverture vaccinale des enfants vus au centre pédiatrique restent particulièrement bas par rapport aux objectifs nationaux (95 % de couverture) qui permettraient de garantir une protection de l'ensemble de la population. Ainsi près de 9 enfants sur 10 n'étaient pas à jour de leurs vaccinations lors de leur première visite.

Concernant les vaccinations obligatoires, si 71,5 % des enfants sont à jour pour le vaccin DTP, cette prévalence reste bien inférieure à la moyenne nationale (autour de 98 % à l'âge de deux ans pour la primovaccination avec trois doses [Martinota 2014]).

Pour les vaccins recommandés, près de 48 % des enfants ne sont pas à jour de leur vaccination contre le pneumocoque. La plupart des enfants rencontrés n'ont reçu aucune dose et ne font pas l'objet d'un rattrapage avant l'âge de 2 ans pour de multiples raisons (rendez-vous en PMI non honorés, ruptures d'approvisionnements de vaccins, délais de rendez-vous trop longs...). Pourtant la nécessité de la vaccination contre le pneumocoque en population précaire n'est plus à démontrer. En 2014, plusieurs enfants ont été vus en consultation, ont nécessité une prise en charge en urgence pour qu'au final soit diagnostiquée une méningite à pneumocoque.

Pour le ROR et l'hépatite B, les taux de vaccinations sont proches des couvertures nationales.

Enfin, bien que le BCG soit fortement recommandé⁷⁸ dans un contexte comme celui de Mayotte, seuls 72,3 % des enfants ayant consultés ont reçu le vaccin. Ceci peut s'expliquer notamment par la grève des sages-femmes en 2013 et 2014 et des ruptures d'approvisionnement. Rappelons que dans certaines zones (Koungou, Dzoumogné...), aucune PMI ne réalise les rattrapages des BCG. Seul un centre de vaccination peut réaliser ces vaccinations gratuitement : le coût du transport et les peurs de contrôle de police sur le trajet sont un obstacle pour les familles qui souhaiteraient s'y rendre.

La proximité et l'accessibilité des structures de prévention sont pourtant des facteurs facilitateurs pour une meilleure adhésion et couverture vaccinale des populations particulièrement à risque.

DE NOMBREUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

« Une femme se présente à la consultation mobile en juillet pour son enfant de 9 mois. Celui-ci a de lourds antécédents médicaux, notamment une hospitalisation en janvier 2014 pour septicémie et défaillance multi-viscérale par infection à Klebsiella, Candida et Pseudomonas aeruginosa. Le pédiatre constate l'absence de vaccinations depuis sa naissance. Il note dans le carnet de l'enfant que les vaccins doivent être faits impérativement le

jour même et remet à la mère une ordonnance avec les vaccins Pentevac® et Prévenar®. Lorsque la mère se présente à la pharmacie du CHM, on lui indique que les vaccins ne sont pas disponibles et qu'elle doit aller en pharmacie privée pour se les procurer. La mère est en situation irrégulière et n'a pas de sécurité sociale ni pour elle, ni pour son enfant. Elle est dans l'impossibilité de payer ces vaccins en pharmacie.

Lorsqu'elle est revue en septembre au centre pédiatrique, son enfant n'a toujours pas été vacciné, malgré un nouveau passage aux urgences du CHM pour infection pulmonaire... »

[Consultation mobile de Mayotte, 2014]

En 2014, seuls 16 % des enfants vus en consultation sont affiliés à la sécurité sociale. Sur l'ensemble des enfants qui devraient être affiliés (ayant droits de parent français ou en situation régulière résidant à Mayotte), plus de la moitié (51 %) ne le sont pas.

Pour quasiment tous les enfants reçus, l'accompagnant déclare rencontrer des obstacles dans l'accès et la continuité des soins. Ainsi **en 2014, 22,5 % des accompagnants disent avoir renoncé à des soins pour leur enfant et dans près d'un tiers des cas (27,9 %), le médecin a estimé un retard de prise en charge.**

Les obstacles les plus fréquents sont liés au coût des consultations et des traitements, mais également des transports, au risque d'expulsions, aux difficultés administratives et aux barrières linguistiques.

LE COÛT DES SOINS ET DES TRANSPORTS : LE 1^{ER} OBSTACLE À L'ACCÈS AUX SOINS DES ENFANTS

Le coût des soins est le 1^{er} obstacle à l'accès aux soins des enfants. En particulier la coexistence de l'ordonnance non appliquée du 31 mai 2012 (instaurant la gratuité pour les mineurs et enfants à naître sous conditions de ressources (voir supra), et la persistance du système des « bons roses » entraîne une grande confusion quant au droit applicable, tant chez les familles qu'auprès du personnel hospitalier. Ainsi, l'application de la gratuité et l'attribution de « bon rose » continuent d'être partiales et arbitraires.

Le coût du transport est cité par 48,6 % des accompagnants d'enfant comme un obstacle à leur accès aux soins. Rappelons que la population de Mayotte est caractérisée par une grande pauvreté et si les distances sont relativement faibles à parcourir, un aller-retour pour une personne en taxi collectif, principal moyen de transport, varie de 2,5 € à 5 € par personne.

On constate enfin des difficultés à orienter dans le système de soins des familles réticentes à prendre le risque de se déplacer et de payer sans certitude de pouvoir être traitées. Les familles, ayant souvent fait l'expérience du paiement des soins, tendent alors à renoncer ou à repousser la consultation. À ce titre, la moitié des personnes ayant consulté pour leur enfant ont déclaré avoir dû payer pour voir un médecin lors de leur dernière visite au dispensaire.

« Une jeune adolescente de 16 ans a été vue et examinée pour une fièvre persistante au centre pédiatrique. Le médecin l'a orienté vers le CHM pour un bilan mais elle ne s'y est malheureusement pas rendue. 48 heures plus tard, elle était admise en réanimation pour syndrome confusionnel et un diagnostic de méningite à pneumocoque était posé... »

[Centre pédiatrique de Mayotte, 2014].

LE DANGER DES ARRESTATIONS ET DES EXPULSIONS

La peur de se déplacer et des contrôles de police, justifiée face à l'ampleur des arrestations et des expulsions sur l'île, est citée comme obstacle à l'accès aux soins dans 39,1 % des situations. Cette proportion atteint 48 % lorsque les deux parents sont en situation irrégulière. On peut toutefois considérer que ces chiffres sont sous-estimés tant par les usagers que par les équipes, en raison d'une banalisation des arrestations et des expulsions quotidiennes et de la peur qu'elles instaurent.

Selon Sakoyan et al. « la peur est devenue centrale, en moins de 10 ans, pour les personnes en situation irrégulière à Mayotte et détermine les modes de vie et de déplacements, en raison de l'intensité des arrestations et expulsions, à terre et en mer, et des risques d'accidents et de décès lors d'un retour illégal en kwasa kwasa⁷⁹ » [Sakoyan 2015].

À plusieurs reprises, des rumeurs annonçant la visite imminente de *circali*⁸⁰ (notamment la Police aux frontières) a amené de nombreux patients à désertier la salle d'attente du centre pédiatrique. L'anxiété liée à la menace quotidienne d'expulsion est exprimée au cours de presque toutes les consultations médicales, aussi bien par les parents que par les enfants eux-mêmes. Les expulsions sont fréquentes et arrivent parfois sur le trajet entre le domicile et le lieu de soins.

En créant un centre de santé au cœur d'un quartier précaire et en organisant des consultations mobiles, MdM a ainsi privilégié la proximité pour réduire l'obstacle de la distance à parcourir et le risque réel d'arrestation.

(77) Relevé systématique des poids et taille avec calcul de l'indice poids pour taille (courbes de croissances OMS 2006) et du périmètre brachial. Au centre de santé, une prise en charge ambulatoire (à base de plumpy nut) des cas de malnutrition aiguë sévère dépistés est possible.

(78) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf

(79) Le kwasa kwasa est le nom comorien de petits canots de pêche rapides à fond plat souvent utilisés par les passeurs pour l'immigration clandestine à Mayotte.

(80) Mot shimaorais faisant référence aux autorités, institutions et structures gérées par l'État, considérées comme extérieures à la société.

LES LANGUES : UNE DIFFICULTÉ RÉELLE ET SOUS-ESTIMÉE

Si le français est la langue officielle, utilisée dans les institutions, les deux langues couramment parlées sont le shimaoré et le shibushi⁽⁸¹⁾. Selon le recensement de 2007, 37 % de la population ne parle pas le français⁽⁸²⁾. La langue est citée comme un obstacle dans 15 % des cas par les accompagnants de l'ensemble des enfants reçus à MdM.

Le français est le plus souvent nécessaire dans les administrations, à l'hôpital et dans les dispensaires, les médecins étant en majorité métropolitains. L'interprétariat est assuré par les aides-soignants, non formés et pas toujours disponibles. Ceci peut impliquer des incompréhensions et remettre en cause la confidentialité, lorsque ceux-ci habitent le même village ou quartier que les patients...

LES DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES

Les difficultés administratives sont évoquées comme un obstacle à l'accès aux soins dans 9 % des situations. Les obstacles administratifs à l'ouverture de droits sont nombreux, et il est toujours très difficile d'obtenir l'ouverture des droits à une couverture maladie à Mayotte.

De nombreuses personnes ne sont pas en mesure de fournir les pièces justificatives exigées pour s'inscrire, entre autre, à la sécurité sociale ou pour les demandes de titre de séjour. La Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) exige par exemple pour le dépôt d'un dossier un relevé d'identité bancaire (RIB), alors que l'accès à un compte bancaire à Mayotte est particulièrement compliqué et le taux de bancarisation très faible. Le RIB étant devenu un verrou infranchissable, une mobilisation inter-associative a fini par déboucher sur une « avancée » au rabais : les usagers sans RIB peuvent maintenant être affiliés à la sécurité sociale mais au bout de longues et épuisantes démarches administratives, et à condition de ne fréquenter que le système public de santé⁽⁸³⁾. On peut ainsi parler d'une discrimination dans l'accès aux soins à l'encontre des personnes, très nombreuses, ne pouvant ouvrir un compte bancaire à Mayotte.

Par ailleurs, un titre de séjour ou un passeport est souvent exigé (alors que le récépissé de dépôt de demande délivré par la préfecture devrait suffire). De plus, à Mayotte les droits sont ouverts pour la durée de validité du titre de séjour présenté. Étant donné le nombre important de récépissés de 3 mois accordés par la préfecture, cette pratique a des conséquences importantes et cause de nombreuses ruptures de droits et de soins. À Mayotte, un enfant français à la charge d'un parent sans papier (ou d'un parent français ne résidant pas à Mayotte) ne peut être affilié à l'assurance maladie. Pourtant, le parent ayant la charge de l'enfant serait régularisable au titre de parent d'enfant français et l'enfant français devrait être affilié directement. Ces enfants, français, non affiliés, consultent au centre pédiatrique MdM, faute de pouvoir accéder au droit commun.

DES ENFANTS SOIGNÉS LOIN DE LEURS PARENTS

La Cide dispose que les États signataires « veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré » (article 9), et que « toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un État partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les États parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence » (article 10).

Pour les enfants dont l'état de santé nécessite une prise en charge dans un centre hospitalier hors de Mayotte, les transferts sanitaires sont compliqués par l'absence d'affiliation à la sécurité sociale quand les parents sont en situation irrégulière ou qu'ils ne peuvent prouver leur identité. Les refus d'admission par les hôpitaux en métropole semblent se développer. Par conséquent, lorsqu'ils sont possibles, les transferts sanitaires d'un enfant vers La Réunion ou en métropole se font souvent sans les parents, même pour des enfants gravement malades, faute de délivrance d'un titre de séjour pour les accompagnants, et de prise en charge par l'assurance maladie du transport. Pour ces parents, peu ou pas informés, obtenir ce titre de séjour est particulièrement long et compliqué.

Entre janvier 2014 et juin 2015, 15 enfants de Mayotte ont ainsi été parrainés par MdM à Saint-Denis de la Réunion. Pour 9 d'entre eux, au moins un de leurs parents était en situation irrégulière ; 6 avaient leurs 2 parents en situation irrégulière.

Pour certains, les parents ont fait le choix de la séparation et prennent des risques considérables pour venir d'Anjouan à Mayotte, pour faire soigner leur enfant. Si les venues pour raison de santé à Mayotte sont bien réelles, elles sont liées à la très grande faiblesse du système de santé comorien, notamment à Anjouan. Elles ne doivent pas faire oublier que de façon générale la migration pour raison de santé est très faible en Europe (3 % des raisons de migrations) [MdM 2015b].

Parmi les enfants parrainés à St-Denis de la Réunion, un jeune attend depuis un an et demi que sa mère obtienne une autorisation de séjour pour venir le voir. Pour 3 enfants, le père a fait les démarches pour obtenir un titre de séjour, dans deux cas avec succès ; dans un cas il est arrivé le soir même du décès de l'enfant. Au cours du parrainage, deux enfants ont eu l'un ou l'autre de leur parent expulsé, et un enfant a vu son père mis en centre de rétention.

MdM demande une facilitation du rapprochement familial pour les enfants évacués sanitaires dont les parents se trouvent dans des situations administratives précaires.

Enfin, pour la plupart des enfants, dont les parents sont dans une situation de grande précarité, il est très difficile voire impossible de bénéficier des soins nécessaires suite à leur hospitalisation, à leur retour à Mayotte. Outre l'obstacle de la non-affiliation, le coût du déplacement et les risques d'arrestation sont souvent dissuasifs. L'affiliation directe des enfants à l'assurance maladie apparaît plus que jamais nécessaire.

2. LA GUYANE : UN ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DÉGRADÉ

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, le Caso de Cayenne a réalisé 802 consultations médicales et 2 990 entretiens et consultations sociales.

→ 29 % des personnes accueillies sont en demande d'asile.

→ Près d'un quart des consultants vivent dans de l'habitat précaire et informel, type bidonville.

→ 45 % des patients présentent un retard de recours aux soins et 12 % ont renoncé à des soins dans les 12 derniers mois.

→ 24 % des personnes rencontrées déclarent avoir limité leurs déplacements de peur d'être arrêtées.

La Guyane, département et région d'outre-mer (Drom), est situé en Amérique du Sud, en zone équatoriale, avec 2 fleuves frontières, l'un avec le Brésil et l'autre avec le Suriname. Au sud, la forêt amazonienne rend la pénétration du territoire difficile puisque seulement possible par cours d'eau.

Ce département-région (84 000 km²) est la plus vaste région de France. Il compte, au dernier recensement de 2011, 237 549 habitants⁽⁸⁴⁾. Les neuf dixièmes de la population se concentrent sur la bande côtière qui longe l'océan Atlantique sur 350 km. Avec 45 % de jeunes de moins de 20 ans, la population y est beaucoup plus jeune qu'en métropole.

Ancienne colonie française, devenue département en 1946, la Guyane a une histoire marquée par différentes phases de peuplement : elle est ainsi caractérisée par une très grande diversité de cultures et de langues. Les Amérindiens, les Noirs Marrons ou Bushinengue⁽⁸⁵⁾ et les Créoles⁽⁸⁶⁾ sont considérés comme les groupes socioculturels les plus anciens. Les dernières « vagues d'immigration » proviennent des pays voisins, essentiellement du Suriname, d'Haïti, du Brésil et de Guyana.

UNE POLITIQUE MIGRATOIRE PLUS RÉPRESSIVE QU'EN MÉTROPOLE

Jusqu'à récemment, une grande partie du territoire, l'intérieur, avait un statut particulier, hors des exigences administratives de l'État français. Dans cette zone de forêt tropicale autour du fleuve Maroni vivent des populations « natives » ou considérées comme telles, amérindiennes et noires maronnes, qui circulent de part et d'autre des frontières – administratives – avec le Suriname et le Brésil. Ce n'est qu'à partir de 1969 qu'a été mis en place progressivement et de façon chaotique jusqu'à ce jour le système d'état civil national. Aujourd'hui encore, une partie importante de ces populations est incapable de prouver l'ancienneté de sa résidence sur le « territoire français », ne peut accéder à un état civil et se retrouve en conséquence dans une situation quasiment d'« exil intérieur » [Martini 1999, Carde 2010, Maille 2009].

En 2011, les étrangers représentent 35 % de la population. Plus d'un tiers d'entre eux (38 %) sont des Surinamiens, 25 % des Haïtiens et 25 % des Brésiliens⁽⁸⁷⁾. Comme dans les autres Dom, la législation sur l'immigration comporte de nombreuses mesures dérogatoires, restrictives et plus répressives qu'en métropole, notamment sur l'entrée, la circulation, le séjour, la nationalité, des modalités plus étendues de contrôle d'identité (zone de 20 km autour des frontières), une plus grande facilité dans la mise en œuvre des expulsions. Deux barrages où sont réalisés des contrôles d'identité limitent de surcroît la liberté de circulation intérieure (cf. encart). Des moyens importants sont consacrés à l'application de cette politique migratoire [Jolivet 2011, Pialou 2007]. Le nombre d'étrangers en situation irrégulière est estimé entre 16 500 et 35 000, selon les différentes sources [Min. Intérieur 2015]. **La politique actuelle d'expulsions pousse un grand nombre de personnes à limiter leurs déplacements y compris pour les besoins de santé.**

UNE GRANDE PRÉCARITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE

La Guyane présente une situation socio-économique très précaire. Le taux de chômage y était de 21 % en 2011

(81) Le shimaoré est une langue comorienne dérivée du swahili, le shibushi une langue austronésienne proche de celles parlées à Madagascar.

(82) Source : Insee 2007

(83) Remise d'une attestation papier qu'ils présenteront à l'hôpital et dans les dispensaires pour ne pas payer, contre signature d'un document où ils déclarent renoncer à leur droit au remboursement en dehors du système public de santé.

(84) INSEE, recensement de la population de 2011.

(85) Descendants d'esclaves ayant fui les plantations coloniales.

(86) Descendants des esclaves rendus libres avec l'abolition de l'esclavage en 1848.

(87) Les autres étrangers viennent pour la plupart de Guyana (ex. Guyane anglaise), Chine, et République dominicaine. (source : INSEE 2011).

[Mekkaoui 2012], le taux de pauvreté⁸⁸ de 25 % (contre 14 % en métropole). Les inégalités sociales et territoriales y sont très fortes : les immigrés et étrangers présentent un taux de chômage nettement plus élevé que les Français et occupent plus souvent des emplois peu qualifiés et précaires. Les Noirs Marrons et Amérindiens font partie de la frange la plus précaire de la population [Carde 2010]. De plus, depuis quelques années, on assiste à une stratification sociale fondée sur la légitimité de l'ancienneté de la présence sur le territoire des différents groupes, les groupes les plus récents immigrés (Brésiliens, Haïtiens, Surinamais) étant les groupes les plus dévalorisés [Jolivet 2011, Piantoni 2009].

Les bénéficiaires de la CMUc représentent 32,7 % de la population totale (contre 6 % pour la France métropolitaine) et les bénéficiaires de l'AME 10 %. Les ruptures de droit sont 3 fois plus fréquentes qu'au niveau national [Conan 2011].

UN CONTEXTE SANITAIRE TRÈS PRÉOCCUPANT

La Guyane est en dernière place des régions françaises pour plusieurs indicateurs de santé. L'espérance de vie à la naissance est de 3 ans inférieure à celle de la métropole. Le taux de mortalité maternelle y est 5 fois plus élevé [Saucedo 2010]. Le taux de mortalité infantile, bien qu'en nette amélioration, reste 3,5 fois plus élevé qu'en métropole.

L'incidence de la tuberculose est la plus élevée des régions françaises, avec 18,1 cas pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale était de 7,5/100 000 en 2013 [Aït Belghiti 2015]. L'épidémie du VIH y est généralisée [Jolivet 2011] et, selon le Conseil national du sida (CNS) en 2008, cette situation est plus proche de celle de nombreux pays en voie de développement que de celle de la métropole [CNS 2008]. Le département de la Guyane enregistre en 2013 la plus forte proportion de sérologies confirmées positives pour le VIH pour mille sérologies réalisées (9,2 ‰), devant l'Île-de-France (3,9 ‰), la Guadeloupe (3,0 ‰) et la Martinique (2,9 ‰) [Cazein 2014].

Les problématiques de santé environnementales sont importantes : importance des logements sans eau courante, présence de mercure dans la chaîne alimentaire liée aux activités d'orpillage. La Guyane fait également face à d'autres pathologies infectieuses dont certaines liées à son climat tropical (fièvre jaune, paludisme, maladie de Chagas, dengue).

Face à ces problématiques, tous les rapports font état d'une offre de soin insuffisante : un sous-équipement

hospitalier, une très forte pénurie et un turnover important de professionnels de santé (les densités des professionnels de santé par habitant sont de 2 à 5 fois inférieures à la métropole), l'absence de certaines spécialités (neurologie, cancérologie), une démographie médicale vieillissante et une offre extrêmement inégale sur l'ensemble du territoire, au profit presque exclusif des agglomérations urbaines de Cayenne et Saint-Laurent du Maroni [Cour des comptes 2014, Jolivet 2011].

Les Pass restent en outre saturées et fragiles par manque de moyens. En 2014, la Pass de Cayenne a connu des difficultés de fonctionnement importantes (non-remplacement temporaire de personnels médicaux et sociaux) impliquant des files d'attente dès 3 heures du matin. En fin d'année cependant un système de prise de rendez-vous a été mis en place, permettant de mieux gérer l'accueil et de réduire les délais (une semaine d'attente). Depuis 2013, une Pass est fonctionnelle dans le quartier de Balata, à Matoury, permettant un accès aux soins de proximité pour de nombreux patients qui limitent leurs déplacements par peur de la police.

LES CONSULTATIONS MÉDICO-SOCIALES EN GUYANE : UNE POPULATION SENSIBLEMENT DIFFÉRENTE DE CELLES ACCUEILLIES DANS LES CASO DE MÉTROPOLE

Après 2 années de fonctionnement dans les locaux de différents partenaires, un Caso a été ouvert en 2006 à Cayenne, proposant des consultations sociales, médicales et de prévention. Ce dispositif a été complété par des consultations mobiles à partir de fin 2011. En 2014, l'équipe mobile intervenait dans 4 quartiers de Cayenne et des communes avoisinantes⁸⁹ composés de populations très différentes mais tous caractérisés par un habitat précaire et des mauvaises conditions sanitaires (peu d'accès à l'eau, ramassage des ordures chaotique, accès informel à l'électricité).

En 2014, 3 937 consultations, dont 802 consultations médicales et 2 990 entretiens et consultations sociales, ont été réalisées. Le profil de la population vue au Caso de Cayenne est sensiblement différent de celui des Caso métropolitains (tableau 34). La population y est en particulier nettement plus féminine, moins souvent en situation irrégulière, et on compte davantage de demandeurs d'asile et de bénéficiaires potentiels de la CMUc. Toutefois, les indicateurs de pauvreté sont similaires à ceux des Caso métropolitains : dans 71 % des cas, les personnes disent n'exercer aucune activité pour gagner leur vie et 91 % des personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Concernant la situation vis-à-vis du logement, seulement 16 % des personnes vivent dans un logement personnel, 60 % sont hébergées par des proches et près d'un quart occupent un logement sans bail. Ces résultats reflètent la situation à Cayenne, marquée par le manque de logements et l'importance de l'habitat précaire et auto-construit type bidonvilles. Le nombre de logements informels en Guyane était estimé à 19 000 en 2010 [IEDOM 2010] et le déficit de logement dépasse les 90 000 logements selon le récent Plan logement Outre-mer [Ministère des Outre-mer 2015]. Pourtant, dans ce contexte, les expulsions de logements auto-construits ont repris fin 2014 sur l'Île de Cayenne en particulier (à Rémire-Montjoly, Cayenne, Terca), mettant à la rue des centaines de personnes et provoquant des ruptures de soins. Un site dans le quartier de Terca est actuellement menacé, concernant notamment 200 enfants. Plusieurs associations dont MdM ont alerté le ministre des Outre-mer.

Une très large majorité des personnes (97 %) accueillies sont des ressortissants étrangers. Les nationalités les plus représentées sont les Haïtiens (33 %), les Dominicains (13 %), les Brésiliens (10 %), suivis par les Colombiens, les Guyaniens, les Péruviens, les personnes venant de Guinée-Bissau, France, Suriname et Côte d'Ivoire (tableau 35). Très récemment sont arrivées des personnes du Moyen-Orient, dont des Syriens.

Les étrangers vus au Caso de Cayenne ont une durée moyenne de résidence en France bien supérieure aux étrangers vus dans les autres Caso (3,5 ans contre 1,9 an). Parmi eux, 70 % habitent en France depuis plus de 3 mois, plus d'un tiers depuis plus de 3 ans (contre 16,6 % pour l'ensemble des Caso hors Cayenne) (tableau 34).

Leur situation au regard du séjour est également très différente : « seules » 32 % des personnes reçues sont en situation irrégulière (contre plus de la moitié dans l'ensemble des autres Caso). Toutefois, si 48,5 % des étrangers ont un titre de séjour en cours de validité, il convient de souligner que dans 70 % des cas ils ont une durée de validité inférieure à 3 mois, mettant en évidence une grande fragilité administrative. Enfin, près de 3 personnes sur 10 sont demandeurs d'asile (contre 5,9 % dans l'ensemble des autres Caso).

L'accès aux droits pour les personnes en situation précaire en Guyane est tout aussi difficile qu'en métropole. En effet, si 93 % des consultants ont des droits théoriques à l'assurance maladie (contre 79,5 % dans l'ensemble des Caso) moins de 10 % ont des droits ouverts lorsqu'ils se présentent au Caso. Parmi eux, 54 % relèvent de la CMUc et 34 % de l'AME.

TABLEAU 34 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES CONSULTANT DANS LES CASO, 2014

	Cayenne		Autres Caso (hors Cayenne)	
	%	n	%	n
Âge moyen (années)		30,6		33,1
Sexe	44,8	465	62,5	17 118
Hommes				
Femmes	55,2	573	37,5	10 288
Logement				
Personnel	16,4	164	8,6	1 936
Hébergé	60,1	602	57,4	12 852
Squat ou campement	21,6	217	13,2	2 950
Sans logement ou hébergement d'urgence	1,9	19	20,8	4 656
Situation au regard du séjour				
Pas besoin de titre de séjour	18,4	182	25,9	5 713
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,0	0	1,1	239
Visa touriste	1,0	10	5,0	1 107
Titre séjour valide ou RDV préfecture	48,5	481	14,4	3 185
En situation irrégulière	32,1	318	53,6	11 809
Demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	29,9	310	5,9	1 584
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)		3,5		1,9

TABLEAU 35 : 5 PRINCIPALES NATIONALITÉS REÇUE DANS LE CASO DE CAYENNE, 2014

	%
Haïti	32,7
République dominicaine	12,9
Brésil	10,3
Pérou	8,2
Colombie	7,8

Les pathologies les plus fréquentes sont avant tout dermatologiques (25 %), digestives (21 %), respiratoires (14 %), gynécologiques, ostéo-articulaires (11,5 %) et cardiovasculaires (8 %). Dans la moitié des consultations, au moins une pathologie chronique était diagnostiquée.

(88) Le taux de pauvreté représente le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté pour une population donnée.

(89) Les quartiers de Pathoz, sur la commune de Rémire-Montjoly ; Terca, commune de Matoury ; Savane, commune de Moury ; La Matinha, commune de Cayenne.

La population rencontrée au Caso de Cayenne se caractérise par une prévalence plus importante de l'obésité : 24,2 % des adultes étaient en surpoids et 22,2 % étaient obèses⁹⁰. Il est reconnu que la prévalence de l'obésité est plus élevée en Guyane qu'en métropole [Min. du Travail, de l'emploi et de la santé 2011]. La spécificité de la situation alimentaire en outre-mer est étroitement liée aux particularités culturelles et économiques mais également géographiques et climatiques [Min. du Travail, de l'emploi et de la santé 2011]. La prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées sont par conséquent une priorité de santé publique sur ce territoire.

On constate également un retard dans l'accès aux soins pour 45 % des consultations. Parmi les femmes enceintes rencontrées, 42 % n'ont eu aucun accès aux soins prénataux et 40 % présentent un retard de suivi de grossesse. La difficulté majeure est l'absence de prise en charge des échographies du premier et deuxième trimestre, impossible à faire réaliser dans les délais impartis. L'accès urgent à une couverture sociale pour toute femme enceinte est donc une priorité.

Le suivi gynécologique des femmes est également assez faible : plus d'un quart (28,6 %) des femmes n'avaient jamais réalisé de frottis cervico-vaginal au jour de leur 1^{er} visite au Caso et 82 % n'avaient pas de contraception.

UN ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS PARTICULIÈREMENT DIFFICILE POUR LES PERSONNES EN SITUATION PRÉCAIRE

Plus de la moitié (54 %) des personnes accueillies au Caso déclarent avoir rencontré des difficultés administratives. L'aide aux démarches pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie est d'ailleurs le 1^{er} motif de consultation au Caso de Cayenne, alors qu'en métropole les personnes déclarent en premier lieu venir pour consulter un médecin.

En 2014, nos équipes constatent encore des pratiques abusives fréquentes de la part des administrations, restreignant l'accès aux droits. Ainsi, la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de Cayenne demande fréquemment, et de façon aléatoire, des documents non prévus par les textes. Elle entretient, par ailleurs, une confusion entre, d'une part, la nécessité de déclaration d'une adresse postale, et, d'autre part, le contrôle de la résidence. Le principe déclaratif de l'adresse n'est pas du tout appliqué. Rappelons que Cayenne se caractérise par un important habitat in-

formel et auto-construit, rendant la production de justificatifs officiels impossible. Les personnes ont le plus souvent recours au prêt ou l'achat d'une adresse postale par des personnes en possédant une. L'offre de domiciliation reste saturée en Guyane par rapport aux besoins.

On observe également toujours des difficultés de rattachement d'enfants comme ayant droit de leur parent, pour cause de manque de pièce d'état civil établissant le lien de filiation, considérée comme probante pour la caisse.

Ces demandes administratives, infondées et souvent abusives, finissent par avoir un effet dissuasif sur les personnes qui renoncent à leurs droits.

En 2013, alertée par Mdm [Mdm 2013b], la Cour des comptes dénonçait « [...] l'absence d'enregistrement informatique, de traçabilité et d'archivage des dossiers refusés » par la CGSS [Cour des comptes 2014]. En 2014, on constate une amélioration du fonctionnement de la CGSS, avec notamment un raccourcissement des délais d'instruction. Mais des progrès restent à faire. En effet, au cours du 1^{er} semestre 2015, 57 % des demandes d'affiliations déposées⁹¹ n'ont pas abouti au bout de 4 mois. Ces délais ont un impact important en termes de rupture de soins pour les personnes sous traitement, et en termes d'accès aux droits pour les personnes ayant des titres de séjour de courte durée.

Enfin, les délais d'instruction pour les demandes d'ouverture immédiate CMU/AME sont particulièrement problématiques pour les femmes enceintes, dans un contexte où la mortalité maternelle est 5 fois plus importante qu'en métropole [Saucedo 2010].

LA PEUR ET LES DIFFICULTÉS DE DÉPLACEMENTS : FREINS MAJEURS À L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

En 2014, 24 % des personnes ayant consulté déclarent avoir limité leurs déplacements de peur d'être arrêtées. Avec des dérogations importantes en droit des étrangers par rapport au droit métropolitain, les contrôles d'identité sont très fréquents et les expulsions du territoire en constante augmentation. De ce fait, les personnes restreignent leurs déplacements, limitant leurs contacts avec toutes les structures officielles. Ces constats viennent renforcer l'importance d'actions de proximité et d'actions mobiles allant au-devant des personnes.

DES BARRAGES POLICIERS QUI BLOQUENT TOUJOURS L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX ADMINISTRATIONS

Depuis 2007, 2 barrages policiers permanents, véritables frontières internes, sont établis sur les seules routes permettant l'accès à Cayenne : l'un, Régina, à l'est, l'autre, Iracoubo, à l'ouest⁹². Ces postes fixes systématisant les contrôles d'identité ont des conséquences importantes pour les étrangers en situation administrative précaire et les peuples autochtones dépourvus de preuves de leur identité et/ou de leur nationalité française, empêchant leur accès aux administrations (préfecture, tribunaux) et services de santé. Cayenne est ainsi rendue inaccessible sans carte d'identité ou titre de séjour.

Ces barrages impactent directement l'accès aux soins : ils concourent à des retards au diagnostic, des retards de prise en charge, voire une absence de prise en charge, des ruptures de la continuité des soins. Les procédures complexes requises pour franchir les deux barrages, y compris pour les personnes se déplaçant pour raisons médicales, retardent les soins et examens complémentaires et ont un effet dissuasif.

Dans cette situation, il est difficile pour Mdm de développer, comme elle le souhaite, un programme de prévention du VIH et d'accès au dépistage à l'aide des tests rapides à Saint-Georges de l'Oyapock, à l'est, tant que l'accès à une prise en charge à l'hôpital de Cayenne n'est pas garanti pour les personnes qui seraient dépistées séropositives.

Mdm et 8 autres associations⁹³ ont déposé et renouvellent tous les 6 mois devant le tribunal administratif de Cayenne des recours contre les arrêtés maintenant ces deux barrages policiers.

OBSTACLES LIÉS À LA LANGUE ET ATTITUDES DISCRIMINATOIRES

En 2014, 28 % des personnes citent la barrière linguistique comme une difficulté d'accès aux soins et aux droits. Dans le Caso, 96 % des personnes vues en consultations avaient besoin d'un interprète. À l'hôpital, le français est rapidement indispensable, de nombreux professionnels de santé étant métropolitains. Dans d'autres structures, certains professionnels refusent de parler les langues locales, estimant qu'il appartient aux usagers de pratiquer

le français. Plus généralement, les attitudes discriminatoires sont très fréquentes envers les étrangers ou ceux considérés comme tels. Ces attitudes surviennent dans un contexte social tendu y compris dans les rapports intercommunautaires, avec des représentations négatives des étrangers et minorités ou « étrangers de l'intérieur », et/ou socialement défavorisées. Les phénomènes de discrimination et d'inhospitalité sont décrits à l'égard de ces populations de façon alarmante, que ce soit pour l'accès à la santé ou à d'autres services (éducatifs, logement...) [ACSé 2009, Piantoni 2009, Carde 2010, Maille 2009].

En 2014 en Guyane, la complexité des démarches, les réglementations restrictives, les pratiques illégales, mais aussi les attitudes directement ou indirectement discriminatoires ont eu pour conséquence de dissuader de nombreuses personnes de faire valoir leurs droits. Ainsi, 12 % des patients déclarent avoir renoncé à des soins dans les 12 derniers mois, et 45 % des patients présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins (contre 40 % pour l'ensemble des Caso).

(90) Définition standard utilisée et définies comme suit : Maigreur : IMC < 18,5 ; Surpoids : 25 ≥ IMC < 30 ; Obésité : IMC ≥ 30

(91) De janvier à avril 2015, 225 dossiers d'affiliation complétés avec l'appui des travailleurs sociaux de Mdm ont été déposés à la CGSS Cayenne.

(92) <http://www.franceguyane.fr/actualite/faitsdivers/le-barrage-de-regina-juge-illegal-par-huit-associations-177005.php>

(93) Aides, la Cimade, le Collectif Haïti de France, le Comède, la Fasti, le Gisti, la Ligue des droits de l'homme.

3. L'ACCUEIL DES MINEURS ACCOMPAGNÉS ET ISOLÉS EN FRANCE

LES POINTS ESSENTIELS

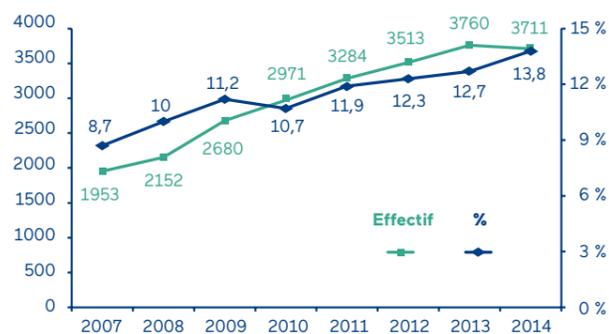
→ En 2014, 13,8 % des patients accueillis dans les Caso étaient mineurs. Près de la moitié d'entre eux (48 %) sont âgés de moins de 7 ans.

→ Seuls 10 % des mineurs vivent dans un logement personnel ; 23 % sont sans domicile fixe ou hébergés par un dispositif d'urgence pour une courte durée.

→ 14 % de ces jeunes patients sont seuls sur le territoire français. Le nombre de mineurs isolés reçus dans les Caso a été multiplié par 8 depuis 2011.

En France plus de 3 millions d'enfants, soit 1 enfant sur 5, vivent sous le seuil de pauvreté. Plus de 30 000 sont sans domicile et 9 000 vivent en bidonvilles [Unice, 2015]. MdM constate tous les jours les effets de la précarité sur les familles et les enfants. Depuis 2007, la part d'enfants dans les Caso est toujours en hausse. En 2014, 3 711 mineurs ont été accueillis dans les Caso, soit 13,8 % de la file active totale. Leur nombre a quasiment doublé en 8 ans (figure 7).

FIGURE 7 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE MINEURS REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2014



Près de la moitié (48 %) des mineurs reçus sont âgés de moins de 7 ans, 14 % ont entre 7 et 10 ans, 11 % entre 11 et 14 ans et 27 % environ ont 15 à 17 ans.

Parmi les patients de moins de 7 ans, seuls un peu plus du tiers (36 %) sont suivis par les services de la PMI, ceci concerne

plus souvent les jeunes Français (43 %) que les jeunes étrangers (36 %) ; ce résultat soulignant le manque de connaissance de ce dispositif par les ressortissants étrangers.

Près de 95 % des jeunes patients sont de nationalité étrangère, originaires majoritairement d'Afrique subsaharienne (29 %), d'Union européenne hors France (27 %) et d'Europe hors UE (16 %). Les jeunes originaires de Roumanie sont de loin la nationalité la plus représentée (20 % des mineurs) suivi par l'Algérie, le Mali, la France et l'ex-Yougoslavie. On observe en 2014 une nette progression de la part des jeunes Maliens parmi les mineurs (1,7 % des mineurs en 2013 contre 5,7 % en 2014) (tableau 36).

TABLEAU 36 : 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS DES MINEURS ACCUEILLIS DANS LES CASO, 2014

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	19,8	Albanie	5,1
Algérie	8,7	Guinée	4,2
Mali	5,7	Côte d'Ivoire	3,0
France	5,5	Maroc	2,9
Ex-Yougoslavie	5,4	Bulgarie	2,7

Lorsqu'ils se présentent au Caso pour la 1^{re} fois, la très grande majorité (83 %) des jeunes étrangers séjournent en France depuis moins d'un an et 54 % depuis moins de 3 mois. La quasi-totalité des patients mineurs connaît des difficultés de logement : 45 % sont hébergés par des proches ou une association, 21 % vivent dans un squat ou un campement et 23 % sont sans domicile ou hébergés par un dispositif d'urgence pour une durée inférieure à 15 jours. Rappelons que le mal logement peut avoir des conséquences néfastes importantes sur la santé, le développement et la réussite scolaire des enfants. Les effets les plus connus sur l'enfant sont ceux relatifs à l'état du logement : saturnisme, pathologies respiratoires et infections dermatologiques dues aux problèmes de ventilation et de chauffage ou encore accidents domestiques provoqués par la vétusté des habitats. La sur-occupation des logements est également un phénomène répandu, souvent caractéristique des hébergements collectifs ou des hôtels, le bruit et la promiscuité qui y règnent affectent la vie des enfants et peuvent avoir un impact sur leur état de fatigue et le développement de pathologies

associées (maux de tête, nervosité, troubles mentaux...) [Fondation Abbé Pierre 2015, Observatoire du Samu social 2015]. Les ménages sans logement personnel sont également contraints à de fréquents déménagements ou subissent des expulsions des lieux de vie. Cette « vulnérabilité résidentielle » a des répercussions multiples et importantes sur les foyers, notamment sur la socialisation et la scolarisation des enfants et leur santé mentale. Selon l'enquête ENFAMS réalisée en Île-de-France, la non-scolarisation des enfants sans logement de 6-12 ans serait au moins 10 fois plus importante qu'en population générale, et associée à la survenue de déménagement(s) dans l'année écoulée [Observatoire du Samu social 2015].

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

« Le jeune F. est parti à l'âge de 14 ans du Cameroun. Il a quitté sa mère et ses frères et sœurs. Il est arrivé en France 3 ans plus tard après avoir connu un parcours migratoire très violent. F. explique qu'il a vécu plus d'une année au nord du Maroc, "caché dans la forêt". Il s'est fabriqué un abri de fortune avec d'autres migrants qui tentaient la traversée du détroit de Gibraltar. À plusieurs reprises, F. a été arrêté par la police marocaine et battu. Certains de ses compagnons ne revenaient pas au campement après leur arrestation... Un jour, F. a été arrêté et battu. Il a par la suite été conduit à l'hôpital où il est resté une semaine dans le coma. À son réveil, F. ne se rappelait de rien si ce n'est des coups des policiers. Il a retenu la traversée quelques semaines plus tard et a réussi finalement à rejoindre l'Espagne puis la France en juin 2014. »

[Caso de Saint Denis, 2014]

Si la majorité des mineurs vus dans les Caso vivent en France avec leurs parents, près de 13 % sont seuls sur le territoire. Le nombre de mineurs isolés étrangers présents sur le territoire français est estimé entre 8 000 et 10 000⁹⁴. Fuyant les guerres, les persécutions ou la misère dans leur pays d'origine ou envoyés par leur famille, ces enfants cherchent une protection en France.

Pourtant les autorités françaises considèrent que ces mineurs sont étrangers avant d'être isolés et envisagent la problématique avant tout sous l'angle de la gestion de flux migratoires au lieu de mettre en premier la protection de l'enfance.

Partout en Europe, leur nombre continue d'augmenter fortement depuis plusieurs années [ECRE 2014, UNHCR 2014, Carsin 2014]. Dans les Caso, il a ainsi été multiplié par plus de deux entre 2013 et 2014 et par 8 depuis 2011 (ils étaient

64 en 2011 et 517 en 2014). Cette hausse s'explique en partie du fait des difficultés toujours plus importantes auxquelles ces jeunes sont confrontés pour obtenir une prise en charge. Faute de protection, ils se tournent vers les associations.

Les mineurs isolés rencontrés dans les Caso sont principalement des garçons de 15-17 ans. 80 % sont originaires d'Afrique subsaharienne (les nationalités les plus représentées sont le Mali, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Cameroun et le Congo-Brazzaville). Plus de la moitié sont sans domicile fixe ou vivent en squat ou en campement. Ils sont moins de 5 % à disposer de droits ouverts à une couverture maladie lors de leur première visite dans les Caso alors même que tout enfant doit pouvoir disposer d'une affiliation directe à une couverture maladie.

Ainsi, la plupart d'entre eux se trouve en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir bénéficier des mesures de protection prévues par la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), dont la France est signataire.

Ces jeunes, en tant que mineurs en danger, relèvent de la protection de l'enfance, qui est de la compétence des conseils départementaux via les services de l'Aide sociale à l'enfance (Ase). En vue de déterminer leur éligibilité à une prise en charge, les services de l'ASE procèdent à une évaluation de leur âge et de leur isolement. Depuis plusieurs années les équipes sur le terrain constatent un climat de suspicion généralisée dans l'évaluation de la situation des mineurs isolés étrangers et des pratiques très inégales, voire arbitraires des services compétents [Corty 2014]. C'est ainsi que les documents d'état civil, justifiant de leur identité et de leur âge, sont le plus souvent remis en cause ou non pris en compte ; les évaluations sociales sont menées à charge, par des professionnels non formés à l'accompagnement psychosocial nécessaire à la situation particulière de ces jeunes et dans des conditions ne permettant pas d'instaurer la confiance nécessaire... Bien qu'il n'existe aucun moyen d'établir scientifiquement l'âge d'une personne, les évaluations de l'âge s'appuient encore trop souvent, et parfois de manière systématique, sur des examens médicaux : examens dentaires, tests de maturité sexuelle et examens de maturation osseuse. Pourtant, ces examens sont largement décriés par la communauté scientifique (cf. encart). Par ailleurs, leur mise en œuvre pose de graves questions éthiques, en ce qu'ils sont particulièrement invasifs, humiliants, voire dangereux, et sont le plus souvent effectués sans que le consentement de l'intéressé soit recherché. Ces tests vont à l'encontre de l'éthique médicale puisqu'ils ne représentent aucun intérêt thérapeutique et ne sont réalisés que dans l'intérêt des politiques de contrôle migratoire.

Contrairement à ce que prévoit la réglementation, cette période d'évaluation peut durer bien au-delà des 5 jours impartis, allant parfois jusqu'à plusieurs mois. Pendant ce délai, les mineurs ne bénéficient pas toujours d'une mise à l'abri et du soutien ou de l'accompagnement nécessaires à leur protection.

(94) Source : Eurostat 2014.

Dans ces conditions, il est rare que l'évaluation conclue à la minorité et à l'isolement du jeune et préconise une prise en charge : plus de la moitié des jeunes évalués sont estimés majeurs ou non isolés. Lorsque l'évaluation conclut à la minorité et à l'isolement et que le jeune bénéficie d'une prise en charge dans les services de l'Ase, il est courant que ceux-ci contestent l'évaluation et sollicitent une contre-expertise, alors même que ces services sont désignés comme étant chargés de l'intérêt supérieur de l'enfant. Les équipes constatent également des dysfonctionnements pour les jeunes qui bénéficient d'une prise en charge par l'Ase en l'attente de la confirmation de l'évaluation par le juge des enfants : bien souvent, les mineurs isolés ne se voient pas désignés de référent social pour les accompagner, sont hébergés seuls à l'hôtel et disposent de tickets-restaurants ou d'argent de poche pour se nourrir et se déplacer. Peu d'entre eux sont informés de leurs droits et accompagnés pour leur accès à la santé, à l'éducation ou aux démarches d'asile.

« Moi c'est O., je suis ivoirien, j'ai 17 ans et je suis arrivé à Nantes le 28 juin dernier. Je suis passé à Aïda⁹⁵ qui m'a conduit à la police et après j'ai passé un mois et demi à l'hôtel. [...] On m'a fait passer un test osseux sans pouvoir me donner un âge exact... ils m'ont seulement dit que j'ai plus de 18 ans et ils m'ont jeté à la rue. Après j'ai passé quelques semaines au 115 et après je me suis trouvé un squat où dormir. J'ai eu des contacts avec des associations qui m'ont trouvé une école. Après je suis allé à l'ambassade de la Côte d'Ivoire à Paris pour faire authentifier mon passeport ivoirien et ce passeport je l'ai remis à mon avocat qui a fait un recours, et le juge des enfants a envoyé ce passeport à la police aux frontières. Ils ont trouvé que le passeport était authentique donc du coup ils m'ont repris et je suis pris en charge par le CDEF⁹⁶, mais là maintenant le conseil général s'oppose à la décision du juge des enfants. Ah moi je trouve ça comme un manque de respect avec nos pays africains qui nous font nos documents et arrivés ici en Europe on trouve que ces documents sont faux. »

[Témoignage recueilli lors d'une rencontre avec des mineurs isolés organisée par le Gasprom, la Cimade, RESF et le collectif MMIE, Nantes 2014]

Enfin, même lorsqu'ils sont pris en charge de manière pérenne, beaucoup ne bénéficient pas de l'accompagnement nécessaire pour assurer leur autonomisation en vue de leur majorité. Lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans, peu d'entre eux peuvent accéder aux dispositifs jeunes majeurs leur permettant de poursuivre leur scolarité, gage de régularisation de leur situation administrative. La plupart sont simplement expulsés de leur foyer le jour même de leur majorité.

Ces dysfonctionnements ont des conséquences dramatiques sur le devenir de ces jeunes particulièrement fragilisés, en contradiction totale avec les principes de protection de l'enfance.

(95) Association d'accueil et d'informations pour demandeurs d'asile.
(96) Centre départemental enfance et famille.
(97) Décision du défenseur des droits n° MDE-2014-127, 29 août 2014.

À ce titre, en août 2014⁹⁷, le dispositif français de prise en charge des mineurs isolés étrangers - et plus particulièrement le dispositif parisien - a été condamné par le Défenseur des droits, qui rappelle aux différents acteurs de la protection de l'enfance les principes élémentaires qui devraient sous-tendre la prise en charge de ces jeunes : « l'intérêt supérieur de l'enfant, la bienveillance, les méfaits de la suspicion et la notion de dignité ».

UN RETARD DE RECOURS AUX SOINS POUR PLUS D'UN QUART DES MINEURS

Les mineurs, quelle que soit leur nationalité, doivent accéder à une couverture maladie, ceci de façon inconditionnelle et sans délai. Malgré ces dispositions, seuls 9 % des jeunes disposaient de droits ouverts lorsqu'ils ont été reçus pour la 1^{re} fois dans les Caso, proportion encore plus faible que parmi les adultes (12 %). Si l'absence de couverture maladie parmi les mineurs étrangers peut être liée à une arrivée récente en France ne leur ayant pas permis de faire les démarches d'affiliation, la faible proportion de mineurs étrangers présents sur le territoire français depuis au moins un an et disposant de droits ouverts (21 %) met en exergue d'autres obstacles à l'ouverture de droits.

Les obstacles à l'accès aux soins des jeunes patients se superposent logiquement à ceux des adultes et sont principalement liés à la méconnaissance des droits et des structures (32 %), les difficultés administratives (30 %) ou encore la barrière linguistiques (19 %). Notons également que le frein lié à longueur des délais d'instruction des dossiers est cité 2 fois plus fréquemment lorsqu'il s'agit de patients mineurs (10 % vs 5 % des adultes), alors même que ces délais devraient être réduits en raison du principe d'affiliation directe des mineurs. En 2014, 29 % des mineurs vus en consultation médicale présentent un retard de recours aux soins selon le médecin et plus de 13 % ont renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois (tableau 37). Le retard de recours aux soins et le renoncement aux soins sont significativement moins fréquents que parmi les adultes. Enfin, un mineur sur 5 nécessite des soins urgents ou assez urgents.

TABLEAU 37 : RETARD DE RECOURS AUX SOINS, RENONCEMENT AUX SOINS ET SOINS URGENTS DES PATIENTS MINEURS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2014 (% EN COLONNE)

	Patients mineurs		Patients majeurs	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	29,0***	441	42,3	3 554
Renoncement à des soins (au cours des 12 derniers mois)	13,5***	206	17,9	2 026
Soins urgents ou assez urgents	21,4***	361	27,1	2 545

Analyses ajustées sur le sexe, la nationalité, la situation du logement et les droits à la couverture maladie
*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.

LES EXAMENS DE MATURATION OSSEUSE LARGEMENT DÉCRIÉS PAR LA COMMUNAUTÉ SCIENTIFIQUE

Les tests de maturation osseuse ont été élaborés essentiellement pour mesurer la différence entre l'âge osseux et l'âge civil d'un individu dans les cas de retards de croissance. Une radiographie (en général de la main) permet de comparer l'état des cartilages à un tableau de référence élaboré dans les années 1930 aux États-Unis à partir d'une population dite « caucasienne ». Utilisés à des fins thérapeutiques, ils n'ont aucune valeur pour déterminer l'âge civil d'un individu, comme la totalité des instances médicales éthiques et juridiques l'affirment⁹⁸.

Il est reconnu aujourd'hui que le développement physique des jeunes qui ont subi de forts retards de croissance dans leur enfance, notamment du fait de la malnutrition et des traumatismes, ne peut être comparé à celui des jeunes qui n'ont pas eu la même histoire. C'est la raison essentielle pour laquelle la communauté scientifique se refuse désormais à leur accorder toute crédibilité. Par ailleurs, ces examens exposent les jeunes à des risques de radiation et ont souvent lieu sans que le consentement de l'intéressé n'ait été recherché.

Pourtant, ils sont largement utilisés pour déterminer l'âge des mineurs isolés étrangers. Alors que la circulaire du 31 mai 2013⁹⁹ préconise de ne les pratiquer qu'en dernier recours et qu'ils ne peuvent établir seuls la majorité, les faits montrent qu'il y est recouru quasi systématiquement dans beaucoup de départements. Les tests osseux constituent souvent le seul élément sur lequel repose l'évaluation de la situation du jeune. Leur intérêt principal aux yeux de ceux qui y recourent est qu'ils sont rapides, peu onéreux, et qu'ils confèrent un fondement « scientifique » à des décisions très lourdes de conséquences à l'encontre des jeunes.

« Moi, je m'appelle M., je suis né le 7 février 1998. Je suis arrivé à Nantes le 11 janvier 2015 et j'ai été pris en charge par le conseil général le 12 janvier qui m'a envoyé à l'hôtel. J'ai fait 2 semaines à l'hôtel. Après mes 2 semaines on m'a fait comprendre que je devais passer aux tests osseux. Je suis allé faire les tests le 26 janvier. Le 6 février, quand je suis rentré dans ma chambre d'hôtel, on avait mis un message sur mon lit. J'avais rendez-vous le

lendemain avec le chef du CDEF¹⁰⁰. Quand je suis arrivé à mon rendez-vous, on m'a fait comprendre que je n'étais plus pris en charge, que je devais libérer la chambre d'hôtel. J'ai demandé pourquoi. On m'a juste répondu que la décision vient du haut, que je devais libérer les lieux... Après ça, bon, j'ai pris mes affaires, je suis allé au Gasprom¹⁰¹ pour expliquer mon problème. J'ai rencontré madame F., elle m'a trouvé un endroit où dormir et j'y ai passé la nuit. Elle m'a dit que je devais chaque fois appeler le 115 pour que je puisse avoir un endroit où dormir. Après j'ai essayé d'appeler le 115, une fois, deux fois, ça ne passait pas. Bon, à la 3^e fois ils ont pris le téléphone et j'ai expliqué mon problème, que j'étais mineur isolé et que j'ai été mis dehors. Ils m'ont fait comprendre qu'ils ne prennent pas les mineurs, qu'ils s'occupaient des majeurs. Ce jour je n'ai pas pu avoir où dormir. Le lendemain je suis encore allé voir madame F. pour lui expliquer. Elle a rappelé les gens du 115 pour leur expliquer mon problème. Ils m'ont enregistré. Ils m'ont dit que je devais appeler aux environs de 20 h. À 20 h quand j'ai appelé ils m'ont dit qu'il n'y a pas de place pour dormir. Le lendemain j'ai encore appelé. Ils m'ont fait comprendre qu'il n'y a pas de place et finalement je suis allé dormir dans un squat, et c'est là où je passe mes nuits pour le moment. »

[Témoignage recueilli lors d'une rencontre avec des mineurs isolés organisée par le Gasprom, la Cimade, RESF et le collectif MMIE, Nantes 2014].

Il semble difficile dans ces conditions de maintenir des pratiques aussi peu fiables ayant des conséquences aussi dramatiques. MdM dénonce l'instrumentalisation de la médecine à des fins de gestion migratoire et les dégâts causés par l'usage de ces tests médicaux d'évaluation de l'âge. À ce titre, l'association soutient la position de la CNCDH qui, dans son avis du 26 juin 2014¹⁰², 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 tels¹⁰³.

(98) Voir à ce sujet : Avis du Comité consultatif national d'éthique (avis n°88 du 23 juin 2005) ; Rapport de l'Académie nationale de médecine du 16 janvier 2007 ; Recommandation du Défenseur des droits (MDE/2012-179 du 21 décembre 2012) ; Avis du Haut Conseil de la santé publique du 23 janvier 2014 ; Avis de la CNCDH du 26 juin 2014.

(99) Circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation.

(100) Centre départemental enfance et famille.

(101) Association de solidarité pour les immigrés.

(102) CNCDH, Avis sur la situation des mineurs isolés étrangers présents sur le territoire national. État des lieux un an après la circulaire du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers (dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation), 26 juin 2014.

(103) Vivien Feltz "Age assessment for unaccompanied minors" MdM International Network Head Office, juillet 2015.

4. L'ACCÈS AU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET AU SUIVI DE GROSSESSE POUR LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, les femmes représentaient 38 % de la file active

des Casos. La moitié d'entre elles ont un ou plusieurs enfants à charge.

→ Un peu plus de 6,5 % des femmes ayant consulté au Caso étaient enceintes. Dans près d'un tiers des cas le diagnostic de grossesse a été posé lors de la consultation médicale au Caso.

→ Parmi les femmes enceintes, près de la moitié présentait un retard de suivi de grossesse.

→ 27 % des femmes enceintes vivent à la rue, en squat ou en campement ; seules 5 % disposent d'une couverture maladie.

FIGURE 8 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE FEMMES REÇUES DANS LES CASO DE 2007 À 2014

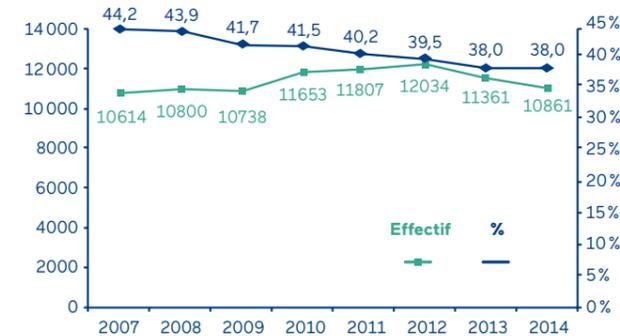


TABLEAU 38 : 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO, 2014

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	15,8	Ex-Yougoslavie	3,8
Algérie	10,4	Côte d'Ivoire	3,3
Maroc	6,3	Bulgarie	3,2
France	5,1	Russie-Tchéchénie	2,8
Cameroun	4,9	Albanie	2,6

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO

En 2014, 2 600 femmes de 15 ans ou plus ont indiqué avoir déjà été enceinte. L'âge moyen à la 1^{re} grossesse est de 21,6 ans (tableau 39). L'âge à la 1^{re} grossesse des femmes reçues dans les Casos est plus précoce qu'en population générale, estimé à 28 ans [Davie 2012].

Interrogées sur leur contraception, seules 16 % environ des femmes de 15 à 50 ans ont indiqué, au moment de leur visite au Caso, utiliser un moyen de contraception, soit 5 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].

Face à ces constats, il convient d'agir pour une meilleure intégration des femmes dans leurs parcours de soins et de prévention en lien avec l'ensemble des structures concernées. MdM regrette qu'aucune proposition ne soit prévue à ce titre dans le projet de loi de santé 2015 en faveur du maintien et de la pérennisation des structures de premier recours que sont les PMI ou les centres de planification. Enfin, toutes les barrières linguistiques, financières et administratives doivent être levées pour favoriser l'accès à la contraception et éviter les conséquences liées aux grossesses non désirées.

TABLEAU 39 : ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DES FEMMES DE 15 ANS ET PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2014

	%	n
Ont déjà été enceintes	82,4	2 591
Âge moyen à la 1 ^{re} grossesse	21,6	
Nombre total de grossesses (enfant vivant, IVG, fausse couche,...)	3,4	
Ont une contraception actuellement ¹	15,9	330
Souhaitent une contraception ¹	13,8	142

Taux de réponse : A déjà été enceinte : 35 % ; âge première grossesse : 70,3 % ; nombre total de grossesses : 92,1 % ; a une contraception actuellement : 29,2 % ; souhaite une contraception : 59,1 %.
(1) Femmes de 15 à 50 ans.

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

« Madame B. de nationalité camerounaise est enceinte de 7 mois. Elle s'est présentée au Caso pour des douleurs au bas ventre. En arrivant, elle nous explique qu'elle n'a jamais vu de docteur durant sa grossesse car elle a très peur de se faire arrêter par la police. »

[Caso de Nantes, 2014]

« A. et J., sont mariés, en demande d'asile, et A. est enceinte de 8 mois 1/2. Ils ne parlent pas un mot de français mais ont sur eux une lettre de recommandation du Cada. Avec peine, nous obtenons un interprète ukrainien et nous parvenons à démarrer la consultation. Le jeune couple est arrivé à Pau hier après un long voyage. Le Cada n'a pu leur trouver de logement, ils ont donc passé la nuit sur un banc dans un parc. »

Le médecin examine la jeune femme, qui semble robuste mais souffre toutefois de contractions probablement dues à la fatigue. Un rendez-vous est pris à la Pass mais aucune consultation n'est possible avant 3 jours... Il est inconcevable que cette jeune femme passe une nuit supplémentaire dehors. Nous tentons de lui trouver une solution d'hébergement. S'engage alors un parcours du combattant qui est perdu

d'avance. Le 115 n'a aucune place et toutes les associations contactées non plus. Le conseil général : se dit non concerné et l'assistante sociale du Cada ne trouve pas de solution... Après 3 heures de recherche infructueuse, nous décidons d'héberger exceptionnellement ce couple à l'hôtel.

[Caso de Pau, 2015]

En 2014, 700 femmes enceintes ont consulté dans les Casos, soit 6,5 % des femmes reçues au cours de l'année et 2,5 % de l'ensemble de la file active. Près du tiers de ces grossesses ont été diagnostiquées lors de la consultation médicale au Caso.

Ces femmes enceintes étaient âgées en moyenne de 27,6 ans ; près de 6 % d'entre elles étaient mineures. Les conditions de logement des femmes enceintes sont, comme pour l'ensemble des autres patientes, particulièrement difficiles avec seulement 14 % vivant dans un logement personnel et 29 % vivant dans un squat, un campement ou à la rue. Seules 5 % d'entre elles disposent de droits ouverts à une couverture maladie lorsqu'elles se présentent au Caso.

La précarité sociale de ces femmes a des conséquences déléteres sur le suivi de leur grossesse. Lorsqu'elles consultent dans les Casos, près de 45 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse et seules 42 % ont eu accès à des soins prénataux (tableau 40). En conséquence près de la moitié des femmes enceintes nécessitent selon les médecins une prise en charge urgente ou assez urgente. Ces résultats démontrés par ailleurs [Blondel 2011] mettent en évidence un défaut de surveillance prénatale parmi les femmes en situation précaire et par conséquent des risques plus importants d'hospitalisation pendant la grossesse, de prématurité ou de mise au monde d'enfants de petits poids. Rappelons également que les risques de décès maternels sont 2 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].

Ainsi, comme le souligne l'Observatoire du Samu social dans sa dernière enquête auprès des familles sans logement personnel en Île-de-France, « la période de la grossesse, qui devrait être une fenêtre d'opportunités pour elles et l'enfant à venir, se trouve être [...] une période de vulnérabilité accrue. Les difficultés d'accès aux soins peuvent avoir des conséquences sur le suivi de la grossesse puis celui du jeune enfant » [Observatoire du Samu social 2015].

TABLEAU 40 : ACCÈS AUX SOINS PRÉNATAUX ET SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES ENCEINTES REÇUES DANS LES CASO, 2014

	%	n
Accès aux soins prénataux	41,6	94
Retard de suivi de grossesse	44,8	112

Taux de réponse : Accès soins prénataux : 47,5 % ; Retard suivi grossesse : 52,5 % ; Demande d'IVG : 52,7 %

5. QUELLES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS POUR LES PATIENTS FRANÇAIS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ?

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, la part des Français¹⁰⁴ dans la file active s'élève à 6,8%.

- Ce sont plus spécifiquement des hommes, vivants seuls et sans enfants ; qui sont en moyenne un peu plus âgés que les autres consultants.
- 29 % des Français sont sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence de courte durée.
- Plus de la moitié (57 %) des Français n'a aucune couverture maladie au jour de la consultation au Caso, moins de 20 % ont une couverture maladie complète.
- Le retard de recours aux soins concerne 1 personne sur 2, et le renoncement aux soins 1 sur 4.

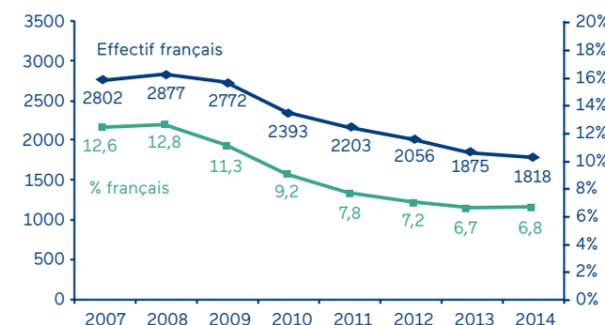
« C. 32 ans, est à la rue depuis plusieurs mois. Elle a passé les nuits précédentes dans le hall des urgences à l'hôpital. Elle manque de sommeil et se dit épuisée. Elle souhaite voir le médecin car elle est fébrile et présente un syndrome grippal. Elle a bien un médecin traitant mais elle n'a pas osé aller le voir car elle n'a pas fait renouveler ses droits à la CMUc. Les journées à la rue la stressent et la fatiguent, elle ne sait pas si elle va pouvoir être hébergée dans les prochains jours. Elle dit ne pas avoir l'énergie nécessaire pour s'occuper de ses papiers... »

[Programme précarité de Nantes, 2014]

Dans ce chapitre sont considérés comme Français les personnes de nationalité française (dont ceux ayant une double nationalité) ainsi que les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans qui leur ouvre exactement les mêmes droits que les Français. En 2014, leur part s'élève à 6,8 % dans la file active

des Caso (figure 9). Le nombre et la part des Français dans la file active ne cessent de diminuer depuis 2001 ; diminution largement liée à la mise en place de la CMU, qui a permis l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière.

FIGURE 9 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE PATIENTS FRANÇAIS* REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2014



* Sont considérés comme Françaises les personnes de nationalité française ainsi que les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans.

Les patients français sont plus souvent des hommes, âgés en moyenne de 36 ans (vs 32 ans pour les étrangers). Ils vivent plus souvent seuls et sans enfant. En ce qui concerne les conditions de logement, si les Français sont plus nombreux à disposer d'un logement personnel (27 % vs 7 % des étrangers), on constate qu'une part importante reste sans domicile fixe (29 % vs 18 % des étrangers).

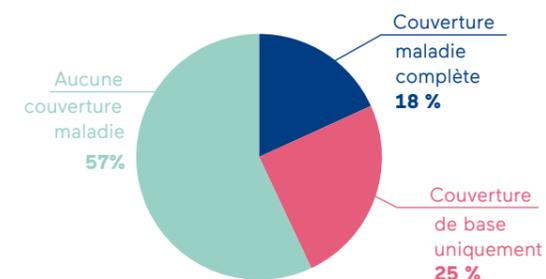
Sur le plan de l'activité et des ressources, seuls 15 % des adultes français indiquent exercer une activité pour gagner leur vie, celle-ci est déclarée dans un peu moins de 9 % des cas. Mais qu'ils exercent une activité ou non, le niveau de pauvreté reste particulièrement élevé parmi ces patients dans la mesure où 94,5 % sont en dessous du seuil de pauvreté. L'absence complète de ressources concerne 21 % des Français.

Si les Français relèvent tous théoriquement de l'assurance maladie, seuls 43 % disposent de droits effectivement ouverts

au jour de leur 1^{re} visite au Caso, et bien souvent, il s'agit uniquement d'une couverture de base laissant la part relative au ticket modérateur à la charge des patients (figure 10).

Les principaux obstacles à l'accès aux droits cités par les Français sont les difficultés administratives (31 %) et les difficultés financières (28 %). Toutefois, les personnes ne disposant que d'une couverture de base citent massivement (56 %) l'obstacle financier, loin devant les difficultés administratives (15 %) alors que les personnes n'ayant aucun droit ouvert mettent davantage en avant les difficultés administratives (39 %) et les délais d'instruction des dossiers trop longs (24 %).

FIGURE 10 : ÉTAT DES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE DES PATIENTS FRANÇAIS¹ REÇUS DANS LES CASO, 2014



(1) Sont considérés comme Français les personnes de nationalité française ainsi que les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans. Taux de réponse : 81 %.

La réduction des freins financiers à l'accès à la santé constitue par conséquent un enjeu majeur. La généralisation du tiers payant, défendue depuis longtemps par MdM, devrait, en ce sens, faciliter le recours aux soins de nombreuses personnes en situation de précarité. Cette mesure constitue un outil efficace pour l'accès à la médecine générale, la lutte contre les retards de soins ou les renoncements aux soins. Elle permettra également de lutter contre la stigmatisation des titulaires de la CMUc, de l'ACS ou de l'AME.

Par ailleurs si la CMUc, mise en place dès 2000, a effectivement permis de réduire le renoncement aux soins des plus pauvres, le succès de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) mise en place depuis 2005 est en revanche bien plus mitigé. Aujourd'hui seul un tiers des personnes éligibles y ont recours. La montée en charge du dispositif peine pour des raisons liées à la méconnaissance et à la complexité du dispositif. Face à ce constat, les seuils d'attribution de l'ACS ont été revalorisés de 8,3 % en 2013 et une réforme du dispositif a été annoncée pour 2015 afin d'inciter tous ceux qui peuvent y prétendre à la demander. **MdM se félicite de ces avancées mais continue de demander l'augmentation des seuils d'attribution pour l'ACS, et également la CMUc, au niveau des seuils de pauvreté.**

LA PRÉCARITÉ EN MILIEU RURAL : QUELLES RÉALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS ?

Moins visible et souvent non dite, la précarité en milieu rural est peu étudiée et attire moins l'attention des politiques publiques. Les espaces ruraux sont pourtant loin d'être épargnés par le phénomène de précarité.

Depuis mai 2013, MdM a mis en place un dispositif nommé Rescorda (Réseau de santé et de coordination d'appui) qui accompagne les personnes vulnérables rencontrant des difficultés d'accès aux droits et aux soins et vivant en milieu rural dans les Combrailles en Auvergne.

L'équipe du Rescorda propose une évaluation des besoins sociaux et de santé de la personne et l'informe sur ses droits à la santé. Si nécessaire, elle propose un accompagnement dans les démarches administratives et établit, avec le patient, un parcours de soins en se coordonnant avec les acteurs locaux concernés. Il s'agit de définir avec la personne et dans le respect de son autonomie et de son libre choix les objectifs prioritaires pour son projet personnel de soins et les solutions les plus adaptées en proposant si besoin un accompagnement à la réalisation de ce parcours. Un des buts de l'action est de rendre la personne autonome dans son accès aux soins pour qu'elle devienne actrice de sa propre santé.

À ce jour, plus de 200 personnes ont été suivies dans le cadre de ce programme. Plus de 300 consultations sociales, plus de 100 consultations de santé (médicales, infirmières, psychologiques) et plus de 100 accompagnements physiques ont été effectués. Jeunes adultes, jeunes en errance, néoruraux, familles monoparentales, personnes seules, personnes âgées et agriculteurs font partie des profils rencontrés. Bien qu'une grande majorité d'entre elles aient des ressources (la plupart sont bénéficiaires de minimas sociaux), elles déclarent pour la plupart rencontrer des difficultés financières dans leur quotidien et se sentir isolées face à leur situation. La majorité des personnes ont un médecin traitant et une couverture maladie. Malheureusement, celle-ci n'est pas toujours adaptée à leur situation personnelle. Presque la moitié des personnes rencontrées déclarent avoir déjà renoncé à des soins alors que la majorité a au moins un problème de santé en cours et considère son état de santé comme mauvais ou médiocre.

(suite page suivante ↘)

(104) Sont considérés comme Françaises les personnes de nationalité française (dont ceux ayant une double nationalité) ainsi que les étrangers ayant un titre de séjour de 10 ans.

Les principales difficultés rencontrées dans l'accès aux soins sont financières (reste à charge trop important, faible disponibilité financière pour avancer des frais, absence de couverture complémentaire, personnes vivant sous le seuil de pauvreté mais au-dessus des seuils d'attribution de la CMUc, ...), administratives (complexité et lourdeur des démarches administratives, incompréhension et méconnaissance du système, défaut d'information, ...), de mobilité (personne sans permis de conduire, sans véhicule, dispositif de transports en commun limité...) ; certains facteurs psychosociaux (peur du regard des autres, peur de se rendre en ville, isolement social, absence de volonté de se faire soigner...) s'ajoutant à ces obstacles.

L'existence de ces difficultés et parfois leur cumul retardent l'accès aux soins chez les personnes vulnérables rencontrées.

L'ACCÈS AUX SOINS DES AGRICULTEURS : UN CONFLIT ENTRE LE RAPPORT AUX CORPS ET AU TEMPS.

Bien que les agriculteurs fassent également partie des profils de personnes vulnérables, peu d'entre eux ont été pris en charge par l'équipe du Rescorda alors que tout porte à croire qu'ils présentent des problèmes de santé et n'ont pas recours aux soins de manière optimale [Berthod-Würmser 2009, De Saint Pol 2007, Bossard 2013]. En France, le taux de pauvreté des agriculteurs reste très supérieur à la moyenne de la population générale et s'accroît ces dernières années passant de 13 % en 2006 à 24 % en 2010⁽¹⁰⁵⁾.

Le statut et la vie de l'agriculteur ont profondément changé au cours des dernières décennies. On constate en particulier une transformation des métiers et des qualifications dans ce secteur : les agriculteurs deviennent des chefs d'entreprise qui doivent faire face à de nombreuses pressions foncières et économiques.

La précarité, soit-elle économique ou sociale, a des conséquences importantes sur l'état de santé, l'accès et le renoncement aux soins [De Saint Pol 2007]. Par ailleurs les conditions de vie et de travail caractérisées par un cumul d'expositions à divers risques et facteurs de pénibilité sont souvent à l'origine d'un état de détresse et de souffrance psychologique particulièrement important dans cette population, pouvant conduire jusqu'au suicide (3^e cause de décès dans le monde agricole, après les cancers et les maladies cardiovasculaires) [Bossard 2013].

Face à ces constats, MdM a mené une étude afin de décrire les comportements de santé des agriculteurs et leurs potentielles difficultés d'accès aux soins. Celle-ci s'est déroulée de mi-février à fin avril 2015, à travers une enquête quantitative (auprès de 112 agriculteurs exploitants) et une enquête qualitative (16 entretiens semi-directifs) menées en parallèle [MdM 2015c].

L'enquête n'a pas révélé de situation de précarité extrême chez les agriculteurs rencontrés. Cependant, près d'un tiers des foyers interrogés ont déclaré rencontrer souvent des difficultés pour faire face à leurs besoins. Par ailleurs, les conditions de pénibilité du travail ont tendance à faire passer la santé au second plan dans cette population (les agriculteurs travaillent 6 à 7 jours par semaine et prennent moins de 4 jours de vacances par an en moyenne). On observe dans cette population d'agriculteurs une tendance à la suractivité professionnelle, qui a des répercussions non négligeables sur la santé. Plus des 3/4 des personnes interrogées considèrent que leur travail est fatiguant nerveusement et physiquement et plus de la moitié déclare qu'il les empêche souvent de dormir. Selon les résultats de l'enquête quantitative, un quart des agriculteurs présenterait une détresse psychologique (au sens du GHQ12⁽¹⁰⁶⁾). Le lien entre les pressions professionnelles et leurs répercussions sur la santé est clairement explicité par une personne enquêtée, qui dit de son mari qu'il a parfois du mal à dormir parce qu'« il organise beaucoup ses journées aussi la nuit ou aux toilettes aussi ».

Parmi les agriculteurs interrogés, 14 % ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin et près de 20 % un dentiste au cours des 12 derniers mois. Le manque de temps est le motif le plus souvent évoqué pour expliquer le refus ou le renoncement aux soins. L'enquête qualitative a montré qu'il pouvait être parfois un prétexte masquant une autre cause (peur du médecin ou d'un acte chirurgicale absence de motivation, difficultés financières...).

Enquêteur : *Et vous savez pourquoi il ne voulait pas aller voir le médecin ?*

Conjointe collaboratrice : *Non non, il a pas le temps et puis il veut pas, le vétérinaire est plus indispensable.*

Enquêteur : *Ah bon ? (rires) Le vétérinaire est plus indispensable que le médecin ?*

Conjointe collaboratrice : *Oui c'est plus indispensable de faire soigner les animaux que pour les paysans se faire soigner eux.*

Si l'obstacle financier semble assez peu évoqué, on constate toutefois qu'il est très fréquemment sous-jacent et, combiné aux autres obstacles, il peut entraîner des difficultés d'accès aux soins, comme l'évoque ce maraîcher de 34 ans

« Y'a une période ça m'a bloqué financièrement. Au début de mon activité financièrement je m'en sortais pas [...] j'avais des rendez-vous au CHR de Clermont pour mon bras, et bin je devais vraiment faire attention, le plein d'essence pour aller à l'hôpital c'était difficile quoi. Voilà y'a une heure de route et du coup c'est vrai que quelques fois je restais dans ma douleur parce que financièrement je pouvais pas me permettre, même si je payais rien là-bas. »

Il est probable que les agriculteurs accordent peu de temps ou de place à la douleur ou à la maladie, par manque de temps mais également du fait d'une surestimation de leurs capacités. Ainsi 8 personnes sur 10 considèrent que leur corps résiste très bien à la maladie et la même proportion indique avoir une vie très saine et pourtant les agriculteurs présentent une moindre qualité de vie physique et mentale (au sens du SF12⁽¹⁰⁷⁾) par rapport à la population générale. Comme d'autres études ont pu le montrer, plus que l'intensité de la douleur ou sa durée, c'est la perte d'autonomie de mouvement qui incite à prendre en considération les troubles. Les autres troubles donnant lieu à des réactions plus nuancées ou hybrides. En particulier les douleurs « morales » sont souvent subies passivement, témoignant d'un certain rejet pour une prise en charge globale et de fond.

Ces résultats mettent en évidence que les agriculteurs n'ont pas un parcours de soins optimal et que de nombreux obstacles interviennent dans leurs accès aux soins. Leur rapport au travail a des conséquences non négligeables sur leur rapport au corps et leur santé mentale et de fait sur l'accès aux soins.

La richesse du croisement entre l'enquête qualitative et quantitative a permis de proposer une répartition en 3 profils d'agriculteurs/éleveurs aux comportements de santé très différents. D'une part les éleveurs bovins natifs du cru, travaillant en exploitation individuelle, plutôt célibataire et se tournant davantage vers la médecine traditionnelle. La deuxième catégorie se caractérise par les petits éleveurs et agriculteurs biologiques, pas forcément natifs du cru, vivant en couple ou célibataire mais se tournant davantage vers une pratique de santé sur un mode alternatif. Enfin, le 3^e profil est celui des retraités natifs du cru, souvent veufs ou isolés et présentant des conditions matérielles de vie très rude. Leur rapport à la santé est fortement lié à leurs conditions de vie et obéit à un monde paysan aujourd'hui disparu dans la pratique des nouvelles générations.

À terme, l'enquête devrait permettre la mise en place d'actions spécifiques à conduire en direction des agriculteurs et éleveurs et respectant leurs pratiques et rapport à la santé. Des actions pluri-partenariales de proximité en lien avec les dispositifs d'aide et de remplacement, les travailleurs sociaux et des professionnels de la prise en charge psychologiques sont potentiellement des pistes à développer pour répondre au mal-être et aux difficultés d'accès aux soins que rencontrent les agriculteurs.

(105) Source : Centre d'études et de prospective, 2010.

(106) Le GHQ12 de Goldberg et Hillier (1979), est un questionnaire de santé générale qui la mesure sur 4 dimensions : anxiété et insomnie, symptômes somatiques, dysfonctionnement social et dépression. [Goldberg 1979].

(107) Le SF12, version abrégée du « Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey » (SF-36), est un indicateur de qualité de vie qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale qui se divise en deux scores : le score de santé physique et le score de santé mentale.

6. LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, 20 % des personnes ayant fréquenté les Caso sont sans domicile ou dans un dispositif d'hébergement d'urgence pour une courte durée.

→ La proportion de personnes sans domicile est plus importante chez les hommes et chez les Français.

→ 89 % des sans-domicile n'ont pas de couverture maladie.

→ Ces patients sont plus souvent affectés de troubles d'ordre psychologique et de pathologies dermatologiques

MdM, aux côtés de nombreuses associations, appelle de nouveau à la mise en place de solutions en nombre suffisant, adaptées, pérennes et innovantes pour les personnes à la rue, comme par exemple le programme expérimental national « un chez soi d'abord¹⁰⁸ » qui s'adresse aux personnes à la rue souffrant de troubles psychiques ou encore les actions d'hébergement, de stabilisation et d'orientation menées en partenariat avec l'autosupport squat auprès des personnes précarisées (cf. encart)

En 2014, 20 % des patients reçus dans les Caso, soit 4 675 personnes, se déclarent sans domicile fixe¹⁰⁹. Par ailleurs, plus de 30 500 contacts¹¹⁰ ont été effectués par les programmes mobiles auprès de personnes en situation précaire, non ou mal logées.

Les personnes sans domicile fixe rencontrées dans les Caso sont plus fréquemment des hommes (73 % contre 27 % de femmes). L'âge moyen des personnes sans domicile rencontrées dans les Caso est de 32 ans. Près de 16 % sont des mineurs et 4,5% sont des mineurs isolés.

Environ 91 % des personnes sans domicile sont de nationalité étrangère, originaires majoritairement d'Afrique subsaharienne (35 %), d'Europe hors UE (16,7 %), du Maghreb (16,7 %) et d'Union européenne hors France (16,4 %). Les ressortissants roumains représentent un peu plus de 9 % des patients sans domicile, devant les Français (8,6 %), les Algériens (8,2 %) et les ressortissants de l'ex-Yougoslavie (5,4%) (tableau 41).

Les personnes sans logement vivent pour la plupart seules avec ou sans enfant (76 %). 41 % indiquent avoir des enfants mineurs qui, le plus souvent, ne vivent pas avec elles (63 % des cas).

Au plan administratif, près de la moitié des patients sans domicile (48 %) sont des étrangers en situation irrégulière et environ 12 % sont en cours de procédure de demande d'asile. Rappelons à ce titre que les demandeurs d'asile doivent en principe être hébergés en Cada.

D'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), plus de 140 000 personnes seraient sans domicile fixe en France métropolitaine, dont 30 000 mineurs [Yaouancq 2013]. Depuis 2001, le nombre de personnes sans domicile a augmenté de 50 % et la part des étrangers parmi les sans-domicile est passée de 38 % à 53 %. Cette augmentation est en partie liée à l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile, qui, faute de place dans les Cada, se retrouvent sans domicile (les demandeurs d'asile font l'objet d'un chapitre spécifique page 90).

En 2012, le nombre de places pérennes d'hébergement d'urgence s'élevait à 80 000. Les capacités d'hébergement d'urgence ont été fortement augmentées au cours des dernières années mais insuffisamment au regard des besoins qui augmentent : même en dehors des périodes hivernales, le 115 ne parvient pas à répondre aux demandes d'urgence. Ainsi en novembre 2014, 52 % des personnes ayant sollicité le 115 n'ont jamais été hébergées selon le Baromètre du 115 qui conclut dans son rapport que « la sortie de la gestion au thermomètre, annoncée depuis deux ans par le gouvernement, pour héberger toute l'année les personnes sans abri, quelles que soient les saisons, relève d'une réalité peu perceptible » [Fnars 2014].

(108) Modèle d'accès et d'accompagnement vers et dans le logement pour les personnes souffrantes de troubles psychiques, à la rue sur le modèle de « Housing First ». Expérimentation dans 4 villes (Marseille, Paris, Lille, Toulouse).

(109) Dans ce chapitre, le terme « sans domicile » désigne les personnes ayant déclaré vivre à la rue ainsi que les personnes hébergées pour une durée inférieure à 15 jours par un dispositif d'urgence (115, accueil de nuit, Samu social...).

(110) 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.

LES SQUATS URBAINS : ÉVITER AUX SANS-LOGIS DE DEVENIR DES SANS-ABRIS

Les squats urbains représentent, au cœur de la ville, des espaces qui résistent à l'exclusion vers la rue et à l'atomisation des errances solitaires. De l'abri dans une friche urbaine à l'immeuble vacant, les squats s'inscrivent dans tous les interstices de la ville et lui rappellent l'existence de ses marges. Ils constituent l'une des principales modalités de « sortie de la rue ». Habitats précaires et illégaux, ces lieux de vie sont parfois (quoique transitoirement) tolérés par les pouvoirs publics car ils réduisent les troubles à l'ordre public, en permettant de rendre invisibles ceux qui s'y réfugient, et qui disparaissent ainsi de la rue.

Mais les squats restent très proches de la rue du fait des risques permanents d'expulsion et des modes de vie de leurs occupants, très souvent marqués par l'errance. Les squats sont aussi une alternative, provisoire ou durable, pour tous ceux qui font le choix d'une (sur)vie collective, au sein d'une communauté de culture et (ou) d'intérêt. La recherche d'un étayage de groupe est, autant que celle d'un abri, l'expression d'un besoin qui doit être pris en compte, mais qui achoppe dans les dispositifs classiques d'hébergement.

Le défi est alors celui de la remise en lien, de l'apprivoisement et de l'ouverture, face aux risques de repli, de ruptures, de transgressions et d'isolements délétères, avec le retour vers l'errance et la rue.

Les risques sanitaires spécifiques à la vie en squat sont d'une part des risques environnementaux liés à l'absence d'eau, d'électricité et de sanitaires, et d'autre part des risques comportementaux et socioculturels que sont les usages de produits psychoactifs, les IST et les violences.

En Île-de-France, le programme Squat de MdM travaille en lien avec près de 50 sites chaque année, dont la majorité fait partie de l'intersquat¹¹¹ Paris-Île-de-France. L'objectif du programme est de permettre aux personnes vivant dans les lieux non prévus pour l'habitat d'accéder aux soins et aux droits dans une démarche de réduction des risques. Pour cela, le programme va à la rencontre de ces publics vulnérables qui ne fréquentent pas les dispositifs de santé de droit commun. **La spécificité du programme Squat est sa co-construction avec les personnes auxquelles il est destiné.** L'interaction, le partage des connaissances et des

compétences entre squatteurs et intervenants sont des valeurs fondamentales du projet qui visent à renforcer l'action communautaire. Cette dynamique communautaire permet ainsi à toutes les parties prenantes d'atteindre ses propres objectifs concrets :

- Pour les squatteurs : les moyens d'une alternative à la rue et à l'irrégularité.
- Pour les associations : les moyens d'intervenir en amont pour réduire les risques.
- Pour les pouvoirs publics : des moyens de gérer pragmatiquement et dignement une question sociale difficile.

En 2009, le programme a fait l'objet d'une recherche-action participative impliquant plusieurs institutions et associations ainsi que les personnes vivant en squats [Pettiau 2014]. Cette recherche avait pour objectifs d'une part la production de connaissance sur les rapports à la santé et aux institutions de soins et de droit commun des squatteurs et personnes susceptibles d'avoir recours au programme Squats, et d'autre part la conduite d'une étude évaluative du programme en lui-même.

En raison de leur capacité d'offres d'hébergement **(en 2014, ce sont ainsi plus de 196 000 nuitées d'hébergements qui ont été réalisées dans 46 squats en régions parisienne)**, de stabilisation et d'orientation menées en partenariat avec l'autosupport auprès des personnes précarisées, les squats constituent aussi un terrain d'innovations sociales par :

- Des propositions effectives de politiques médico-psycho-sociales ascendantes mises en œuvre par les collectifs citoyens de squatteurs, en termes d'accueil, d'hébergement et de réinscription sociale des personnes (emploi, logement, santé globale) ;
- L'investissement des collectifs de squatteurs dans la vie de la cité au niveau des communes, qui valident ces choix de vie en conventionnant ces initiatives innovantes, efficaces et moins coûteuses ;
- Des conventionnements possibles entre une municipalité et un squat comme par exemple la Maison Mimir¹¹² à Strasbourg, qui a signé un bail emphytéotique de 20 ans avec la mairie ;
- Des activités créées dans les squats, à l'instar de la Ressourcerie de la Petite Rockette¹¹³ qui s'inscrit depuis 4 ans dans une économie sociale et solidaire et a permis la création de 17 postes salariés aidés pour des personnes issues des squats et de la rue.

(111) L'intersquat est issue de la volonté par les différents squats de mutualiser des expériences et le partage des connaissances acquises depuis plusieurs décennies, de développer la capacité d'organisation et l'implantation des lieux de vie sur des zones sensibles dans la Cité. Cette organisation a permis aux membres de l'intersquat, de se positionner comme un observatoire des conditions de vie et des droits des personnes en situation de grande difficultés socio-économiques. Chaque squat devient ainsi, un relais d'informations, de ressources et d'étayage à la réinscription socio-culturelle des personnes et des collectifs de vie communautaires (squats culturels et artistiques, lieux d'hébergement et de création...). MdM travaille avec l'intersquat Paris/Île-de-France depuis 2004.

(112) <http://maison-mimir.com/>

(113) <http://www.lapetiterockette.org/ressourcerie/>

La situation sociale des patients sans domicile est de toute évidence aussi dégradée que celle des autres consultants de MdM. Ils sont 76 % à relever d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative (vs 84 % des autres consultants) et seulement 14 % à disposer effectivement de droits ouverts (vs 15 % des autres consultants). Si l'on considère l'ensemble des patients sans domicile, qu'ils relèvent ou non d'un dispositif de couverture maladie, ce sont seulement 11 % d'entre eux qui bénéficient d'une couverture maladie lorsqu'ils se présentent dans les Caso.

Interrogés sur les principaux obstacles à l'accès aux droits, les personnes sans domicile citent, sans se démarquer des autres patients, les obstacles administratifs (31 %), la méconnaissance des droits auxquels ils peuvent accéder et des structures délivrant des soins (29 %) ou encore l'impossibilité d'obtenir des droits (21 %). **Le principal frein à l'ouverture des droits rencontré par les personnes sans domicile reste cependant celui de la domiciliation administrative qui concerne 43 % d'entre elles** (cf. encart page 45).

TABLEAU 41 : 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE REÇUES DANS LES CASO, 2014

Nationalités	%	Nationalités	%
Roumanie	9,3	Maroc	4,4
France	8,6	Mali	4,3
Algérie	8,2	Guinée	3,8
Ex-Yougoslavie	5,4	Cameroun	3,8
Albanie	4,5	Nigeria	3,7

Les problèmes de santé des personnes à la rue rencontrés dans les Caso se concentrent principalement autour des affections respiratoires (28 %), digestives (27 %) et ostéoarticulaires (21 %). On constate par ailleurs une fréquence nettement plus élevée des troubles d'ordre psychologique (17 %) dominés par le stress et les syndromes anxieux, ainsi que des affections dermatologiques (21 %) chez ces patients. Soulignons enfin que les personnes sans domicile fixe présentent plus souvent des conduites addictives (drogues, médicaments, alcool...) que les autres patients (tableau 42). Ces résultats sont confirmés par d'autres études qui indiquent que les conditions de vie « dans la rue » ont des effets très délétères sur la santé. En effet, les personnes sans domicile souffrent plus fréquemment de tuberculose et de troubles digestifs, dermatologiques et psychiques. De plus, l'exclusion peut entraîner de fortes souffrances psychiques et/ou renforcer des troubles mentaux préexistants, comme en témoigne l'enquête Samenta menée en Île-de-France auprès des personnes sans logement [Laporte 2010]. Selon cette étude, un tiers des personnes sans logement souffrent de troubles psychiatriques sévères et un cinquième au moins d'une addiction, ces niveaux étant bien plus élevés qu'en population générale.

TABLEAU 42 : PRINCIPAUX DIAGNOSTICS REPÉRÉS CHEZ LES PATIENTS SANS DOMICILE REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2014 (% EN COLONNE)

	Sans domicile	Autres patients	P ¹
Diagnostics les plus fréquemment posés			
Infections respiratoires supérieures	14,0	11,2	**
S/P système digestif	12,5	12,2	ns
Angoisse-Stress-Troubles psychosomatiques	11,1	6,4	***
Autres S/P ostéoarticulaires	9,1	8,6	*
Affections dents-gencives	7,6	6,4	*
S/P rachis	6,9	6,2	*
Parasitoses / Candidoses	6,8	4,9	***
Autres diagnostics syst. digestif	6,0	5,9	ns
Infections respiratoires inférieures	5,9	3,8	***
Conduites addictives (drogues, médicaments, alcool)	2,0	0,4	***
Nature des pathologies présentées par les patients²			
Aiguës	64,0	56,1	***
Chroniques	53,4	59,0	**

(1) Analyses ajustées sur l'âge. *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.

(2) Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de nature différente. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation, plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

Le recours aux soins de façon tardive et la difficulté d'observer des traitements du fait des conditions de vie sont également des facteurs aggravants pour la santé des personnes sans abri. À ce titre, environ 43 % des personnes sans abri ayant consulté en 2014 accusaient un retard de recours aux soins et près de 30 % nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente. Enfin, près d'une personne sans domicile fixe sur cinq indique avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois, proportion significativement plus élevée que celle des autres patients (tableau 43).

TABLEAU 43: RETARD DE RECOURS AUX SOINS, RENONCEMENT AUX SOINS ET SOINS URGENTS DES PATIENTS SANS DOMICILE REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2014 (% EN COLONNE)

	Sans domicile		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	43,4**	799	40,5	2 970
Renoncement à des soins	18,9**	452	17,1	1 764
Soins urgents ou assez urgents	29,6***	601	25,9	2 114

Analyses ajustées sur le sexe, l'âge, la nationalité, la situation administrative, et les droits à la couverture maladie.

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

Taux de réponse : retard de traitement : 49,1 % ; renoncement aux soins : 62 %, soins urgents : 55,1 %.

On estime à l'heure actuelle que l'espérance de vie d'une personne sans abri se situe entre 40 et 50 ans [Hewett 2010 & 2011, Collectif Les morts de la rue 2014]. L'Insee souligne que l'état de santé de ces personnes se dégrade proportionnellement à la durée du temps vécu dans la rue [Rochère 2003]. Les conditions de vie extrêmement précaires exposent ces populations à un fort risque de complications médicales et les urgences hospitalières deviennent alors souvent le seul recours pour les patients sans domicile présentant un problème de santé, alors que certaines d'entre elles pourraient bénéficier du dispositif spécifique des lits haltes soins santé (LHSS). Ce dispositif est destiné spécifiquement aux personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de convalescence sans justifier une hospitalisation. Malheureusement, il est aujourd'hui saturé (37,8 % des demandes d'admission sont refusées) [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. Les équipes de MdM font ainsi face à de nombreuses situations de personnes malades et à la rue pour lesquelles aucune solution de « mise à l'abri » n'aboutit.

Le développement des LHSS, des lits d'accueil médicalisés (LAM) et une meilleure articulation entre tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico sociaux existant permettraient une prise en charge des personnes mieux adaptées à leurs besoins, plus humaine et plus économique par le désengorgement des hôpitaux où les patients séjournent au-delà du temps nécessaire à la prise en charge strictement hospitalière de leur problème de santé.

7. LES DEMANDEURS D'ASILE

FACE À UN SYSTÈME « À BOUT DE SOUFFLE »

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2014, 6,8 % des patients reçus dans les Caso sont des étrangers ayant une procédure de demande d'asile en cours.
- Près de 4 demandeurs d'asile sur 10 sont originaires d'Europe (hors UE) et 1/3 d'Afrique subsaharienne.
- Malgré leur droit à l'hébergement, 29 % sont à la rue et 8 % vivent dans un campement ou un squat.
- 88 % n'ont pas de couverture maladie.
- Les demandeurs d'asile sont plus souvent affectés de troubles psychologiques.

L'asile est une protection qu'accorde un État à un étranger qui est ou qui risque d'être persécuté et qui ne peut être protégé par les autorités de son pays d'origine. La Convention de Genève de 1951 donne la définition suivante du réfugié : « [toute personne qui] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. »

Outre le droit international et le droit européen, le droit d'asile tire en France sa valeur constitutionnelle du préambule de la Constitution de 1946 et de la Constitution de 1958.

La personne sollicitant l'asile en France doit se présenter à la préfecture, qui déterminera son droit au séjour en tant que demandeur d'asile et lui appliquera une procédure dite normale, prioritaire¹¹⁴ ou du règlement dit « Dublin III¹¹⁵ ». En cas d'admission au séjour en procédure normale, la préfecture remet au demandeur d'asile un titre de séjour provisoire pour l'examen de sa demande auprès des autorités compétentes. Pendant l'instruction de sa demande, il doit lui être proposé un hébergement en Cada ou à défaut, une autre solution d'hébergement ou une allocation temporaire d'attente (ATA). En France, l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) est chargé de recevoir et d'instruire les demandes d'asile.

En cas de rejet de la demande, le demandeur peut saisir la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour demander l'annulation de la décision de l'Ofpra. Si la CNDA rejette sa demande (ou l'Ofpra lorsque le demandeur ne fait pas de recours devant la CNDA), il est débouté du droit d'asile.

En 2014, 64 811 demandes d'asile¹¹⁶ ont été déposées en France. La France se situe au 4^e rang des pays d'accueil des demandeurs d'asile en Europe derrière l'Allemagne, l'Italie et la Suède [Ofpra 2014]. **La situation de la demande d'asile en France contraste fortement avec celle de ses pays voisins. En effet, parmi les principaux pays européens, seule la France enregistre une baisse des demandes entre 2013 et 2014 (-2,2 %) ; alors qu'elles sont en augmentation dans la majorité des États, parfois de manière spectaculaire (+500 % en Italie, +58 % en Allemagne, +50 % en Suède et aux Pays-Bas, +10 % en Belgique et en Suisse) [Ofpra 2014].**

Le taux global d'admission s'élève à 28 % en 2014. Après avoir beaucoup diminué entre 2008 et 2013, il semble observer une légère augmentation (24,4% en 2013). Ainsi, au total, 14 512 personnes ont bénéficié d'une protection au titre de l'asile en 2014.

Toutefois, depuis la dernière réforme du droit d'asile par la loi du 10 décembre 2003¹¹⁷, on observe une augmentation du recours aux procédures prioritaires qui n'assurent pas une protection pleine et entière des personnes pendant la durée d'instruction de leur demande. En 2014, 16 922 demandes ont fait l'objet d'une procédure prioritaire soit plus d'une demande sur trois. La part de ces procédures a augmenté de 27 % par rapport à l'année précédente et est la plus élevée depuis 2003. Cette augmentation s'explique en partie par l'inscription de l'Albanie, la Géorgie et le Kosovo sur la liste des pays d'origine sûrs en décembre 2013.

Depuis plusieurs années, la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA), dont MdM est membre, constate « partout en France la dégradation continue des condi-

tions d'accueil des demandeurs d'asile et de l'examen de leur demande de protection internationale. **L'accès à la procédure d'asile est un vrai "parcours du combattant".** L'accès aux conditions d'accueil - hébergement, allocation de survie ou couverture maladie - est marqué par l'exclusion de catégories entières de demandeurs d'asile et par la pénurie d'hébergement tant dans le dispositif spécifique "asile" que dans celui d'urgence » [CFDA 2013]. Ainsi par exemple, seuls 37 % de demandeurs d'asile en cours de procédure disposaient d'un hébergement en Cada en 2013.

RÉFORME DE L'ASILE : D'INQUIÉTANTES PERSPECTIVES

La loi n°2015-925 du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile transpose, après 7 mois de débats parlementaires, les directives européennes de juin 2013. Elle était annoncée par le gouvernement depuis 2013, chacun s'accordant à constater que le système de l'asile est « à bout de souffle ». En amont, à l'automne 2013, une « concertation nationale » s'est tenue à l'initiative du ministre de l'Intérieur entre l'État, des élus et des associations, dont MdM. Le rapport remis au ministre de l'Intérieur à l'issue de cette concertation par les parlementaires Valérie Létard et Jean-Louis Touraine portait des propositions très éloignées des propositions associatives et a été largement critiqué par la CFDA, dont MdM, déplorant que le principal angle retenu pour réformer le droit d'asile soit, une fois de plus, celui de la lutte contre son « dévoiement ». **La CFDA a souligné la faiblesse des propositions parlementaires, le risque d'atteinte au droit d'asile et aux libertés individuelles, qui plus est sans garantie d'une gestion financière efficace.**

Les débats parlementaires ont eux aussi mis au jour une vision de police des étrangers, assise sur le contrôle et la dissuasion, à l'encontre d'une politique de protection des personnes sollicitant l'asile et a déplacé la discussion de l'amélioration de l'accueil des réfugiés à la gestion des flux migratoires. Au contraire, la CFDA appelle à un renversement de logique, en passant à une logique de protection des personnes, dans le respect du droit international ; à une simplification réelle de la procédure d'asile dans l'intérêt exclusif des demandeurs d'asile ; à un renforcement des garanties tout au long de la procédure de façon à la rendre satisfaisante et équitable. Quatre axes ont fondé ces

recommandations de la CFDA pour réaliser cette rupture : le droit à l'accès effectif à une procédure qui assure la qualité de l'examen de la demande d'asile ; le respect du choix des demandeurs d'asile et l'accès de tous aux droits sociaux ; le droit aux soins et à un accompagnement adapté des personnes sans que la vulnérabilité devienne un outil de tri des demandes d'asile ; l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale, sans restreindre la liberté des personnes déboutées dans des centres dédiés.

Le texte de loi affiche la volonté de renforcer les garanties des personnes ayant besoin d'une protection tout en statuant rapidement sur les demandes d'asile (délai de traitement des demandes réduit à 9 mois à l'horizon 2017). S'il comporte a priori quelques avancées (dont l'accès aux conditions d'accueil pour tous les demandeurs d'asile, le droit, pour un plus grand nombre, de rester sur le territoire le temps de la procédure d'appel, la présence d'un entretien à l'Ofpra), de nombreuses dispositions inquiètent : les cas d'examen accéléré des demandes sont multipliés ainsi que les cas d'irrecevabilité ; un dispositif d'hébergement « directif » est instauré au prétexte d'une meilleure répartition territoriale ; enfin l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), organisme sous tutelle du ministère de l'Intérieur se voit attribuer la gestion de ce dispositif d'accueil et la détection de la vulnérabilité, aggravant la confusion dangereuse entre les missions de protection sociale et sanitaire et les activités de surveillance et de contrôle d'une population. Cette place accordée à l'Ofii, interroge le sens du soin, au niveau déontologique et éthique. **MdM restera mobilisé et vigilant quant à la mise en œuvre de cette loi, l'entrée en vigueur de la plupart de ses dispositions étant prévue à l'automne 2015.**

(114) Notamment sur le motif qu'il est originaire d'un pays dit « sûr » ou sur le motif de suspicion d'une fraude. Au 10 octobre 2014, la liste des pays sûrs comprend les 16 États suivants : Albanie, Arménie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Géorgie, Ghana, Inde, Macédoine, Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal, Serbie, Tanzanie.

(115) Le règlement UE n° 604/2013 du Parlement et du Conseil du 26 juin 2013, dit règlement Dublin III, fixe les critères et mécanismes objectifs et équitables permettant de déterminer l'État membre responsable de l'examen d'une demande d'asile présentée dans l'un des États membres par un ressortissant d'un État tiers. Si le pays saisi par la France accepte de prendre en charge l'examen de sa demande d'asile, le demandeur d'asile doit être transféré vers cet État, dans un délai maximum de six mois à compter de son accord.

(116) Réexamens et mineurs accompagnants compris.

(117) Loi 2003-1176 du 10 décembre 2003 (JO du 11 décembre 2003).

Selon la CFDA, le système de l'asile est « à bout de souffle » et seule une réforme en profondeur dont l'objectif premier serait la protection des réfugiés permettra à la France de respecter ses obligations internationales et de remédier aux graves dysfonctionnements du système d'asile Français (cf. encart).

En 2014, les demandeurs d'asile en cours de procédure¹¹⁸ représentent 6,8 % de la file active des Caso. Pour la première année depuis 2007, le nombre de demandeurs d'asile a diminué en 2014 en proportion et en valeur absolue (figure 11).

Les demandeurs d'asile comptent, par rapport aux autres patients, une part sensiblement plus importante de femmes (44 % vs 38 %), ils sont également en moyenne plus jeunes (31 ans vs 33 ans). Près de 4 demandeurs d'asile sur 10 sont originaires d'Europe hors UE, 33 % d'Afrique subsaharienne et 13 % d'Océanie-Amériques. Après une forte augmentation en 2013, la proportion des demandeurs d'asile originaires de l'Europe a retrouvé le même niveau qu'en 2012 (37 %). Du point de vue des nationalités (tableau 44), ce sont les étrangers originaires d'Albanie qui sont les plus représentés dans les Caso (11 %), devant ceux de Russie-Tchéchénie (9 %), ex-Yougoslavie (9 %) et Haïti (7 %).

FIGURE 11 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE DEMANDEURS D'ASILE EN COURS DE PROCÉDURE REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2014.

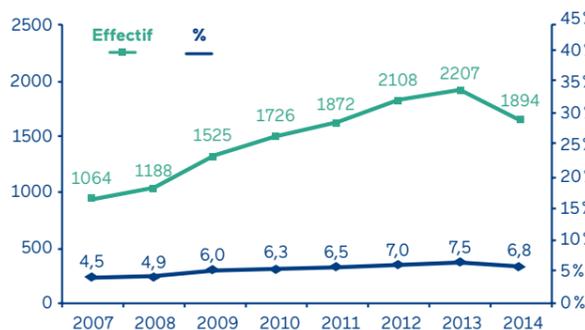


TABLEAU 44 : 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS DES DEMANDEURS D'ASILE¹ REÇUS DANS LES CASO, 2014

Nationalités	%	Nationalités	%
Albanie	10,9	Rép. dém. du Congo	4,9
Russie-Tchéchénie	9,1	Pakistan	3,6
Ex-Yougoslavie	8,7	Géorgie	3,3
Haïti	6,6	Algérie	3,1
Nigeria	5,5	Rép. dominicaine	3,1

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

Les demandeurs d'asile reçus dans les Caso vivent en France depuis peu pour la majeure partie d'entre eux : 80 % sont arrivés depuis moins d'un an et 49 % depuis moins de 3 mois.

(118) Il s'agit d'étrangers originaires d'un pays hors Union Européenne dont la demande d'asile auprès de l'Ofpra est en cours ou en réexamen ainsi que de ceux qui ont déposé un recours ou qui sont en procédure prioritaire.

(119) Sauf pour les demandeurs d'asile se trouvant en procédure prioritaire sans convocation ou RV en préfecture qui ne peuvent prétendre qu'à l'AME sous condition de résidence > 3mois

Seuls 25 % des demandeurs d'asile accueillis dans les Caso indiquent être hébergés par un organisme ou une association, un tiers est hébergé par des proches, 29 % sont à la rue ou en hébergement d'urgence et 8 % vivent dans un campement ou un squat. **Ces résultats soulignent encore une fois l'insuffisance criante du nombre de places en Cada. Malgré le quadruplement de la capacité des places entre 2001 et 2011, seule une minorité des demandeurs d'asile en procédure normale y a accès, du fait de l'insuffisance du dispositif.** Suite à la Conférence nationale contre la pauvreté des 10 & 11 décembre 2012, le gouvernement a annoncé la création de 4 000 places supplémentaires d'ici fin 2014, ce qui devrait porter le nombre total de places à 25 410. Ce chiffre reste encore malheureusement en deçà des besoins 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.

« M. et Mme F. sont chrétiens syriens. Ils ont fui la guerre et les persécutions avec leurs 2 enfants de 8 ans et 2 ans. Ils sont arrivés à Paris le 14 septembre. Les personnes avec qui ils ont été en contact à leur arrivée leur ont conseillé de quitter immédiatement la région parisienne devant la pénurie de logement. C'est ainsi qu'ils débarquent à Nice. Ils se présentent à l'Ofi pour déposer une demande d'asile.

Une demande de prise en charge en Cada est faite mais il n'y a aucune place... et la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) refuse la prise en charge dans le dispositif hôtelier de cette famille, malgré la présence de jeunes enfants, faute de budget. Ils sont donc à la rue. De temps en temps, ils parviennent à dormir dans l'église arménienne de Nice. Le 23 septembre, ils consultent au Caso pour leur fille qui est fiévreuse. Ils n'ont rien mangé depuis 24h. Nous alertons à nouveau la DDCS sur leur situation, sans succès. Devant l'urgence de la situation, nous décidons à titre exceptionnel de prendre en charge des nuits d'hébergement et nous alertons le réseau de partenaires pour trouver une solution d'hébergement. Pendant près d'un mois ils seront hébergés par un particulier... Le 20 octobre enfin, nous apprenons qu'une place en Cada peut leur être proposée dans un autre département. »

[Caso de Nice, 2014]

UN ACCÈS AUX DROITS ENCORE COMPLICQUÉ

Outre un hébergement en Cada, les demandeurs d'asile doivent également bénéficier de la CMU et ce sans durée préalable de séjour¹¹⁹. L'accès aux droits reste cependant compliqué pour la plus grande partie d'entre eux dans la mesure où seuls 12 % ont des droits ouverts lorsqu'ils sont

reçus dans les Caso. La part des demandeurs d'asile avec une couverture maladie s'améliore cependant avec leur durée de résidence en France : de 7 % chez les demandeurs d'asile présent depuis moins d'un an, elle passe à 36 % au-delà d'un an.

Les freins à l'accès aux droits rencontrés par les demandeurs d'asile sont nombreux et de façon générale plus prégnants que pour les autres personnes. Ainsi, 37 % citent les obstacles administratifs liés à la complexité des démarches, 36 % sont en difficulté en raison de la barrière linguistique, 29 % en raison de leur méconnaissance des droits et des structures de soins.

La fréquence du retard de recours aux soins, apprécié par les médecins au cours des consultations, s'élève à 40 % parmi les demandeurs d'asile (tableau 46).

UNE PLUS GRANDE FRÉQUENCE DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

Parmi les demandeurs d'asile, les pathologies les plus fréquentes sont en premier lieu respiratoires (23 %), digestives (21 %), ostéoarticulaires (20 %) et dermatologiques (17 %). Cette population se distingue par une fréquence plus élevée des troubles et affections psychologiques (17 % vs 10 % pour les autres patients). Ces troubles se caractérisent en premier lieu par des syndromes anxieux, du stress, des manifestations psychosomatiques, mais aussi par des syndromes dépressifs près de 2 fois plus fréquents (tableau 45). Cette souffrance psychique est très probablement en lien avec les violences qui ont amené ces personnes à fuir leur pays ou qu'elles ont connues au cours de leur parcours migratoire, mais aussi liées aux conditions de vie dégradées qu'elles connaissent une fois arrivées en France. Si la prévalence des troubles psycho-

traumatiques chez les personnes exilées est difficile à estimer, les études s'accordent pour affirmer que la situation est alarmante : selon l'association Primo Levi, « au moins 20 % des réfugiés et demandeurs d'asile dans l'Union européenne seraient gravement traumatisés [...] et auraient besoin d'un traitement ou d'assistance » [Agrali 2012].

Malheureusement, si la santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés est reconnue comme une priorité, « les politiques d'immigration et d'asile restrictives s'engagent dans une voie difficilement conciliable avec ces priorités nouvelles. La violence structurelle des politiques d'accueil accentue la vulnérabilité physique et psychique des demandeurs d'asile » [D'Halluin 2009].

TABLEAU 46 : RETARD DE RECOURS AUX SOINS, RENONCEMENT AUX SOINS ET SOINS URGENTS DES ÉTRANGERS DEMANDEURS D'ASILE REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2014 (% EN COLONNE)

	Demandeurs d'asile		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	39,6 ^{ns}	276	40,2	3 769
Renoncement à des soins (au cours des 12 derniers mois)	14,2 [*]	130	17,8	2 089
Soins urgents ou assez urgents	29,0 ^{ns}	234	25,9	2 718

Analyses ajustées sur le sexe, l'âge, le logement et les droits à la couverture maladie. *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif. Taux de réponse : retard traitement : 49,1 % ; renoncement aux soins : 62,0 % ; soins urgents : 55,1 %.

TABLEAU 45 : PRINCIPAUX DIAGNOSTICS REPÉRÉS PARMI LES ÉTRANGERS DEMANDEURS D'ASILE, 2014 (% EN COLONNE)

	Demandeurs d'asile	Autres patients	p ⁽¹⁾
Diagnostiques les plus fréquemment posés			
Symptômes et plaintes du système digestif	12,5	12,2	ns
Angoisse/ Stress/ Troubles psychosomatiques	12,0	7,1	***
Infections respiratoires supérieures	11,6	12,2	ns
Autres symptômes et plaintes ostéoarticulaires	7,5	8,6	ns
Symptômes et plaintes du rachis	7,3	6,2	*
Symptômes et plaintes neurologiques	5,9	3,4	***
Parasitoses / candidoses	5,4	5,2	ns
Grossesse et couches non pathologique	5,4	3,0	***
Autres diagnostics neurologiques	5,3	2,7	***
Hypertension artérielle	4,9	6,0	*
Syndrome dépressif	4,7	2,5	***
Nature des pathologies présentées par les patients²			
Aiguës	58,0	57,5	ns
Chroniques	57,3	57,6	ns

1 Analyses ajustées sur l'âge. *** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.

2 Le total des pathologies aiguës et chroniques est susceptible de dépasser 100 % dans la mesure où un même patient peut consulter plusieurs fois et donc présenter des affections de nature différente. Il est également possible qu'au cours d'une même consultation, plusieurs pathologies aiguës et chroniques distinctes soient identifiées.

8. LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2014, 53 % de la file active sont des personnes en situation irrégulière.

→ Ces patients sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (34 %) ou du Maghreb (30 %).

→ Près des deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont hébergés, 13 % vivent dans un squat ou un campement, 17 % sont sans domicile ou en hébergement d'urgence de courte durée.

→ Seuls 8 % disposent d'une couverture maladie lors de leur 1^{re} visite au Caso.

→ Près de 63 % d'entre eux souffrent d'une affection chronique exigeant une prise en charge régulière.

Pour résider régulièrement en France, tout étranger (hors ressortissant de l'espace Schengen) doit disposer d'un titre de séjour, à l'exception des mineurs. Les ressortissants de l'espace Schengen 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 pouvoir justifier d'une activité professionnelle ou, s'ils sont inactifs, de ressources officielles suffisantes et d'une couverture maladie pour être autorisés à rester en France, 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. En France, le nombre de personnes en situation irrégulière est estimé entre 300 000 et 400 000 selon les sources [Triandafyllidou 2009].

La part des étrangers en situation irrégulière au sein des Caso diminue légèrement depuis 2012. Ils représentent 53 % de la file active des Caso en 2014 (figure 12).

En 2014, la très large majorité (92 %) des étrangers majeurs accueillis dans les Caso sont en situation administrative précaire : 67 % sont en situation irrégulière au regard du séjour et 25 % sont en situation 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.

Les deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont des hommes (vs 52 % des autres patients) dont l'âge moyen est de 36 ans. Ces étrangers sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (34 %) ou du Maghreb (30 %) ; 14 % sont des ressortissants d'un pays de l'UE. Lorsque l'on considère les nationalités (tableau 47), on constate que les pays du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie) se situent au 1^{er} plan avec la Roumanie et plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal et Mali).

FIGURE 12 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DES PERSONNES EN SITUATION IRRÉGULIÈRE REÇUES DANS LES CASO DE 2007 À 2014

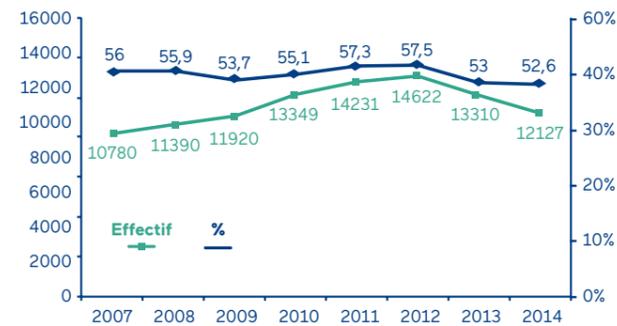


TABLEAU 47 : 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE, 2014

Nationalités	%	Nationalités	%
Algérie	13,6	Côte d'Ivoire	5,0
Roumanie	10,1	Pakistan	4,6
Maroc	8,9	Sénégal	3,8
Tunisie	7,4	Mali	3,7
Cameroun	6,2	Inde	2,5

Les étrangers en situation irrégulière résident majoritairement en France de façon récente (59 % depuis moins d'un an et 23 % depuis moins de trois mois), cependant, une part non négligeable d'entre eux (22 %) indiquent se trouver en France depuis plus de 3 ans. Du point de vue de l'environnement familial, ils sont 74 % à vivre seuls (vs 64 % des autres patients adultes) et sont majoritairement (59 %) sans enfants. Lorsqu'ils ont des enfants mineurs, ces derniers ne vivent pas avec eux dans près de 58 % des cas.

Comme pour les autres consultants des Caso, les conditions de logement des étrangers sans titre de séjour sont marquées par la précarité : seuls 6 % disposent d'un logement personnel ; les autres sont pour la plupart hébergés (58 % par la famille et près de 6 % par une association ou un organisme), 13 % vivent dans un squat ou un campement et 17 % sont sans domicile.

En France, l'absence d'autorisation de séjour interdit de travailler de façon légale, contraignant les personnes concernées à exercer des activités non déclarées. Interrogés sur ces questions, 31 % des étrangers en situation irrégulière indiquent exercer une activité pour gagner leur vie, ceci beaucoup plus fréquemment que les autres patients (11 %). Leurs niveaux de ressources restent cependant très faibles : la quasi-totalité (98 %) se situe en dessous du seuil de pauvreté et le tiers environ sont complètement dépourvus de ressources.

L'accès à l'AME est ouvert théoriquement à tous les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier d'une présence ininterrompue de 3 mois en France et dont les ressources ne dépassent pas un certain seuil. Soulignons que cette durée préalable de séjour n'est pas opposable aux mineurs qui doivent pouvoir accéder immédiatement et sans délai à une couverture maladie. Dans les faits, malgré leurs droits théoriques, l'accès à une couverture maladie s'avère le plus souvent problématique pour les personnes en situation irrégulière. On relève ainsi que, parmi les étrangers sans titre de séjour, seuls 3 % de ceux présents en France depuis 3 à 12 mois disposent d'une couverture maladie au jour de leur première visite au Caso. Cette proportion atteint 17 % seulement au-delà d'un an de résidence en France. Au total, si l'on considère l'ensemble des étrangers en situation irrégulière, quelle que soit leur durée de séjour en France, ce sont seulement 8,4 % d'entre eux qui disposent d'une couverture maladie.

Soulignons à ce titre que plus de 62 % des patients en situation irrégulière accueillis dans les Caso nécessitaient un suivi régulier dans le cadre d'une pathologie chronique, rendant indispensable l'accès à une couverture maladie. Par ailleurs, près de 42 % présentaient un retard de recours aux soins et 26 % nécessitaient une prise en charge urgente ou assez urgente (tableau 48).

Les obstacles à l'accès aux droits des étrangers en situation administrative précaire ne leur sont pas spécifiques et se recoupent avec les constatations faites pour les autres patients. Il s'agit en premier lieu de freins liés à leur méconnaissance de notre dispositif (37 %), d'obstacles administratifs (33 %) ou linguistiques (20 %). L'absence de domiciliation administrative, qui concerne 27 % des étrangers sans titre de séjour (vs 14 % des autres patients), et le critère de résidence ininterrompue de 3 mois en France constituent également une difficulté supplémentaire à l'ouverture des droits. Par ailleurs, près du tiers (30,5 %) de ces étrangers craignent les interpellations et limitent en conséquence leurs déplacements, ce qui peut avoir des conséquences non négligeables en termes de recours aux soins.

Face à ces constats, l'accès aux soins des personnes en situation administrative précaire doit être défendu dans un objectif de santé publique. Or si la réglementation en vigueur concernant l'accès à l'AME est déjà complexe, certaines pratiques des caisses de sécurité sociale se développent en marge de la réglementation et de manière totalement hétérogène et viennent compliquer encore plus l'accès aux droits, comme le montrent les chiffres précédents. Les équipes de MdM constatent au quotidien la grande hétérogénéité des pratiques des Cpm et des demandes fréquentes de justificatifs de manière abusive. Par ailleurs, les délais d'instruction des dossiers sont particulièrement longs. Ces délais de réponse posent un vrai problème d'efficacité en termes d'accès à la couverture maladie avec l'impossibilité pour le demandeur de savoir s'il s'agit d'un refus implicite¹²⁰ ou d'un retard de procédure.

En isolant les étrangers en situation irrégulière dans un dispositif à part, on les expose à des attaques injustifiées : un budget propre (remis systématiquement en cause lors du vote du projet de loi de finances, voire également lors du projet de loi rectificative de finances), des conditions spécifiques d'attribution, l'absence de carte vitale, l'accusation de tourisme médical... La fusion de l'AME avec la CMU, comme le recommande un rapport de l'Igas ou encore le DDD [Cordier 2010, DDD 2014], et pour lequel MdM milite depuis de nombreuses années, 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 précoces et donc moins coûteux, et enfin : une simplification essentielle pour les patients comme pour les professionnels de santé ainsi que des économies de gestion.

TABLEAU 48 : RETARD DE RECOURS AUX SOINS, RENONCEMENT AUX SOINS ET SOINS URGENTS DES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2014 (% EN COLONNE)

	Étrangers en situation irrégulière		Autres patients	
	%	n	%	n
Retard de recours aux soins	42,3 ^{ns}	2 049	39,0	1 654
Renoncement à des soins	19,4 ^{***}	1 373	14,3	751
Soins urgents ou assez urgents	26,2 ^{ns}	1 365	26,4	1 284

Analyses ajustées sur le sexe, l'âge, le logement et les droits à la couverture maladie.
Taux de réponses : retard de recours aux soins : 49,1% ; renoncement aux soins : 62% ; soins urgents : 55,1%.
*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 ns : non significatif.

(120) Le silence de l'administration vaut refus implicite.

LES MALADES ÉTRANGERS, DES MALADES EN DANGER

Après plusieurs années de lutte des associations, les lois Debré et Chevènement votées à la fin des années 1990 reconnaissent un droit au séjour pour les étrangers malades si leur état de santé « nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

Ce droit au séjour pour raison médicale n'est pas un droit à venir se soigner en France, mais un droit pour les personnes présentes en France et atteintes d'une maladie grave à accéder décemment aux soins. Afin d'obtenir ce droit au séjour, l'étranger malade sollicite le médecin de l'ARS, qui vérifie, sur la base d'un rapport médical d'un médecin agréé, que les conditions médicales d'accès au séjour sont remplies ; puis la préfecture examine les conditions administratives et délivre le titre de séjour.

Environ 30 000 personnes ont accès chaque année à un titre de séjour pour raison médicale (dont environ 6 000 personnes en primo-délivrance), soit moins de 1 % des étrangers vivant régulièrement en France. La stabilité des chiffres est interprétée comme résultant d'une politique de quotas [Comede 2014].

En 2011, la loi Besson a durci les critères d'accès au séjour pour raison médicale : on passe d'une condition d'absence d'accès aux soins dans le pays d'origine à une condition d'absence du traitement approprié. Or, l'existence d'un traitement ne garantit en rien sa réelle accessibilité aux malades dans certains pays.

Les équipes de MdM reçoivent au quotidien des malades étrangers. Certaines¹²¹ ont développé des activités d'accompagnement de ces personnes dans leur demande de droit au séjour (notamment informations, évaluations sociales et juridiques, appui au montage de dossiers, veille et actions de plaidoyer concernant les dysfonctionnements et atteintes aux droits repérés...). Avec l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE¹²²), l'association ne cesse de dénoncer la dégradation de la situation constatée depuis 2012. Parmi les blocages constatés, outre des difficultés récurrentes à faire enregistrer les demandes de titre aux guichets des préfectures, c'est bien l'ingérence du ministère de l'Intérieur et des acteurs qui relèvent de sa tutelle dans la procédure médicale qui se révèle le plus problématique. On a ainsi vu apparaître dans certaines préfectures (particulièrement Rhône-Alpes, Pays de la Loire et Aquitaine) 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 nouvelle et dommageable qui tend à se généraliser met en danger 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, comme le démontrent les avis des médecins compétents contraires aux instructions du ministère de la Santé et la multiplication de procédures d'expulsion et/ou d'enfermement de malades étrangers.

La convergence de ces 2 tendances (ingérence du ministère de l'Intérieur, absence de pilotage du ministère de la Santé) démontre qu'il s'agit de faire primer des objectifs de politique migratoire sur la santé publique et individuelle. Comme le constate l'association Aides dans son récent rapport, ces pratiques aggravent la situation des malades étrangers [Aides 2015].

Pourtant, cette situation pourrait être entérinée avec l'adoption du projet de loi relatif au droit des étrangers en France. Celui-ci¹²³ entend améliorer les conditions médicales d'accès au séjour en réintroduisant la notion d'accès effectif au traitement dans le pays d'origine, conformément aux demandes des associations. Cependant, il prévoit de transférer à l'Ofii (sous tutelle du ministère de l'Intérieur) la mission de procéder à l'évaluation médicale de la demande de titre de séjour pour soins. La question de l'impartialité et de l'indépendance se pose dès lors que l'avis médical et la décision de délivrer un titre de séjour sont opérés par des acteurs sous tutelle du même ministère. 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 refuse la rupture du principe déontologique d'équilibre entre médecine de contrôle et médecine de prévention [ODSE 2015] et comme l'ODSE, le Défenseur des droits et la CNCDH¹²⁴, demande le maintien de ces missions de promotion et de protection de la santé sous tutelle exclusive du ministère de la Santé, garant notamment de la place laissée aux soins et à la confidentialité.

En outre, le projet de loi prévoit la création d'une carte pluri-annuelle de 4 ans présentée comme mettant un terme à la précarisation du droit au séjour et simplifiant les démarches administratives. Les associations s'inquiètent cependant de la possibilité de retrait de cette carte à tout moment à l'occasion d'un contrôle préfectoral. En outre, la durée modulable de cette carte, notamment pour les personnes étrangères malades pour lesquels la carte est « d'une durée prévisible des soins » instaure un régime moins favorable, discriminatoire. Ces multiples exceptions poursuivent la logique d'approche catégorielle et ne simplifient aucunement le droit existant mais constituent un instrument de gestion des flux migratoires en fonctions d'objectifs politiques [ADDE 2015].

Enfin, en dehors d'un dispositif très spécifique, précaire et insuffisant concernant un seul des parents d'un enfant malade étranger, le projet de loi ne permet pas de sécuriser la présence des accompagnants de malades étrangers alors même qu'ils constituent un soutien matériel et affectif essentiel.

MdM reste mobilisé dans le cadre des discussions parlementaires sur le projet de loi relatif au droit des étrangers en France, et demande que le rôle des médecins placés sous tutelle exclusive du ministère de la Santé ainsi que le secret médical soient préservés et restent au cœur du dispositif du droit au séjour pour raison médicale.

« Nous sommes sollicités par l'avocat d'une dame de 75 ans de nationalité haïtienne, qui bénéficiait depuis plusieurs années d'un titre de séjour en raison de son état de santé. En 2014, le renouvellement de ce titre a été refusé car le médecin de l'ARS a estimé qu'elle pouvait être soignée dans son pays, qu'elle a quitté depuis plus de 10 ans et où elle n'a plus de famille. Elle souffre d'un diabète nécessitant un traitement par insuline, d'une hypertension artérielle rebelle et elle a déjà subi des complications avec altération importante de sa vision. Elle a donc besoin de soins infirmiers quotidiens, d'exams spécialisés très réguliers et d'une surveillance cardiaque en plus de son traitement médicamenteux quotidien complexe... Pourtant, l'étude des données disponibles montre que le système de santé d'Haïti s'est beaucoup affaibli depuis le tremblement de terre de 2010. Les infrastructures ont été endommagées, notamment le seul grand centre hospitalier existant. Il existe un très faible accès aux services de base dans les zones rurales. Concernant l'accès aux médicaments, une enquête commanditée par le ministère de la Santé publique et de la population d'Haïti a montré que seulement 12 % des institutions de santé du pays, dont 1 % des dispensaires, disposaient d'insuline... »

[Caso de Toulouse, 2014]

(121) Nantes, Marseille, Toulouse, Lyon et Paris.

(122) Collectif inter associatif réunissant associations de malades, de soignants, de défense des droits des étrangers dont MdM est membre.

(123) Actuellement devant le Parlement en procédure accélérée.

(124) Défenseur des droits, avis n°15-17 sur le projet de loi relatif au droit des étrangers, 23 juin 2015 ; Commission nationale consultative des droits de l'homme, avis sur le projet de loi relatif au droit des étrangers, mai 2015.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACSé. « Discrimination et fragmentation socio-spatiale dans le bassin d'habitat de Cayenne. Étude sur sept quartiers précarisés ». Rapport final de recherche, Programme Lutte contre les discriminations et Égalité des Chances, CRPV, ACSé, 2009; 72 pages.
- ADDE, Anafé, Fasti, Gisti, Cimade, LDH, MOM, SAF, SM. « Analyse du projet de loi relatif au droit des étrangers en France, 2015. Présenté au conseil des ministres et déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 23 juillet 2014 » 2015, 68 pages.
- Agrali S, Morel E. « Prendre soin » Maux d'exil, 2012; 36
- AIDES. « Droit au séjour pour soins. Rapport de l'observatoire malades étrangers ». Rapport 2015, 75 pages.
- Aït Belghiti F, Antoine D. « L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013 ». BEH, 2015; 9-10: 164-71.
- Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 ». Irdes, 2010, rapport n° 1800; 254 pages.
- Amnesty international. « Nous réclamons justice. L'Europe doit protéger davantage les Roms contre les violences racistes », rapport 2014.
- Antoine D, Guthmann JP, Campese C, Lévy-Bruhl D, Che D. « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2012 », BEH, 2014; 20: 352-9.
- Archimbaud A. « L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité », Rapport, Septembre 2013.
- Aribaud J, Vignon J « Rapport à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur la situation des migrants dans le Calais. « Le pas d'après » ». Juin 2015.
- Azoguy Lévy S. « Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire? Repères épidémiologiques et économiques ». La santé de l'homme, 2012; 417: 5-6.
- Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. « La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? » INED, Populations et sociétés, 2012; 492: 1-4.
- Balicchi J, Bini JP, Daudin V, Actif N, Rivière J. « Mayotte, département le plus jeune de France », Insee Première, 2014: 1488.
- Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. « Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Ile-de-France en 2010 », ORS Ile de France, 2011.
- Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, Jerez N, Rodríguez C, Sánchez F, Del Romero J. « Social and work conditions, risk behavior and prevalence of sexually transmitted diseases among female immigrant prostitutes in Madrid (Spain) ». Gaceta sanitaria / SESPAS, 2004; 18: 177-83.
- Berthod-Wurmser M et al. « Pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural » Rapport IGAS, Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux, 2009, Tome 1
- Blondel B, Kermarrec M « Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 » Rapport INSERM, DGS, DREES, mai 2011.
- Boisuérin B, Haury B. « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins ». Drees, Etudes et résultats, 2008: 645.
- Bossard C, Santin G, Guseva Canu I. « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants- Premiers résultats », InVS, rapport, 2013, 27 pages
- Bottero J, Boyd A, Gozlan J, Carrat F, Nau J, Pauti MD, Rouguer H, Girard PM, Lacombe K. « Simultaneous HIV-HBV-HCV point-of-care tests improve outcomes in linkage-to-care: Results of a randomized-control trial in persons without healthcare coverage », 2015 (soumis).
- Brouard C, Le Strat Y, Larsen C, Jauffret-Roustide M, Lot F. « Estimation du nombre de personnes non diagnostiquées pour une hépatite C chronique en France en 2014. Implications pour des recommandations de dépistage élargi », BEH, 2015; 19-20: 329-39.
- Burns FM, Imrie JY, Nazroo J, 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.
- Carde E. « Quand le dominant vient d'ailleurs et l'étranger d'ici: l'accès aux soins en Guyane au prisme de la double altérité » Autrepard, 2010; 55.
- Carnicer-Pont D, de Olalla PG, Cayla JA. « HIV infection late detection in AIDS patients of an European city with increased immigration since mid1990s ». Curr HIV Res 2009; 7: 237-43.
- Carsin C, Emmanuelli J, Crosnier M, Pautrat C, Messias B, Debart MH, Planté S « Evaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013 ». Paris: IGA, juillet 2014.
- Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S, et al. « Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013 ». BEH 2015; 9-10: 152-61.
- Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S, Pillonel J, Lot F. « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013 », BEH, 2014; 32-33: 534-40.
- CFDA. « Droit d'asile en France: conditions d'accueil. État des lieux 2012 » Rapport CFDA, 2013, 121 pages.
- Chappuis M, Pauti MD, Tomasino A, Fahet G, Cayla F, Corty JF. « 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.
- Chappuis M, Antonielli AB, Laurence S, Rochefort J, Giboin C, Corty JF. « 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.
- Cimade. « Centres et locaux de rétention administrative. Rapport 2014 », Avril 2015.
- CNCDDH. « La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie ». La documentation française, 2013.

- 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.
- CNS « L'épidémie d'infection à VIH en Guyane: un problème politique ». Rapport de la Commission Départements français d'Amérique, Février 2008.
- COABS, ARS, « État de santé de la population de la Réunion et de Mayotte - Océan Indien », 2010: Dossier n°1, 18 pages.
- Collectif les Morts de la rue. «Projet dénombrer et décrire. Améliorer l'exhaustivité et la description des personnes « sans domicile fixe » décédées en France en 2013 ». Rapport, 2014.
- Comede. « La santé des exilés. Rapport Comede 2014 » 2014, 131 pages.
- Conan C, Fery Ph. « L'assurance maladie en Guyane: les ruptures de droits de base » Insee, Antiane, la revue économique et sociale des Antilles Guyane 2011, 74: 43-45.
- Cordier A, Salas F. « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat » Rapport IGAS/IGF, 2010, 161 pages.
- Corty JF, Derosier C, Douay C. « Mineurs isolés: état de santé » Journal du droit des Jeunes, 2014; 338-339: 92-4.
- (La) Cour des Comptes « La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République. Rapport public thématique », Juin 2014.
- Couturier E, Michel A, Basse-Guéryneau AL, Warszawski J, Couturier S, Laporte A. « Évaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit », InVS, collection Enquêtes-études 2002, 24 pages.
- Darius S. « Les tests rapides d'orientation diagnostique du VIH en structure de soins associative. Mise en route et réalisation au centre de soins de médecins du monde à Strasbourg » 2012, Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine de Strasbourg.
- Daudin V, Michailesco D. « Les difficultés face à l'écrit en langue française » Quatre jeunes sur dix en grande difficulté à l'écrit à Mayotte » INSEE Mayotte Info N°70, février 2014.
- Davie E. « Un premier enfant à 28 ans » Insee première 2012, 1419.
- (La) Défenseure des enfants (DDE) « Regard de la Défenseure des enfants sur la situation des mineurs à Mayotte », Annexe au rapport, 2008, 23 pages.
- (Le) Défenseur des droits (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.
- De Saint Pol T. « La santé des plus pauvres » Insee Première, 2007, 1161
- DGS. « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales ». 2015, 50 pages.
- D'Halluin E. « La santé mentale des demandeurs d'asile » Hommes et migrations, 2009, n°1982: 66-75.
- DIHAL. « Etats des lieux national des campements illicites » Rapport, 2014.
- European Council on Refugees and Exiles (ECRE) « Right to Justice: Quality Legal Assistance for Unaccompanied Children ». Comparative report: Brussels: ECRE, 2014.

- Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. « Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe » HIV Med 2008; 9 Suppl 2: 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.
- FNARS, InVS. « Étude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales ». Rapport. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013, 146 pages.
- FNARS. « Baromètre 115 ». Novembre 2014, 11 pages.
- Fondation Abbé Pierre. « 20e rapport sur l'État du mal-logement en France » rapport 2015.
- Geoffroy G. « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prostitution en France » 2011, rapport n 3334.
- Golberg DH, Hillier VF. « A scaled version of the general health questionnaire » Psychol Med, 1979; 9:139-45
- Goulet V, Laurent E, Semaille C. « Augmentation du dépistage et des diagnostics d'infections à Chlamydia trachomatis en France: analyse des données Rénachla (2007-2009) » BEH, 2011; 26-27-28: 316-20.
- Guthmann JP, Fonteneau L, Antona D, Lévy-Bruhl D. « 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.
- Guyot D. « Accès aux droits des personnes en situation d'exclusion à Mayotte », Rapport final, 2009, 10 pages.
- HAS. « Recommandation en santé publique. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C », 2014, 102 pages.
- HAS. « Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae; état des lieux et propositions », Synthèse, 2010, 26 pages.
- Hewett N, Halligan A. « Homelessness is a healthcare issue », J R Soc Med, 2010, 103: 306-307.
- Hewett N, Hiley A, Gray J. « Morbidity trends in the population of a specialized homeless primary care service » Br J Gen Pract, 2011; 61: 200-202.
- IEDOM. « L'habitat dans les outre-mers français: progrès, enjeux, disparités ». Les notes de l'Institut d'émission, 2010; 75 pages.
- InVS, Cnamts, Cetaf. « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », Rapport InVS, 2007, 112 pages.
- Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. « Migrations et soins en Guyane » AFD, Collection Document de travail, 2011; 117pages.
- 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.

- Lert F, Danet S, Therre H. « *Vivre avec le VIH: premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2* », BEH, 2013; 26-27: 283-5.
- Lopez-Quintero C, Shtarkshall R, Neumark YD. « *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.
- Luu P. « *Le revenu des habitants de Mayotte en 2005* », Insee Info, 2007; 28.
- Maille D. « *Guyane: les professionnels formés à la prise en charge des migrants* » INPES, La santé de l'homme, 2009; 404.
- Masullo A. « *Santé et recours aux soins des populations précaires* » 2006, Eris, 15 pages.
- Martini JF. « *Session de rattrapage pour l'état civil guyanais* », Plein droit; 1999; 43.
- Martinota A, Cohen R, Denis F, Gaudelus J, Lery T, Lepetit H, Stahl JP. « *Evolution du taux de couverture vaccinale des enfants de moins de 7 ans en France après publication du calendrier vaccinal 2013* ». Archives de Pédiatrie 2014; 21: 1389-90.
- Math A. « *Mayotte. La situation économique et sociale* » Chronique internationales de l'Ires, 2012: 134.
- Mathieu Y. « *Compte-rendu de la mission conduite par Mme Yvette Mathieu auprès du Défenseur des droits de l'enfant à Mayotte* », Mars 2013.
- MdM, ASAV, AREAS. « *Programme expérimental de médiation sanitaire en direction des femmes et jeunes enfants roms* » Rapport final d'évaluation, 2013(a), 71 pages.
- MdM « *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France - Rapport 2012* » 2013(b)
- MdM « *Connaissances, attitudes et pratiques des personnes proposant des services sexuel tarifés vis-à-vis du VIH, des hépatites et autres infections sexuellement transmissibles* », 2015(a).
- MdM « *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.* » 2015(b).
- MdM « *Les comportements de santé des agriculteurs. Enquête auprès des exploitants agricoles résidents dans les Combrailles - Auvergne* » Rapport d'enquête 2015(c) (à paraître).
- Mekkaoui K. « *L'enquête emploi en Guyane, deuxième trimestre 2012, Premiers résultats* », Insee Antilles-Guyane, 2012; 89: 1-4.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, CNS, ANRS. « *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts* ». Rapport 2013, Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, 2014(a), 476 pages.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, ANRS, AFEF. « *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C* », Rapport de recommandations 2014, sous la direction du Pr Dhumeaux. 2014(b), 510 pages.
- Ministère de l'Intérieur. « *Les étrangers en France. Année 2013. Onzième rapport établi en application de l'article L.111-10 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile* », Avril 2015.
- Ministère des outre-mer. « *Plan logement Outre-mer, 2015-2020. Engagements préalables aux accords régionaux* », 2015, 37 pages.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé « *Programme national nutrition santé 2011-2015, Plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'Outre-mer* ». 2011, 41 pages.
- Nigro L, Larocca L, Celesia B, Montineri A, Sjoberg J, Caltabiano E, Fatuzzo F. « *Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases among Colombian and Dominican Female Sex Workers Living in Catania, Eastern Sicily* ». Journal of Immigrant and Minority Health, 2006; 8: 319-323.
- Observatoire du Samu social de Paris. « *Enfants et familles sans logement. Rapport d'enquête ENFANMS. Enfants et famille sans logement personnel en Ile de France* ». Rapport, 2014, 359 pages.
- OCRTEH. « *La criminalité en France* ». Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales Sous la direction de Alain Bauer et Christophe Soullez. 1011p
- Ofpra. « *Rapport d'activité 2014. A l'écoute du monde* », 2015, 115 pages.
- Petiau A, Pourtau, L. « *Vivre en squat. Une bohème populaire au XXIe siècle* ». CNRS éditions, 2014
- Piantoni F. « *La question migratoire en Guyane française. Histoire, sociétés et territoires* », Hommes et migrations, 2009; 2:198-216.
- Pialou A. « *La Guyane ou le « tout reconduite »* » Plein droit, 2007; 74: 48.
- Picon E, Sannino N, Minet B, Henocq AC, Seigneur R. « *Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS)* », DGCS, Rapport final, 2013, 179 pages.
- Pousset F. « *Stratégies de dépistage du VIH menées auprès des migrants consultant le centre de soins de Médecins du Monde de Cayenne: enseignements et perspectives* ». 2011, Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine des Antilles et de la Guyane.
- Prost A, Elford J, Imrie J, Petticrew M, Hart G. « *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.
- Rilliard F, Friedlander L, Descorps-Declere J, Khelifa N, Moyal F, Saadi S, Schvaller F, Naud-Llamas C. « *Santé et précarité: les permanences d'accès aux soins de santé buccodentaire* ». La santé de l'homme, 2012; 417: 31-33.
- Rochère B. « *La santé des sans domicile usagers des services d'aide* », INSEE Première, 2003; 893.
- Roinsard N. « *Conditions de vie, pauvreté et protection sociale à Mayotte: une approche pluridimensionnelle des inégalités* ». Revue française des affaires sociales, 2014; n°4.
- Roudot A. « *Intégration territoriale et fractures sanitaires à Mayotte: états de santé du 101^e département français* », Revue française des affaires sociales, 2014; n°4.
- Roulhac C. « *La reconnaissance du caractère discriminatoire du dispositif d'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière à Mayotte: une illustration de l'applicabilité et de l'universalité des droits sociaux. Commentaire de la délibération de la Halde n°2010-87 du 1^{er} mars 2010* », Revue de droit sanitaire et social, 2010: 4, 704-13.
- 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.
- Sakoyan J, Grassineau D. « *Des sans-papiers expulsés à leurs enfants « isolés » : les politiques migratoires de la départementalisation à Mayotte*. In Vitale P. (dir.), *Mobilités ultramarines*, Paris, éditions des Archives contemporaines, 2015, p. 95-117.
- Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. « *Disparités régionales de mortalité maternelle en France: situation particulière de l'Île-de-France et des départements d'outre-mer, 2001-2006* », BEH, 2010; 2-3:15-18.
- Saurel-Cubizolles M, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle MH. « *Santé périnatale des femmes étrangères en France* » InVS, 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.
- Teoran J, Rustico J. « *Un programme national de médiation sanitaire. De l'expérimentation à la généralisation* » Etudes tsiganes, 2014, 52-53: 181-9
- Tessier S, Cohen F, Azogui-Levy S et al. « *Promouvoir la santé buccodentaire* », INPES, la Santé de l'homme, 2012; 417: 4-5.
- Trani F, Altomare C, Nobile C, Angelillo IF. « *Female sex street workers and sexually transmitted infections: Their knowledge and behaviour in Italy.* » Journal of Infection, 2006; 52: 269-75.
- Triandafyllidou A. « *Migration irrégulière en France - Projet de Recherche 'CLANDESTINO'* » Compter l'Incomptable: Données et Tendances en Europe 2009
- UNHCR. « *Global trends report* » 2014, 52 pages.
- UNHCR, UNICEF. « *Safe and Sound: What States can do to ensure respect for the best interests of unaccompanied and separated children in Europe* » Geneva: UNHCR & UNICEF, 2014.
- UN-HABITAT. « *The Challenge of Slums, Global Report on Human Settlements 2003* ». United Nations Human Settlements Program, Earthscan Publications, Londres, 2003.
- UNICEF France. « *Chaque enfant compte. Partout, tout le temps* ». Rapport alternatif de l'Unicef France et de ses partenaires dans le cadre de l'audition de la France par le Comité des Droits de l'enfant des Nations Unies », 2015
- Yaouanq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. « *L'hébergement des sans-domiciles en 2012* », 2013. Insee première n°1455.



ANNEXES

1. MÉTHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNÉES

DANS LES CASO

RECUEIL DE DONNÉES DANS LES CASO

Les données sont recueillies auprès des patients par les intervenants des Caso à l'aide de différents types de dossiers (annexe 2) :

Le dossier social est rempli pour chaque patient lors de sa première venue au centre. 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.

Le dossier médical comporte deux parties :

1. un volet contenant les antécédents médicaux (*questions relatives aux vaccinations, addictions, statut sérologique, antécédents obstétricaux*) qui peuvent être renseignés/complétés à chaque consultation ;
2. un volet contenant les motifs de consultation, les diagnostics posés par les médecins, les traitements, les examens et/ou orientations proposés pour chaque visite du patient. Les diagnostics sont codés à l'aide de la Classification internationale des soins de santé primaire (CISP).

Le dossier dentaire comporte deux parties :

1. un volet sur les antécédents, le schéma dentaire, le recueil du nombre de dents cariées, absentes et obturées, le retard de recours aux soins, le besoin de prothèses dentaires, les observations et le plan de traitement ;
2. un tableau récapitulatif du type d'interventions effectuées lors de chaque consultation et des orientations.

La fiche « violences subies » : cette fiche peut être renseignée par les différents intervenants formés à ces problématiques dans les Caso et permet d'identifier les patients ayant subi des violences (et le type de violences) dans le pays d'origine, lors de leur trajet ou depuis leur arrivée en France.

Enfin, des **fiches spécifiques** pour chaque intervenant ont été mises en place (dossier soins infirmiers, pédicure/podologue, kinésithérapie, suivi social) et permettent d'enregistrer tous les actes réalisés.

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES¹

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 spécifié²
- B** Sang, système hématopoïétique / immunologie (*Blood, sang*)
- D** Système Digestif
- F** Œil
- H** Oreille (*Hearing, audition*)
- K** Cardiovasculaire
- L** Ostéoarticulaire (*Locomotion*)
- N** Neurologique
- P** Psychologique
- R** Respiratoire
- S** Peau (*Skin, peau*)
- T** Métabolisme, nutrition, endocrinien
- U** Système Urinaire
- W** Grossesse, accouchement, planning familial (*Woman, femme*)
- X** Système génital féminin et sein (*Chromosome X*)
- Y** Système génital masculin et sein (*Chromosome Y*)
- Z** Social³

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**

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))

Général et non spécifié (A)

- Symptômes et plaintes généraux
- Diagnostics non classés ailleurs
- Tuberculose

Sang, Syst. hématop./immunol. (B)

- Sympt. et plaintes syst. hématop./immuno
- Anémies
- HIV
- Autres diag. syst. hématop./immuno.

Système digestif (D)

- Symptômes et plaintes du système digestif
- Affections des dents-gencives
- Hépatite virale
- Infections gastro-intestinales
- Pathologies ulcéreuses
- Autres diagnostics système digestif

Oeil (F)

- Symptômes et plaintes de l'œil
- Lunettes-lentilles
- Infections de l'œil
- Autres diagnostics de l'œil

Oreille (H)

- Symptômes et plaintes de l'oreille
- Infections de l'oreille
- Autres diagnostics de l'oreille

Cardiovasculaire (K)

- Symptômes et plaintes cardiovasculaires
- Hypertension artérielle
- Cardiopathies, troubles du rythme
- Pathologies vasculaires
- Autres diagnostics cardiovasculaires

Ostéo-articulaire (L)

- Symptômes et plaintes du rachis
- Autres sympt. et plaintes ostéoarticulaires
- Syndrome dorsolombaire
- Autres diagnostics locomoteurs

Neurologique (N)

- Symptômes et plaintes neurologiques
- Épilepsie
- Autres diagnostics neurologiques

Psychologique (P)

- Anxiété, stress, troubles somatiques
- Syndrome dépressif
- Psychose
- Utilisation de subst. psychoactives (alcool)
- Utilisation de subst. psychoactives (tabac-médicaments)
- Utilisation de subst. psychoactives (drogues)
- Autres problèmes psychologiques

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).

La CISP est intégrée depuis neuf ans dans les dossiers médicaux de MdM. Elle permet pour chaque consultation médicale de déterminer le(s) résultat(s) de consultation et le(s) problème(s) de santé identifiés par le médecin à l'issue de la consultation. Les résultats de consultation sont le plus souvent des diagnostics mais aussi parfois des symptômes et plaintes (lorsque par exemple le diagnostic est en attente de résultats d'examen complémentaires). Jusqu'à trois résultats de consultation peuvent être indiqués dans les dossiers médicaux. Les médecins 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.

Afin de présenter les résultats de façon plus synthétique et d'en faciliter la lecture, le groupe de santé publique a réalisé en 2006 un travail de regroupement de ces items (initialement 680 items répartis en 17 chapitres) en 84 catégories, dont la liste figure ci-dessous.

Respiratoire (R)

- Symptômes et plaintes nez-sinus
- Autres symptômes et plaintes respiratoires
- Infections respiratoires supérieures
- Infections respiratoires inférieures
- Toux
- Asthme
- Autres diagnostics respiratoires

Peau (S)

- Symptômes et plaintes dermatologiques
- Parasitoses/candidoses
- Infections cutanées
- Dermatites atopiques et contacts
- Éruption cutanée/tuméfactions
- Autres pathologies cutanées

Métabolisme, nutrition, endocrinien (WT)

- Symptômes et plaintes du système métabolique
- Diabète insulino et non insulino-dépendant
- Excès pondéral, obésité
- Autres diagnostics métaboliques

Système urinaire (U)

- Symptômes et plaintes du système urinaire
- Infections urinaires / rénales
- Autres diagnostics urinaires et néphro

Grossesse, accouchement, planning familial (W)

- Sympt. et plaintes liés à la grossesse, accouchement, planning familial
- Contraception
- Grossesse et couche non pathologiques
- Grossesse et couche pathologiques

Système génital féminin et sein (X)

- Symptômes et plaintes du système génital féminin
- Troubles des règles
- Infections sexuellement transmissibles
- Autres diagnostics du système génital féminin

Système génital masculin et sein (Y)

- Symptômes et plaintes du système génital masculin
- Infections sexuellement transmissibles
- Autres diagnostics du système génital

Catégories transversales aux appareils

- Traumatismes/peurs/préoccupations
- Maladies infectieuses non classées ailleurs
- Cancers

(1) Pour plus d'informations sur la CISP ou télécharger la grille, se référer au site internet du CISP-Club http://www.cisclub.org/4daction/w3_CatVisu/fr/Articles.html?wCatIDAdmin=7

(2) 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.

(3) Cette catégorie n'est pas utilisée lors de la consultation médicale, la dimension sociale étant abordée dans le dossier social de la personne.

SAISIE DES DOSSIERS

Les dossiers sont saisis directement dans les Caso via internet avec le logiciel Eurêka Serveur V5.1.0.2, le plus souvent par des personnes bénévoles. Ce système permet aux personnes de saisir en mode « multipostes » et facilite l'ensemble des opérations de gestion des données (sauvegarde, installation et mise à jour du logiciel, rapatriement des données, etc.). Tous les dossiers sont saisis dans les Caso, à l'exception des Caso de Marseille et Paris qui ont mis en place une procédure d'échantillonnage pour la saisie (seul un dossier sur trois est saisi de manière intégrale, les autres font l'objet d'une saisie partielle). Cette procédure implique par conséquent l'application d'un coefficient de pondération pour l'analyse des données.

ANALYSE GLOBALE DES DONNÉES

L'analyse des données des Caso 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 2014 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. DOSSIERS
MÉDICAL ET SOCIAL

Dossier médical - Mission France - Observatoire 2014, Version définitive du 25/11/13

Mission France
Observatoire



DOSSIER MEDICAL
2014 Saisie ?

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. aue vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la mission : Médecins du Monde - DMF - 62 rue Marcadet - 75018 Paris

Nom du médecin/ infirmier(e)/sage-femme : _____

A. Numéro de dossier : _____

B. Date de consultation : __ / __ / ____ (jj/mm/aaaa)

Nom : _____

Prénom : _____

*Se référer au dossier social pour connaître
les éléments sociaux indispensables au suivi médical du patient*

Transmission de l'accueil (données non saisies)
(Perception de souffrance psychique, conditions de logement néfastes à la santé, risque de saturnisme, état des droits à la couverture maladie, droits potentiels, etc.) :

C. Sexe : M F T

D. Date de Naissance : __ / __ / ____ (jj/mm/aaaa)

Nationalité et langues parlées : _____

E. Nécessité d'un interprète : Oui Non (francophone)

F. Si oui, intervention d'un interprète :

- Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe Oui, par téléphone (ISM interprétariat, etc.)
 Oui, sur place par une personne accompagnante Non

ETAT DES VACCINATIONS

(Oui à priori = la personne ne peut pas présenter de carnet de vaccination mais vous avez de bonnes raisons de penser que le vaccin est à jour)

a. ROR Oui (à jour) Oui à priori Non Ne sait pas

b. Tétanos Oui (à jour) Oui à priori Non Ne sait pas

c. Diphtérie/Polio Oui (à jour) Oui à priori Non Ne sait pas

d. BCG* Oui (à jour) Oui à priori Non Ne sait pas

e. Hépatite B Oui (à jour) Oui à priori Non Ne sait pas

f. Coqueluche Oui (à jour) Oui à priori Non Ne sait pas

* à ne prescrire qu'après s'être assuré qu'il n'y a pas d'immunodéficience

g. Savez-vous où vous pouvez aller faire les vaccinations ? Oui Non

→ Penser à orienter ou à vacciner

RAPPEL CALENDRIER VACCINAL (2013)

ROR
Enfants : 1^{ère} dose à 12 mois, 2^e entre 16/18 mois
Adultes < 30 ans, jamais vaccinés / femmes avec projet de grossesse : 2 doses

DTP (Diphtérie/Polio et Tétanos)
Enfants : 2, 4 mois, rappels à 11 mois, 6 ans et 11/13 ans
Adultes : rappels fixes à partir de 25 ans puis 45, 65 puis tous les 10 ans

BCG
Enfants à la naissance, proposé jusqu'à 15 ans

Hépatite B
Enfants : 2, 4 mois, rappel à 11 mois
Adultes : 2 doses séparées de 6 mois pour rattrapage

Coqueluche
Enfants : 2, 4 mois, rappels à 11 mois, 6 ans et 11-13 ans
Adultes : 1 dose DTcaPolio si pas vacciné ou >10 ans

DEPENDANCES Pb d'abus répété ou d'addiction à l'alcool, produits psychoactifs ou médicaments détournés de leur usage**STATUT SEROLOGIQUE**

	Inconnu	Connu (*)		Date du dernier dépistage
a. VHB	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ Positif(**)	<input type="checkbox"/> ₃ Négatif	_ _ / _ _ / _ _ - - - -
b. VHC	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ Positif(**)	<input type="checkbox"/> ₃ Négatif	_ _ / _ _ / _ _ - - - -
c. VIH	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂ Positif	<input type="checkbox"/> ₃ Négatif	_ _ / _ _ / _ _ - - - -

(*) Si VIH, VHB ou VHC positif, le coder dans les résultats de consultation (codes CISP correspondants B90, D72b, D72c)

(**) Le médecin vous a dit que vous étiez atteint de l'hépatite B ou C

→ Penser à **orienter pour le dépistage** (merci de le renseigner à la 4^{ème} page du dossier)**VIOLENCES SUBIES**

Pensez à aborder dans la mesure du possible les questions liées aux violences subies, l'objectif étant de repérer les personnes qui en ont été victimes pour leur apporter l'aide la plus adaptée.

Une fiche spécifique est prévue à cet effet pour recueillir les informations correspondantes.

SUIVI GYNECOLOGIQUE & ANTECEDENTS OBSTETRIQUES

- a. Avez-vous une contraception actuellement ? ₁ Oui ₂ Non
- b. **Si non**, souhaitez-vous une contraception ? ₁ Oui ₂ Non ₃ NSP
- c. Avez-vous déjà réalisé un frottis cervico vaginal ? ₁ Oui ₂ Non ₃ NSP
- d. Avez-vous déjà été enceinte ? ₁ Oui ₂ Non

Si oui,

e. Age à la première grossesse : _ _ ans

f. Nombre total de grossesses : _ _ (enfant vivant, IVG, fausse couche, etc.)

g. **ENCEINTE ACTUELLEMENT ?** ₁ Oui (code CISP : W78)

h. Poids : _ _ _ _ kg i. Terme : _ _ _ _ sem. d'aménorrhée

j. Accès aux soins prénataux : ₁ Oui ₂ Non, pourquoi ? _____k. Retard de suivi de grossesse : ₁ Oui (>12 semaines d'aménorrhée) ₂ Nonl. Demande d'IVG : ₁ Oui (code CISP : W79) ₂ Non**ANTECEDENTS / ALLERGIES / CONTRE INDICATIONS****Traitement habituel / en cours** (Classe / posologie / durée)**NATURE DE LA PLAINTES / Motif(s) de consultation ou plainte(s) exprimé(s) par le patient**

Observations médicales TA : _____ Fréquence cardiaque : _____ 1. Poids (hors femmes enceintes) : _____ kg

2. Taille : _____ m (IMC : _____)

DIAGNOSTICS / Résultat(s) de consultation diagnostiqué(s) par le médecin et/ou Procédure(s) réalisée(s)

Il s'agit de renseigner tous les diagnostics identifiés par le médecin même si ceux-ci ne font pas l'objet du recours aux soins ainsi que les procédures éventuellement réalisées

	1 ^{er} diagnostic / résultat de cs	2 ^{ème} diagnostic / résultat de cs	3 ^{ème} diagnostic / résultat de cs
Diagnostic / résultat de cs <i>OU symptômes et plaintes si pas de diagnostics ET autres pbs de santé repérés ET procédure(s) réalisée(s)</i>			
3. Code CISP	_ _ _	_ _ _	_ _ _
4. Diagnostic en attente	<input type="checkbox"/> ₁ Diagnostic en attente	<input type="checkbox"/> ₁ Diagnostic en attente	<input type="checkbox"/> ₁ Diagnostic en attente
5. La pathologie est-elle aiguë ou chronique ?	<input type="checkbox"/> ₁ Aiguë <input type="checkbox"/> ₂ Chronique <input type="checkbox"/> ₃ Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₁ Aiguë <input type="checkbox"/> ₂ Chronique <input type="checkbox"/> ₃ Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₁ Aiguë <input type="checkbox"/> ₂ Chronique <input type="checkbox"/> ₃ Ne sait pas
6. Un traitement ou un suivi serait-il...	<input type="checkbox"/> ₁ Nécessaire <input type="checkbox"/> ₂ Accessoire	<input type="checkbox"/> ₁ Nécessaire <input type="checkbox"/> ₂ Accessoire	<input type="checkbox"/> ₁ Nécessaire <input type="checkbox"/> ₂ Accessoire
Si un traitement ou un suivi est nécessaire	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Oui partiellem ¹ /irrégulièrement ¹ <input type="checkbox"/> ₃ Non <input type="checkbox"/> ₄ Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Oui partiellem ¹ /irrégulièrement ¹ <input type="checkbox"/> ₃ Non <input type="checkbox"/> ₄ Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Oui partiellem ¹ /irrégulièrement ¹ <input type="checkbox"/> ₃ Non <input type="checkbox"/> ₄ Ne sait pas
7. Le pb était-il traité ou suivi avant la 1^{re} cs à Mdm ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non <input type="checkbox"/> ₃ Ne sait pas
8. Le pb de santé aurait-il dû être traité plus tôt ?	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="checkbox"/> ₁ Oui <input type="checkbox"/> ₂ Non

Attention, en cas de pathologie grave, merci d'informer le patient sur les possibilités de régularisation pour raisons médicales et de l'accompagner dans la démarche si besoin → se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre.

9. Le cas de ce patient est-il urgent ?₁ Urgent ₂ Assez urgent ₃ Non urgent→ **Si urgent ou assez urgent**, voir avec l'accueil ou le travailleur social pour l'ouverture immédiate des droits à la couverture maladie (instruction prioritaire).

Dossier médical - Mission France - Observatoire 2014, Version définitive du 25/11/13

TRAITEMENTS PRESCRITS (données non saisies) → Vérifier l'état des droits à la couverture maladie
(forme, posologie, durée, quantité remise)

Remis Non remis Remis partiellement Traitement pas nécessaire

10. EXAMENS COMPLEMENTAIRES / DEPISTAGE

Nom de la structure, date prise de rdv, date du rdv, avec qui, accompagnement, etc.

- Examens complémentaires**
- ₁ Test de grossesse _____
- ₂ Frottis cervico-vaginal _____
- ₃ Mammographie _____
- ₄ Examen de sang _____
- ₅ Radio pulmonaire _____
- ₆ Radio / échographie _____
- ₇ Autres, précisez _____
- Tests maladies infectieuses / dépistage**
- ₁ VIH, précisez ₁ CDAG _____ ₂ Laboratoire _____ ₃ TROD
- ₂ VHB, précisez ₁ CDAG _____ ₂ Laboratoire _____ ₃ TROD
- ₃ VHC, précisez ₁ CDAG _____ ₂ Laboratoire _____ ₃ TROD
- ₄ Autres IST, précisez : _____ ₁ CDAG _____ ₂ Laboratoire _____
- ₃ Suivi de grossesse _____
- ₄ Autres, précisez _____

11. ORIENTATION, vers quelle(s) structure(s) ?

- Orientations vers structures / professionnels de santé**
- ₁ PASS _____
- ₂ Urgences _____
- ₃ Hôpital (hors PASS et urgences)
- ₄ Praticien libéral, précisez ₁ Généraliste ₂ Spécialiste ₃ Dentiste
- ₅ Consultation psychologique ou psychiatrique _____
- ₆ Centre de vaccination _____
- ₇ PMI _____
- ₈ Centre de planification familiale _____
- ₉ Autres, précisez _____
- ₂ Orientation interne à MdM, précisez _____
- ₃ Autres, précisez _____

12. Orientation pour régularisation pour raisons médicales

Se rapprocher du travailleur social et/ou du coordinateur du centre et orienter le patient vers un praticien hospitalier ou un médecin agréé.

- ₁ Oui, précisez _____

Dossier social Mission France - Observatoire 2014, version définitive du 25/11/13

Mission France
Observatoire



DOSSIER SOCIAL
2014 Saisie ?

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de la mission : Médecins du Monde - DMF - 62 rue Marcadet - 75018 Paris

Dossier renseigné par : Accueillant(e) _____ Travailleur social du centre _____**A. Numéro de dossier :** _____Année ou date de la 1^{re} consultation au centre : _____Evolution de la situation du patient **B. Date de consultation / rencontre :** __ / __ / __ (jj/mm/aaaa)

Nom : _____

Prénom : _____

Espace libre pour écrire toute information utile au suivi du patient :

C. Sexe : M F T

Commentaires

D. Date de naissance : __ / __ / __ (jj/mm/aaaa)

1. Quelle est votre nationalité ? (indiquer le pays + communauté si déclarée par la personne)**2. La personne a-t-elle besoin d'un interprète ?** ₁ Oui ₂ Non (francophone)

Langues parlées : _____

3. Si oui, intervention d'un interprète à l'entretien ?

- ₁ Oui, sur place par un intervenant MDM ou intervenant externe
- ₂ Oui, sur place par une personne accompagnante
- ₃ Oui, par téléphone (ISM interprétariat, etc.)
- ₄ Non

4. Vous venez au centre pour (première(s) demande(s) énoncée(s) par la personne) ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ₁ Des questions d'ordre administratif, social ou juridique
(Si couverture maladie, précisez : aide, instruction, renouvellement)

- ₂ Des raisons médicales, paramédicales (soins infirmiers, kiné, etc.) ou dentaires
- ₃ Voir un psychologue ou un psychiatre
- ₄ Appui au montage d'un dossier de demande de régularisation pour raisons médicales
- ₅ Autre, précisez : _____

Dossier social Mission France – Observatoire 2014, version définitive du 25/11/13

5. Avez-vous été adressé(e) dans notre centre par ?

- ₁ Structure de soins (hôpital, PASS, PMI, médecin libéral, centre de santé, etc.)
- ₂ Bouche à oreille (connaît déjà le centre, média, personnes proches, etc.)
- ₃ Autres, précisez (institution admin. ou sociale, assoc., autres programmes Mdm, etc.) :
-

Commentaires

Personne contact : -----

CONDITIONS DE VIE**6. Vivez-vous actuellement en couple ?**

- ₁ Oui ₂ Non

7. Avez-vous des enfants âgés de moins de 18 ans ?

- ₁ Oui ₂ Non

8. Si oui, vivez-vous actuellement ?

- ₁ Avec tous vos enfants
- ₂ Avec une partie d'entre eux
- ₃ Avec aucun d'entre eux

Pensez à aborder la question de la scolarisation des enfants

9. Nombre d'enfants mineurs à charge en France ? --**10. La personne est-elle un(e) mineur(e) isolé(e) ?**

- ₁ Oui ₂ Non

Précisez sa situation -----

11. Si la personne est un enfant de moins de 6 ans, est-il suivi en PMI ?

- ₁ Oui, où ? -----
- ₂ Non, pourquoi ? -----

12. Concernant votre logement, quelle est votre situation actuellement ?

- ₁ Sans domicile fixe (à la rue)
- ₂ Hébergement d'urgence (115, accueil de nuit, samu social, etc.) pour une durée ≤ à 15 jrs
- ₃ Hébergé(e) par un organisme ou une association pour une durée > à 15 jrs (hôtels, foyers, CADA, etc.)
- ₄ Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)
- ₅ Occupant un terrain sans droit (campement illégal)
- ₆ Hébergé(e) par de la famille ou des amis
- ₇ Logement personnel
- ₈ Autre, précisez : -----

13. Considérez-vous votre logement comme ?

- ₁ Temporaire/Précaire ₂ Stable

SITUATION ADMINISTRATIVE**14. Dernière date d'entrée en France ?** __ / __ / __ (jj/mm/aaaa)

- ₁ Non concerné(e) (né(e) en France et est toujours resté(e) en France)

Dossier social Mission France – Observatoire 2014, version définitive du 25/11/13

15. Quelle est votre situation au regard du séjour ? au jour de la consultation

- ₁ N'a pas besoin de titre de séjour (français, mineur)

► Pour les ressortissants de l'Union Européenne

- ₂ N'a pas besoin de titre de séjour car en France depuis moins de 3 mois
- ₃ Est autorisé(e) à rester en France (ressources officielles suffisantes et assurance maladie ou titre de séjour)
- ₄ N'est pas autorisé(e) à rester en France (séjour > 3 mois, sans ressources officielles et sans assurance maladie ou titre de séjour)

► Pour les extracommunautaires (non ressortissants de l'UE)

- ₅ Visa touriste en cours de validité
- ₆ RV ou convocation Préfecture
- ₇ Titre de séjour valide de 1 à 6 mois, date d'échéance -----
- ₈ Titre de séjour valide pour 10 ans, date d'échéance -----
- ₉ Titre de séjour autre durée, précisez la durée : __ mois **OU** __ ans, date d'échéance -----
- ₁₀ Sans titre de séjour / sans autorisation de séjour
- ₁₁ Titre de séjour dans un autre pays européen, date d'échéance -----

DEMANDE D'ASILE**16. Souhaitez-vous ou avez-vous déposé une demande d'asile ?**

- ₁ Oui, mais demande non déposée (→ question 18)
- ₂ Oui, demande déjà déposée
- ₃ Non (→ question 19)

17. Si votre demande d'asile est déposée, quelle est votre situation à ce jour ? (→ question 19)

- ₁ Débouté(e) ₄ Reconnu(e) réfugié(e)
- ₂ Demande OFPRA en cours ₅ Placement en procédure prioritaire
- ₃ Recours en cours ₆ Réexamen

18. Pourquoi n'avez-vous pas pu déposer votre demande ?

- ₁ Arrivée trop récente
- ₂ Difficultés pour les démarches -----
- ₃ Placement en procédure Dublin II ou Eurodac

19. Avez-vous déposé auprès de la préfecture une demande de régularisation (hors asile) ?

- ₁ Oui en cours ₂ Oui mais refusée ₃ Non

20. Si oui, s'agit-il d'une demande de régularisation pour raisons médicales ?

- ₁ Oui ₂ Non

ACTIVITES ET RESSOURCES

⚠ Aborder les ressources avec la personne permet de l'informer de ses droits pour l'attribution de la CMU ou de l'AME.
Exemples de questions : Comment vivez-vous ? Comment arrivez-vous à subvenir à vos besoins ? Vos revenus actuels vous suffisent-ils pour la vie quotidienne ?

21. Exercez-vous une activité pour gagner votre vie en France ?

- ₁ Oui, une activité déclarée
- ₂ Oui, une activité **non déclarée** (travail au black, mendicité...)
- ₃ Non, aucune activité

22. De combien d'argent environ dispose votre foyer pour vivre par mois ici en France ?

Il s'agit de déterminer les ressources financières de toutes les personnes du foyer, quel que soit le travail effectué (travail déclaré, non déclaré, mendicité...)

Environ _____ € NSP **Origine des ressources officielles du foyer (en France et/ou à l'étranger) ?**

(Salaires/Indemnités journalières, RSA, Minimum vieillesse, AAH, chômage, ATA (Allocation Temporaire d'Attente)...) -----

23. Disposez-vous d'une adresse pour recevoir votre courrier ?

- ₁ Oui, adresse personnelle ou chez famille, amis ₄ Non, n'a pas fait de démarches
- ₂ Oui, dans un CCAS ₅ Non, a rencontré un problème ou un refus
- ₃ Oui, dans une association

3. ACTIVITÉS PAR CASO

Dossier social Mission France – Observatoire 2014, version définitive du 25/11/13

COUVERTURE MALADIE, OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS

24. DROITS THEORIQUES : Selon la loi, de quel dispositif relève la personne ?

(Note : tous les mineurs ont droit à l'AME quelle que soit la situation de leurs parents, les mineurs pris en charge par l'ASE ont droit à la CMU)

- 1 Ne peut relever que de la couverture de base (sécurité sociale ou CMU de base)
- 2 Relève de la CMU complémentaire
- 3 Relève de l'AME
- 4 Relève d'un autre pays européen
- 5 Ne relève d'aucun dispositif (durée de résidence < 3 mois, ressources supérieures au plafond...)

ATTENTION ! Si les personnes ont rencontré des problèmes concernant des justificatifs ou preuves à apporter alors qu'elles sont en France depuis plus de 3 mois, le noter dans les obstacles et préciser à la question 28 si la personne relève de l'AME ou CMU.

25. DROITS EFFECTIFS : Avez-vous une couverture maladie française ?

- 1 Aucune couverture maladie
- a. Une demande est-elle en cours ? 1 Oui 2 Non
- b. Si oui, disposez-vous d'une attestation de dépôt de dossier ? 1 Oui 2 Non
- 2 Couverture maladie de base uniquement (SS ou CMU de base)
- 3 Couverture maladie de base et complémentaire
- 4 AME
- 5 Droit dans un autre pays européen / régime migrant
- 6 NSP (le patient ne sait pas, doc. à vérifier, etc.)

26. Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez pour accéder aux soins ?

Ne pas citer les modalités, laisser la personne répondre spontanément. Plusieurs réponses possibles. Il s'agit des obstacles cités spontanément par la personne ou repérés tout au long de l'entretien.

- 1 Non concerné (pas malade jusqu'à présent, n'a pas essayé d'aller dans une structure de soins)
- 2 Aucun obstacle déclaré
- 3 Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité démarches, absence preuve de présence en France...)
- 4 Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès aux droits, méd. traitant)
- 5 Aucun droit possible (résidence < 3 mois ou visa touristique ou ressources > au plafond d'attribut° AME ou CMU...)
- 6 Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, soins non pris en charge...)
- 7 Barrière linguistique
- 8 Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)
- 9 Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (refus guichet, demande de pièces abusives...)
- 10 Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs
- 11 Droits ouverts dans un autre pays européen
- 12 Autre raison exprimée (refus officine, PASS non fonctionnelles...)

27. Au cours des 12 derniers mois*, avez-vous déjà renoncé à des soins (abandonner des soins) ?

Autre formulation : Avez-vous souhaité consulter un médecin ou acheter des médicaments, etc. sans pouvoir le faire pour des raisons financières ou parce que vous n'avez pas de couverture maladie ?

*ou depuis votre arrivée en France (si depuis moins d'un an)

- 1 Oui 2 Non

28. Au cours des 12 derniers mois*, a-t-on déjà refusé de vous soigner dans une structure de santé ?

*ou depuis votre arrivée en France (si depuis moins d'un an)

- 1 Oui 2 Non

29. [Pour les personnes sans titre de séjour]

En ce moment, vous arrive-t-il de limiter vos déplacements ou vos activités de peur d'être arrêté(e) ?

- 1 Oui 2 Non

30. ORIENTATIONS

- 1 Pour l'accès aux droits, précisez : 1 Interne (AS du Caso)
- 2 Orientation externe (CPAM, CCAS, Association, etc.)
- 2 Autres orientations (Urgences, PASS, Resto du cœur, vestiaires, etc.)

	Nombre de passages	Nombre de patients différents (file active)	Nombre de nouveaux patients	Nombre de consultations médicales	Part des consultations médicales (par rapport à la totalité)	Nombre de patients différents ayant une consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patients	Nombre de consultations dentaires	Part des consultations dentaires (par rapport à la totalité)	Nombre de patients différents ayant une consultation dentaire	Nombre moyen de consultations dentaires par patients
Aix-en-Provence	1 173	447	234	1 109	3,0%	431	2,6	696	18,8%	332	2,1
Angers	922	594	514	911	2,5%	584	1,6	666	18,8%	332	2,1
Besançon	1 038	438	307	1 013	2,7%	433	2,3	666	18,8%	332	2,1
Bordeaux	5 382	2 074	1 482	2 913	7,9%	1 480	2,0	666	18,8%	332	2,1
Cayenne	1 792	1 038	695	802	2,2%	637	1,3	666	18,8%	332	2,1
Saint-Denis	11 719	6 488	4 790	5 535	14,9%	3 630	1,5	666	18,8%	332	2,1
Grenoble	3 068	1 362	1 017	2 235	6,0%	1 182	1,9	666	18,8%	332	2,1
Lyon	6 843	2 966	2 058	4 574	12,3%	2 489	1,8	666	18,8%	332	2,1
Marseille	5 469	2 862	2 247	3 918	10,6%	2 415	1,6	666	18,8%	332	2,1
Montpellier	2 407	1 138	833	912	2,5%	669	1,4	666	18,8%	332	2,1
Nancy	1 358	499	335	1 035	2,8%	473	2,2	666	18,8%	332	2,1
Nantes	729	432	359	574	1,5%	396	1,4	666	18,8%	332	2,1
Nice	5 446	2 351	1 654	2 296	6,2%	1 284	1,8	666	18,8%	332	2,1
Paris	6 147	2 415	2 001	3 906	10,5%	1 986	2,0	666	18,8%	332	2,1
Pau	659	305	229	664	1,8%	304	2,2	666	18,8%	332	2,1
Rouen	1 211	706	609	1 090	2,9%	685	1,6	666	18,8%	332	2,1
Strasbourg	3 757	1 044	659	1 953	5,3%	820	2,4	666	18,8%	332	2,1
Toulouse	2 017	979	762	1 007	2,7%	640	1,6	666	18,8%	332	2,1
Valenciennes	692	379	240	640	1,7%	356	1,8	666	18,8%	332	2,1
TOTAL	61 829	28 517	21 025	37 087	100,0%	20 894	1,8	3 703	100,0%	1 644	2,3

4. ANALYSES

PAR CASO



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
447	1,6	1 109	3,0	431	2,6

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	65,6	293	61,8	17 290	61,8	17 583
Femmes	34,4	154	38,2	10 707	38,2	10 861
Âge moyen (années)	31,1		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	15,5	61	7,9	2 110	8,1	2 171
10-17 ans	4,3	17	5,7	1 523	5,7	1 540
18-29 ans	25,5	100	29,1	7 720	29,0	7 820
30-39 ans	19,6	77	26,7	7 092	26,6	7 169
40-49 ans	20,4	80	15,8	4 183	15,8	4 263
50 ans et plus	14,7	58	14,8	3 909	14,7	3 967
Patients mineurs	19,9	78	13,7	3 633	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	17,3	68	16,0	4 241	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	4,8	19	6,0	1 593	6,0	1 612
Nationalités						
Français	15,7	69	5,3	1 436	5,5	1 505
Étrangers	84,3	371	94,7	25 412	94,5	25 783
Groupe continental						
France	15,7	69	5,3	1 436	5,5	1 505
Union européenne	57,7	254	17,5	4 686	18,1	4 940
Europe (hors UE)	0,9	4	10,5	2 811	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	5,4	24	29,6	7 938	29,2	7 962
Maghreb	19,3	85	24,1	6 460	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	0,5	2	5,0	1 351	5,0	1 353
Asie	0,5	2	4,0	1 077	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0	0	4,0	1 086	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	54,1	238	11,2	2 997	11,9	3 235
France	15,7	69	5,3	1 436	5,5	1 505
Tunisie	8,0	35	4,7	1 264	4,8	1 299
Algérie	6,1	27	12,0	3 210	11,9	3 237
Maroc	5,2	23	6,8	1 836	6,8	1 859
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,2		1,9		1,9	

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	30,8	88	38,2	8 196	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	21,7	62	29,7	6 360	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	18,9	54	15,0	3 213	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	19,9	57	12,4	2 670	12,6	2 727
10 ans et plus	8,7	25	4,7	999	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	5,0	18	9,0	2 082	9,0	2 100
Hébergé	28,7	104	58,0	13 350	57,5	13 454
Squat ou campement	52,3	190	12,9	2 977	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	14,0	51	20,1	4 624	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	10,7	28	23,6	4 300	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	27,9	73	49,7	9 048	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,1	3	4,5	819	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	60,3	158	22,2	4 027	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	50,8	194	25,2	5 701	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	2,3	9	1,0	230	1,0	239
Visa touriste	2,1	8	4,9	1 109	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	5,0	19	16,1	3 647	15,9	3 666
En situation irrégulière	39,8	152	52,8	11 975	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2	0,5	6,9	1 892	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Aix-en-Provence		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	26,7	105	25,6	6 087	25,7	6 192
AME	55,1	217	49,7	11 789	49,8	12 006
Droits autre pays européen	2,5	10	4,7	1 116	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	15,7	62	20,0	4 735	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	18,0	46	14,7	2 375	14,8	2 421
Droits non ouverts	82,0	209	85,3	13 766	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
594	2,1	911	2,5	584	1,6

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	56,7	335	61,9	17 248	61,8	17 583
Femmes	43,3	256	38,1	10 605	38,2	10 861
Âge moyen (années)	28,2		33,2		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	14,3	81	7,9	2 090	8,1	2 171
10-17 ans	13,4	76	5,6	1 464	5,7	1 540
18-29 ans	26,8	152	29,1	7 668	29,0	7 820
30-39 ans	25,2	143	26,7	7 026	26,6	7 169
40-49 ans	10,2	58	15,9	4 205	15,8	4 263
50 ans et plus	10,1	57	14,8	3 910	14,7	3 967
Patients mineurs	27,7	157	13,5	3 554	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	17,1	97	16,0	4 212	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	4,2	24	6,0	1 588	6,0	1 612
Nationalités						
Français	3,4	20	5,6	1 485	5,5	1 505
Étrangers	96,6	570	94,4	25 213	94,5	25 783
Groupe continental						
France	3,4	20	5,6	1 485	5,5	1 505
Union européenne	9,6	57	18,3	4 883	18,1	4 940
Europe (hors UE)	18,0	106	10,1	2 709	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	52,0	307	28,7	7 655	29,2	7 962
Maghreb	12,4	73	24,2	6 472	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	1,9	11	5,0	1 342	5,0	1 353
Asie	1,7	10	4,0	1 069	3,9	1 079
Océanie et Amériques	1,0	6	4,1	1 080	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Somalie	14,1	83	0,1	20	0,4	103
Soudan	8,6	51	0,3	70	0,4	121
Roumanie	7,5	44	12,0	3 191	11,9	3 235
Russie-Tchéchénie	5,9	35	1,9	498	2,0	533
Erythrée	5,8	34	0,2	44	0,3	78
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	0,6		2,0		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	70,1	364	37,3	7 920	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	17,5	91	29,9	6 331	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	5,6	29	15,3	3 238	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	6,0	31	12,7	2 696	12,6	2 727
10 ans et plus	0,8	4	4,8	1 020	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	10,3	55	8,9	2 045	9,0	2 100
Hébergé	34,3	184	58,1	12 270	57,5	13 454
Squat ou campement	6,5	35	13,7	3 132	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	48,9	262	19,3	4 413	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	16,4	36	23,5	4 292	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	34,1	75	49,6	9 046	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	2,7	6	4,5	816	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	46,8	103	22,4	4 082	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	39,5	188	25,3	5 707	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,7	8	1,0	231	1,0	239
Visa touriste	6,9	33	4,8	1 084	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	18,7	89	15,9	3 577	15,9	3 666
En situation irrégulière	33,2	158	53,0	11 969	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	8,9	49	6,7	1 845	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Angers		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	28,7	155	25,6	6 037	25,7	6 192
AME	32,9	178	50,2	11 828	49,8	12 006
Droits autre pays européen	5,4	29	4,6	1 097	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	33,0	178	19,6	4 619	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	7,4	20	14,9	2 401	14,8	2 421
Droits non ouverts	92,6	250	85,1	13 725	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
438	1,5	1 013	2,7	433	2,3

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	58,0	254	61,9	17 329	61,8	17 583
Femmes	42,0	184	38,1	10 677	38,2	10 861
Âge moyen (années)	31,4		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	13,6	53	8,0	2 118	8,1	2 171
10-17 ans	5,9	23	5,7	1 517	5,7	1 540
18-29 ans	28,2	110	29,1	7 710	29,0	7 820
30-39 ans	22,1	86	26,7	7 083	26,6	7 169
40-49 ans	15,1	59	15,8	4 204	15,8	4 263
50 ans et plus	15,1	59	14,7	3 908	14,7	3 967
Patients mineurs	19,5	76	13,7	3 635	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	15,1	59	16,0	4 250	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	5,9	23	6,0	1 589	6,0	1 612
Nationalités						
Français	20,0	86	5,3	1 419	5,5	1 505
Étrangers	80,0	344	94,7	25 439	94,5	25 783
Groupe continental						
France	20,0	86	5,3	1 419	5,5	1 505
Union européenne	14,2	61	18,2	4 879	18,1	4 940
Europe (hors UE)	39,7	171	9,9	2 644	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	14,2	61	29,4	7 901	29,2	7 962
Maghreb	10,0	43	24,2	6 502	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	1,4	6	5,0	1 347	5,0	1 353
Asie	0,5	2	4,0	1 077	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0	0	4,0	1 086	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Ex-Yougoslavie	24,0	103	2,4	638	2,7	741
France	20,0	86	5,3	1 419	5,5	1 505
Roumanie	12,6	54	11,9	3 181	11,9	3 235
Albanie	7,2	31	1,9	501	2,0	532
Algérie	5,1	22	12,0	3 215	11,9	3 237
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,5		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	67,7	206	37,7	8 078	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	13,2	40	29,8	6 382	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	7,6	23	15,2	3 244	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	7,9	24	12,6	2 703	12,6	2 727
10 ans et plus	3,6	11	4,7	1 013	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	8,3	32	9,0	2 068	9,0	2 100
Hébergé	40,2	156	57,8	13 298	57,5	13 454
Squat ou campement	4,1	16	13,7	3 151	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	47,4	184	19,5	4 491	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	3,6	11	23,8	4 317	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	25,1	76	49,8	9 045	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	39,6	120	3,9	702	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	31,7	96	22,5	4 089	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	43,7	173	25,2	5 722	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,5	6	1,0	233	1,0	239
Visa touriste	2,3	9	4,9	1 108	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	18,7	74	15,9	3 592	15,9	3 666
En situation irrégulière	33,8	134	53,0	11 993	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	17,2	74	6,6	1 820	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Besançon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	41,6	168	25,4	6 024	25,7	6 192
AME	27,2	110	50,2	11 896	49,8	12 006
Droits autre pays européen	0,3	1	4,7	1 125	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	30,9	125	19,7	4 672	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	32,3	85	14,5	2 336	14,8	2 421
Droits non ouverts	67,7	178	85,5	13 797	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient	Nbre de consultations dentaires	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation dentaire	Nbre moyen de consultations dentaires par patient
2 074	7,3	2 913	7,9	1 480	2,0	696	18,8	332	2,1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, consultation avec une sage-femme, ophtalmologie, entretiens psychologiques et psychiatriques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	51,9	1 075	62,6	16 508	61,8	17 583
Femmes	48,1	996	37,4	9 865	38,2	10 861
Âge moyen (années)	32,8		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	9,8	191	7,9	1 980	8,1	2 171
10-17 ans	4,3	83	5,8	1 457	5,7	1 540
18-29 ans	30,1	588	29,0	7 232	29,0	7 820
30-39 ans	25,5	498	26,7	6 671	26,6	7 169
40-49 ans	14,8	288	15,9	3 975	15,8	4 263
50 ans et plus	15,5	302	14,7	3 665	14,7	3 967
Patients mineurs	14,1	274	13,8	3 437	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	16,0	311	16,0	3 998	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	6,5	127	5,9	1 485	6,0	1 612
Nationalités						
Français	2,8	55	5,7	1 450	5,5	1 505
Étrangers	97,2	1 937	94,3	23 846	94,5	25 783
Groupe continental						
France	2,8	55	5,7	1 450	5,5	1 505
Union européenne	31,0	618	17,1	4 322	18,1	4 940
Europe (hors UE)	13,9	277	10,0	2 538	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	26,6	530	29,4	7 432	29,2	7 962
Maghreb	22,1	440	24,1	6 105	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	0,6	12	5,3	1 341	5,0	1 353
Asie	1,2	25	4,2	1 054	3,9	1 079
Océanie et Amériques	1,8	35	4,2	1 051	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Bulgarie	22,2	442	0,8	212	2,4	654
Algérie	11,0	220	11,9	3 017	11,9	3 237
Maroc	8,5	169	6,7	1 690	6,8	1 859
Cameroun	5,5	109	3,9	986	4,0	1 095
Nigéria	4,5	89	1,4	348	1,6	437
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,0		2,0		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	52,2	840	37,0	7 444	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	26,9	433	29,8	5 989	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	11,7	189	15,3	3 078	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	7,3	117	13,0	2 610	12,6	2 727
10 ans et plus	1,9	31	4,9	993	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	8,9	131	9,0	1 969	9,0	2 100
Hébergé	52,0	765	57,9	12 689	57,5	13 454
Squat ou campement	16,8	247	13,3	2 920	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	22,2	327	19,8	4 348	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	20,9	223	23,6	4 105	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	42,9	457	49,8	8 664	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	8,4	90	4,2	732	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	27,8	296	22,4	3 889	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	33,5	466	25,1	5 429	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,9	27	1,0	212	1,0	239
Visa touriste	8,8	123	4,6	994	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	18,1	252	15,7	3 414	15,9	3 666
En situation irrégulière	37,7	525	53,6	11 602	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	5,9	120	6,8	1 774	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Bordeaux		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	27,6	421	25,5	5 771	25,7	6 192
AME	42,7	650	50,3	11 356	49,8	12 006
Droits autre pays européen	1,9	29	4,8	1 097	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	27,8	423	19,4	4 374	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	13,0	101	14,9	2 320	14,8	2 421
Droits non ouverts	87,0	674	85,1	13 301	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
1 038	3,6	802	2,2	637	1,3

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	44,8	465	62,5	17 118	61,8	17 583
Femmes	55,2	573	37,5	10 288	38,2	10 861
Âge moyen (années)	30,6		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	10,7	108	8,0	2 063	8,1	2 171
10-17 ans	4,8	48	5,7	1 492	5,7	1 540
18-29 ans	30,8	310	29,0	7 510	29,0	7 820
30-39 ans	29,8	300	26,5	6 869	26,6	7 169
40-49 ans	14,1	142	15,9	4 121	15,8	4 263
50 ans et plus	9,8	99	14,9	3 868	14,7	3 967
Patients mineurs	15,5	156	13,7	3 555	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	15,2	153	16,0	4 156	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	3,1	31	6,1	1 581	6,0	1 612
Nationalités						
Français	3,2	33	5,6	1 472	5,5	1 505
Étrangers	96,8	1 003	94,4	24 780	94,5	25 783
Groupe continental						
France	3,2	33	5,6	1 472	5,5	1 505
Union européenne	0,5	5	18,8	4 935	18,1	4 940
Europe (hors UE)	0,1	1	10,7	2 814	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	12,6	131	29,8	7 831	29,2	7 962
Maghreb	0,0	0	24,9	6 545	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	0,7	7	5,1	1 346	5,0	1 353
Asie	0,2	2	4,1	1 077	3,9	1 079
Océanie et Amériques	82,7	857	0,9	229	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Haïti	32,7	339	0,1	19	1,3	358
République Dominicaine	12,9	134	0,1	10	0,5	144
Bésil	10,3	107	0,1	32	0,5	139
Pérou	8,2	85	0,1	17	0,4	102
Colombie	7,8	81	0,2	44	0,5	125
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,5		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	29,7	264	38,5	8 020	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	21,9	195	29,9	6 227	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	14,7	131	15,0	3 136	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	22,9	204	12,1	2 523	12,6	2 727
10 ans et plus	10,8	96	4,5	928	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	16,4	164	8,6	1 936	9,0	2 100
Hébergé	60,1	602	57,4	12 852	57,5	13 454
Squat ou campement	21,6	217	13,2	2 950	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	1,9	19	20,8	4 656	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	2,5	21	24,5	4 307	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	63,9	546	48,7	8 575	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	2,9	25	4,5	797	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	30,7	263	22,3	3 922	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	18,4	182	25,9	5 713	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,0	0	1,1	239	1,0	239
Visa touriste	1,0	10	5,0	1 107	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	48,5	481	14,4	3 185	15,9	3 666
En situation irrégulière	32,1	318	53,6	11 809	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	29,9	310	5,9	1 584	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Cayenne		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	58,8	590	24,2	5 602	25,7	6 192
AME	34,2	343	50,4	11 663	49,8	12 006
Droits autre pays européen	0,1	1	4,9	1 125	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	6,9	69	20,5	4 728	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	9,4	84	15,1	2 337	14,8	2 421
Droits non ouverts	90,6	809	84,9	13 166	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
1 362	4,8	2 235	6,0	1 182	1,9

Consultations spécialisées pratiquées au centre : ophtalmologie/optique et entretiens psychologiques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	56,2	764	62,1	16 819	61,8	17 583
Femmes	43,8	596	37,9	10 265	38,2	10 861
Âge moyen (années)	28,3		33,3		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	17,2	225	7,6	1 946	8,1	2 171
10-17 ans	6,8	89	5,7	1 451	5,7	1 540
18-29 ans	30,5	400	28,9	7 420	29,0	7 820
30-39 ans	23,9	314	26,8	6 855	26,6	7 169
40-49 ans	10,9	143	16,1	4 120	15,8	4 263
50 ans et plus	10,7	140	14,9	3 827	14,7	3 967
Patients mineurs	23,9	314	13,3	3 397	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	16,1	211	16,0	4 098	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	5,0	65	6,0	1 547	6,0	1 612
Nationalités						
Français	6,8	91	5,4	1414	5,5	1 505
Étrangers	93,2	1 256	94,6	24 527	94,5	25 783
Groupe continental						
France	6,7	91	5,4	1414	5,5	1 505
Union européenne	17,5	235	18,1	4 705	18,1	4 940
Europe (hors UE)	11,6	156	10,3	2 659	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	34,9	470	28,9	7 492	29,2	7 962
Maghreb	26,4	355	23,9	6 190	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	1,4	19	5,1	1 334	5,0	1 353
Asie	1,2	16	4,1	1 063	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,3	4	4,2	1 082	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Algérie	15,5	208	11,7	3 029	11,9	3 237
Roumanie	14,6	196	11,7	3 039	11,9	3 235
Ex-Yougoslavie	8,5	115	2,4	115	2,7	741
Tunisie	8,1	109	4,6	1 190	4,8	1 299
République Démocratique du Congo	6,8	92	1,6	408	1,8	500
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,5		2,0		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	45,3	501	37,8	7 783	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	25,6	284	29,8	6 138	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	13,1	145	15,1	3 122	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	13,6	151	12,5	2 576	12,6	2 727
10 ans et plus	2,4	26	4,8	998	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	8,1	104	9,0	1 996	9,0	2 100
Hébergé	49,8	637	58,0	12 817	57,5	13 454
Squat ou campement	13,5	172	13,5	2 995	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,6	366	19,5	4 309	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	19,3	189	23,7	4 139	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	38,7	379	50,0	8 742	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,8	18	4,6	804	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	40,2	393	21,7	3 792	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	34,7	437	25,1	5 458	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,5	6	1,1	233	1,0	239
Visa touriste	1,7	21	5,0	1 096	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	21,3	268	15,6	3 398	15,9	3 666
En situation irrégulière	41,8	526	53,2	11 601	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	11,5	152	6,5	1 742	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Grenoble		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	30,9	401	25,3	5 791	25,7	6 192
AME	47,9	622	49,9	11 384	49,8	12 006
Droits autre pays européen	2,7	35	4,8	1 091	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	18,5	241	20,0	4 556	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	11,7	115	15,0	2 306	14,8	2 421
Droits non ouverts	88,3	866	85,0	13 109	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
2 966	10,4	4 574	12,3	2 489	1,8

Consultations spécialisées pratiquées au centre : gynécologie, neurologie, ostéopathie, pédiatrie, psychiatrie, entretiens psychologiques et consultations d'une sage-femme

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,9	1 564	62,9	16 019	61,8	17 583
Femmes	47,1	1 395	37,1	9 466	38,2	10 861
Âge moyen (années)	29,4		33,5		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	15,5	438	7,2	1 733	8,1	2 171
10-17 ans	10,2	287	5,2	1 253	5,7	1 540
18-29 ans	25,4	719	29,4	7 101	29,0	7 820
30-39 ans	22,5	636	27,1	6 533	26,6	7 169
40-49 ans	13,9	393	16,1	3 870	15,8	4 263
50 ans et plus	12,5	353	15,0	3 614	14,7	3 967
Patients mineurs	25,7	725	12,4	2 986	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	18,8	531	15,7	3 778	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	4,9	139	6,1	1 473	6,0	1 612
Nationalités						
Français	5,1	150	5,6	1 355	5,5	1 505
Étrangers	94,9	2 782	94,4	23 001	94,5	25 783
Groupe continental						
France	5,1	150	5,6	1 355	5,5	1 505
Union européenne	24,7	726	17,3	4 214	18,1	4 940
Europe (hors UE)	22,3	654	8,9	2 161	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	24,6	721	29,7	7 241	29,2	7 962
Maghreb	20,5	600	24,4	5 945	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	1,3	39	5,4	1 314	5,0	1 353
Asie	1,0	28	4,3	1 051	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,5	14	4,4	1 072	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	21,2	620	10,7	2 615	11,9	3 235
Algérie	11,8	345	11,9	2 892	11,9	3 237
Albanie	9,1	266	1,1	266	2,0	532
Ex-Yougoslavie	8,5	250	2,0	491	2,7	741
Tunisie	5,6	164	4,7	1 135	4,8	1 299
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,4		2,0		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	42,0	1 004	37,7	7 280	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	26,4	631	29,9	5 791	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	17,1	408	14,8	2 859	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	12,2	293	12,6	2 434	12,6	2 727
10 ans et plus	2,3	55	5,0	969	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	6,2	163	9,3	1 937	9,0	2 100
Hébergé	50,6	1 342	58,4	12 112	57,5	13 454
Squat ou campement	17,9	476	13,0	2 691	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	25,3	671	19,3	4 004	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	25,9	464	23,2	3 864	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	36,4	652	50,8	8 469	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	12,7	228	3,6	594	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	25,0	449	22,4	3 736	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	37,2	968	24,1	4 927	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,7	19	1,1	220	1,0	239
Visa touriste	6,2	160	4,7	957	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	17,1	446	15,7	3 220	15,9	3 666
En situation irrégulière	38,8	1 011	54,4	11 116	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	8,6	246	6,6	1 648	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Lyon		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	31,2	854	25,0	5 338	25,7	6 192
AME	47,1	1 286	50,1	10 720	49,8	12 006
Droits autre pays européen	5,9	160	4,5	966	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	15,8	432	20,4	4 365	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	16,7	317	14,5	2 104	14,8	2 421
Droits non ouverts	83,3	1 583	85,5	12 392	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Nombre de consultations dentaires	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation dentaire	Nombre moyen de consultations dentaires par patient
2 862	10,0	3 918	10,6	2 415	1,6	459	12,4	297	1,5

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et consultations psychologiques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	69,1	1 974	61,0	15 609	61,8	17 583
Femmes	30,9	882	39,0	9 979	38,2	10 861
Âge moyen (années)	34,1		32,9		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	9,2	258	7,9	1 913	8,1	2 171
10-17 ans	5,0	138	5,8	1 402	5,7	1 540
18-29 ans	25,1	702	29,5	7 118	29,0	7 820
30-39 ans	24,7	690	26,8	6 479	26,6	7 169
40-49 ans	19,0	531	15,5	3 732	15,8	4 263
50 ans et plus	17,0	474	14,5	3 493	14,7	3 967
Patients mineurs	14,2	396	13,7	3 315	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	12,4	345	16,4	3 964	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	5,9	165	6,0	1 447	6,0	1 612
Nationalités						
Français	7,5	213	5,3	1 292	5,5	1 505
Étrangers	92,5	2 616	94,7	23 167	94,5	25 783
Groupe continental						
France	7,5	213	5,3	1 292	5,5	1 505
Union européenne	17,3	489	18,2	4 451	18,1	4 940
Europe (hors UE)	6,9	195	10,7	2 620	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	15,0	423	30,8	7 539	29,2	7 962
Maghreb	50,7	1 434	20,9	5 111	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	1,6	45	5,3	1 308	5,0	1 353
Asie	0,4	12	4,4	1 067	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,6	18	4,4	1 068	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Algérie	32,2	912	9,5	2 325	11,9	3 237
Roumanie	10,9	309	12,0	2 926	11,9	3 235
Tunisie	9,8	276	4,2	1 023	4,8	1 299
Maroc	8,6	243	6,6	1 616	6,8	1 859
France	7,5	213	5,3	1 292	5,5	1 505
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)		1,7		1,9		1,9
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	38,8	933	38,0	7 351	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	29,4	708	29,6	5 714	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	16,1	387	14,9	2 880	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	11,7	282	12,7	2 445	12,6	2 727
10 ans et plus	4,0	96	4,8	928	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	10,5	270	8,8	1 830	9,0	2 100
Hébergé	57,1	1 476	57,5	11 978	57,5	13 454
Squat ou campement	11,7	303	13,8	2 864	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	20,7	534	19,9	4 141	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	30,2	603	22,6	3 725	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	48,6	969	49,5	8 152	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	6,5	129	4,2	693	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	14,7	294	23,7	3 891	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	25,2	660	25,6	5 235	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,4	36	1,0	203	1,0	239
Visa touriste	3,9	102	5,0	1 015	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	16,1	420	15,9	3 246	15,9	3 666
En situation irrégulière	53,4	1 398	52,5	10 729	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	4,1	114	7,1	1 780	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Marseille		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	25,3	690	25,7	5 502	25,7	6 192
AME	45,2	1 236	50,4	10 770	49,8	12 006
Droits autre pays européen	11,2	306	3,8	820	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	18,3	501	20,1	4 296	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	15,3	267	14,7	2 154	14,8	2 421
Droits non ouverts	84,7	1 482	85,3	12 493	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Nombre de consultations dentaires	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation dentaire	Nombre moyen de consultations dentaires par patient
1 138	4,0	912	2,5	669	1,4	301	8,1	159	1,9

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	64,5	733	61,7	16 850	61,8	17 583
Femmes	35,5	403	38,3	10 458	38,2	10 861
Âge moyen (années)	34,7		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	5,2	53	8,2	2 118	8,1	2 171
10-17 ans	1,8	18	5,9	1 522	5,7	1 540
18-29 ans	30,9	314	29,0	7 506	29,0	7 820
30-39 ans	28,5	289	26,5	6 880	26,6	7 169
40-49 ans	18,4	187	15,7	4 076	15,8	4 263
50 ans et plus	15,2	154	14,7	3 813	14,7	3 967
Patients mineurs	7,0	71	14,1	3 640	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	16,9	171	16,0	4 138	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	5,8	59	6,0	1 553	6,0	1 612
Nationalités						
Français	13,4	149	5,2	1 356	5,5	1 505
Étrangers	86,6	961	94,8	24 822	94,5	25 783
Groupe continental						
France	13,4	149	5,2	1 356	5,5	1 505
Union européenne	31,2	346	17,6	4 594	18,1	4 940
Europe (hors UE)	3,0	33	10,6	2 782	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	8,6	96	30,1	7 866	29,2	7 962
Maghreb	42,0	466	23,2	6 079	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	0,8	9	5,1	1 344	5,0	1 353
Asie	0,1	1	4,1	1 078	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,9	1	4,1	1 076	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Maroc	28,4	315	5,9	1 544	6,8	1 859
Roumanie	19,7	219	11,5	3 016	11,9	3 235
France	13,4	149	5,2	1 356	5,5	1 505
Algérie	11,4	126	11,9	3 111	11,9	3 237
Espagne	3,7	41	0,9	239	1,0	280
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,8		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	30,3	258	38,5	8 026	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	30,9	263	29,5	6 159	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	13,4	114	15,1	3 153	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	17,9	153	12,3	2 574	12,6	2 727
10 ans et plus	7,5	64	4,6	960	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	13,8	138	8,8	1 962	9,0	2 100
Hébergé	46,8	469	58,0	12 985	57,5	13 454
Squat ou campement	22,2	223	13,1	2 944	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	17,2	173	20,1	4 502	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	32,9	285	23,0	4 043	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	50,1	434	49,4	8 687	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,8	16	4,6	806	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	15,2	132	23,0	4 053	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	29,4	278	25,4	5 617	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	2,0	19	1,0	220	1,0	239
Visa touriste	5,7	54	4,8	1 063	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	10,4	98	16,2	3 568	15,9	3 666
En situation irrégulière	52,5	496	52,6	11 631	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	1,2	13	7,0	1 881	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Montpellier		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	27,3	278	25,6	5 914	25,7	6 192
AME	48,7	496	49,8	11 510	49,8	12 006
Droits autre pays européen	8,1	83	4,5	1 043	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	15,9	162	20,1	4 635	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	18,8	128	14,6	2 293	14,8	2 421
Droits non ouverts	81,2	553	85,4	13 422	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Nombre de consultations dentaires	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation dentaire	Nombre moyen de consultations dentaires par patient
499	1,8	1 035	2,8	473	2,2	196	5,3	72	2,7

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire et entretiens psychologiques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,3	261	62,0	17 322	61,8	17 583
Femmes	47,7	238	38,0	10 623	38,2	10 861
Âge moyen (années)		34,2		33,0		33,1
Classes d'âge						
< 10 ans	9,5	47	8,0	2 124	8,1	2 171
10-17 ans	6,7	33	5,7	1 507	5,7	1 540
18-29 ans	26,9	132	29,1	7 688	29,0	7 820
30-39 ans	20,8	102	26,7	7 067	26,6	7 169
40-49 ans	15,5	76	15,9	4 187	15,8	4 263
50 ans et plus	20,6	101	14,6	3 866	14,7	3 967
Patients mineurs	16,3	80	13,7	3 631	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	16,3	80	16,0	4 229	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	10,8	53	5,9	1 559	6,0	1 612
Nationalités						
Français	14,9	74	5,3	1 431	5,5	1 505
Étrangers	85,1	424	94,7	25 359	94,5	25 783
Groupe continental						
France	14,9	74	5,3	1 431	5,5	1 505
Union européenne	16,4	82	18,1	4 858	18,1	4 940
Europe (hors UE)	8,0	40	10,4	2 775	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	13,9	69	29,5	7 893	29,2	7 962
Maghreb	44,6	222	23,6	6 323	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	0,8	4	5,0	1 349	5,0	1 353
Asie	0,8	4	4,0	1 075	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,6	3	4,1	1 083	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Maroc	21,5	107	6,5	1 752	6,8	1 859
Algérie	21,3	106	11,7	3 131	11,9	3 237
France	14,9	74	5,3	1 431	5,5	1 505
Roumanie	7,4	37	12,0	3 198	11,9	3 235
Italie	6,4	32	0,7	195	0,8	227
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)		2,2		1,9		1,9
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	39,2	157	38,1	8 127	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	23,2	93	29,7	6 329	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	17,7	71	15,0	3 196	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	15,2	61	12,5	2 666	12,6	2 727
10 ans et plus	4,7	19	4,7	1 005	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	29,8	142	8,5	1 958	9,0	2 100
Hébergé	55,8	266	57,6	13 188	57,5	13 454
Squat ou campement	5,6	27	13,7	3 140	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	8,8	42	20,2	4 633	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	6,8	28	23,8	4 300	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	74,2	305	48,9	8 816	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	0,5	2	4,5	820	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	18,5	76	22,8	4 109	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	33,3	159	25,4	5 736	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,8	4	1,0	235	1,0	239
Visa touriste	15,3	73	4,6	1 044	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	14,0	67	16,0	3 599	15,9	3 666
En situation irrégulière	36,6	175	53,0	11 952	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2,2	11	6,9	1 883	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Nancy		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	29,2	142	25,6	6 050	25,7	6 192
AME	40,1	195	50,0	11 811	49,8	12 006
Droits autre pays européen	10,7	52	4,5	1 074	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	20,0	97	19,9	4 700	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	22,1	72	14,6	2 349	14,8	2 421
Droits non ouverts	77,9	254	85,4	13 721	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
432	1,5	574	1,5	396	1,4

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	57,7	248	61,9	17 335	61,8	17 583
Femmes	42,3	182	38,1	10 679	38,2	10 861
Âge moyen (années)	35,7		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	2,5	10	8,1	2 161	8,1	2 171
10-17 ans	8,1	33	5,7	1 507	5,7	1 540
18-29 ans	33,9	138	29,0	7 682	29,0	7 820
30-39 ans	22,9	93	26,7	7 076	26,6	7 169
40-49 ans	11,5	47	15,9	4 216	15,8	4 263
50 ans et plus	21,1	86	14,6	3 881	14,7	3 967
Patients mineurs	10,6	43	13,8	3 668	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	19,7	80	15,9	4 229	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	12,8	52	5,9	1 560	6,0	1 612
Nationalités						
Français	4,2	18	5,5	1 487	5,5	1 505
Étrangers	95,8	408	94,5	25 375	94,5	25 783
Groupe continental						
France	4,2	18	5,5	1 487	5,5	1 505
Union européenne	6,6	28	18,3	4 912	18,1	4 940
Europe (hors UE)	5,6	24	10,4	2 791	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	51,2	218	28,8	7 744	29,2	7 962
Maghreb	30,5	130	23,9	6 415	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	0,0	0	5,1	1 353	5,0	1 353
Asie	0,5	2	4,0	1 077	3,9	1 079
Océanie et Amériques	1,4	6	4,0	1 080	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Algérie	22,1	94	11,7	3 143	11,9	3 237
Guinée	9,4	40	2,0	548	2,2	588
Nigéria	7,3	31	1,5	406	1,6	437
Maroc	4,9	21	6,8	1 838	6,8	1 859
Cameroun	4,7	20	4,0	1 075	4,0	1 095
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,5		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	44,1	161	38,0	8 123	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	19,7	72	29,7	6 350	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	22,8	83	14,9	3 184	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	11,2	41	12,6	2 686	12,6	2 727
10 ans et plus	2,2	8	4,8	1 016	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	7,9	31	9,0	2 069	9,0	2 100
Hébergé	61,0	238	57,4	13 216	57,5	13 454
Squat ou campement	9,5	37	13,6	3 130	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	21,6	84	20,0	4 591	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	12,8	27	23,6	4 301	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	55,4	117	49,3	9 004	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	4,3	9	4,5	813	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	27,5	58	22,6	4 127	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	18,9	63	25,7	5 832	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	2,1	7	1,0	232	1,0	239
Visa touriste	22,5	75	4,6	1 042	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	13,5	45	15,9	3 621	15,9	3 666
En situation irrégulière	43,0	143	52,8	11 984	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	8,9	37	6,7	1 857	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Nantes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	25,9	101	25,7	6 091	25,7	6 192
AME	38,3	149	49,9	11 857	49,8	12 006
Droits autre pays européen	4,4	17	4,7	1 109	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	31,4	122	19,7	4 675	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	46,1	95	14,4	2 326	14,8	2 421
Droits non ouverts	53,9	111	85,6	13 864	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient	Nbre de consultations dentaires	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation dentaire	Nbre moyen de consultations dentaires par patient
2 351	8,2	2 296	6,2	1 284	1,8	1 098	29,7	448	2,5

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, kinésithérapie, ophtalmologie, psychiatrie et entretiens psychologiques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	57,1	1 341	62,2	16 242	61,8	17 583
Femmes	42,9	1 009	37,8	9 852	38,2	10 861
Âge moyen (années)	36,7		32,7		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	4,9	114	8,4	2 057	8,1	2 171
10-17 ans	3,2	74	6,0	1 466	5,7	1 540
18-29 ans	27,2	635	29,2	7 185	29,0	7 820
30-39 ans	26,3	616	26,6	6 553	26,6	7 169
40-49 ans	17,8	416	15,6	3 847	15,8	4 263
50 ans et plus	20,6	482	14,2	3 485	14,7	3 967
Patients mineurs	8,0	188	14,3	3 523	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	13,4	313	16,3	3 996	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	10,0	234	5,6	1 378	6,0	1 612
Nationalités						
Français	3,0	70	5,8	1 435	5,5	1 505
Étrangers	97,0	2 269	94,2	23 514	94,5	25 783
Groupe continental						
France	3,0	70	5,8	1 435	5,5	1 505
Union européenne	14,5	338	18,5	4 602	18,1	4 940
Europe (hors UE)	21,7	508	9,2	2 307	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	21,2	495	29,9	7 467	29,2	7 962
Maghreb	32,9	768	23,2	5 777	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	2,3	55	5,2	1 298	5,0	1 353
Asie	3,0	71	4,0	1 008	3,9	1 079
Océanie et Amériques	1,4	33	4,2	1 053	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	17,2	401	3,6	898	4,8	1 299
Russie-Tchéquie	9,3	218	1,3	315	2,0	533
Maroc	7,9	184	6,7	1 675	6,8	1 859
Cap Vert	7,0	164	0,4	104	1,0	268
Algérie	6,8	160	12,3	3 077	11,9	3 237
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,0		1,8		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	24,8	553	39,6	7 731	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	32,1	715	29,3	5 707	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	17,7	395	14,7	2 872	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	17,7	396	12,0	2 331	12,6	2 727
10 ans et plus	7,7	171	4,4	853	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	15,4	356	8,3	1 744	9,0	2 100
Hébergé	69,4	1 599	56,2	11 855	57,5	13 454
Squat ou campement	3,9	90	14,6	3 077	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	11,3	260	20,9	4 415	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	5,2	110	25,8	4 218	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	73,6	1 557	46,3	7 564	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,8	38	4,8	784	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	19,4	410	23,1	3 775	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	13,3	307	27,0	5 588	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	2,0	46	0,9	193	1,0	239
Visa touriste	3,7	84	5,0	1 033	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	17,4	402	15,7	3 264	15,9	3 666
En situation irrégulière	63,6	1 468	51,4	10 659	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	12,5	293	6,3	1 601	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Nice		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	24,4	566	25,8	5 626	25,7	6 192
AME	59,0	1 371	48,8	10 635	49,8	12 006
Droits autre pays européen	3,9	90	4,8	1 036	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	12,7	295	20,6	4 502	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	15,3	292	14,7	2 129	14,8	2 421
Droits non ouverts	84,7	1 623	85,3	12 352	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
2 415	8,5	3 906	10,5	1 986	2,0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dermatologie, gynécologie, ophtalmologie/optique et psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	64,4	1 554	61,6	16 029	61,8	17 583
Femmes	35,6	861	38,4	10 000	38,2	10 861
Âge moyen (années)	35,1		32,9		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	3,8	90	8,5	2 081	8,1	2 171
10-17 ans	10,7	255	5,2	1 285	5,7	1 540
18-29 ans	23,9	567	29,5	7 253	29,0	7 820
30-39 ans	26,9	639	26,6	6 530	26,6	7 169
40-49 ans	16,0	381	15,8	3 882	15,8	4 263
50 ans et plus	18,7	444	14,4	3 523	14,7	3 967
Patients mineurs	14,5	345	13,7	3 366	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	17,9	426	15,8	3 883	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	6,8	162	5,9	1 450	6,0	1 612
Nationalités						
Français	1,1	27	5,9	1 478	5,5	1 505
Étrangers	98,9	2 370	94,1	23 413	94,5	25 783
Groupe continental						
France	1,1	27	5,9	1 478	5,5	1 505
Union européenne	3,5	84	19,5	4 856	18,1	4 940
Europe (hors UE)	4,4	105	10,9	2 710	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	66,1	1 584	25,6	6 378	29,2	7 962
Maghreb	15,0	360	24,9	6 185	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	3,1	75	5,1	1 278	5,0	1 353
Asie	5,3	126	3,9	953	3,9	1 079
Océanie et Amériques	1,5	36	4,2	1 050	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Cameroun	17,2	411	2,8	684	4,0	1 095
Mali	13,5	324	2,3	562	3,3	886
Côte d'Ivoire	11,0	264	3,0	758	3,8	1 022
Algérie	8,5	204	12,2	3 033	11,9	3 237
Sénégal	5,9	141	2,4	596	2,7	737
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,4		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	33,9	774	38,6	7 510	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	35,0	798	28,9	5 624	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	13,2	300	15,3	2 967	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	9,5	216	12,9	2 511	12,6	2 727
10 ans et plus	8,4	192	4,3	832	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	2,6	60	9,7	2 040	9,0	2 100
Hébergé	67,4	1 548	56,4	11 906	57,5	13 454
Squat ou campement	5,3	123	14,4	3 044	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	24,7	567	19,5	4 108	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	30,6	624	22,5	3 704	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	49,8	1 017	49,4	8 104	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	0,3	6	5,0	816	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	19,3	393	23,1	3 792	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	16,3	378	26,6	5 517	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,3	6	1,1	233	1,0	239
Visa touriste	2,1	48	5,2	1 069	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	9,0	207	16,7	3 459	15,9	3 666
En situation irrégulière	72,3	1 671	50,4	10 456	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2,8	66	7,1	1 828	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Paris		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	12,1	285	27,1	5 907	25,7	6 192
AME	61,2	1 440	48,6	10 566	49,8	12 006
Droits autre pays européen	2,4	57	4,9	1 069	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	24,3	570	19,4	4 227	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	19,3	318	14,3	2 103	14,8	2 421
Droits non ouverts	80,7	1 329	85,7	12 646	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
305	1,1	664	1,8	304	2,2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire (en partenariat), psychiatrie

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	55,1	168	61,9	17 415	61,8	17 583
Femmes	44,9	137	38,1	10 724	38,2	10 861
Âge moyen (années)	32,0		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	13,0	39	8,0	2 132	8,1	2 171
10-17 ans	6,0	18	5,7	1 522	5,7	1 540
18-29 ans	23,1	69	29,1	7 751	29,0	7 820
30-39 ans	23,7	71	26,7	7 098	26,6	7 169
40-49 ans	18,1	54	15,8	4 209	15,8	4 263
50 ans et plus	16,1	48	14,7	3 919	14,7	3 967
Patients mineurs	19,1	57	13,7	3 654	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	16,1	48	16,0	4 261	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	4,0	12	6,0	1 600	6,0	1 612
Nationalités						
Français	28,2	86	5,3	1 419	5,5	1 505
Étrangers	71,8	219	94,7	25 564	94,5	25 783
Groupe continental						
France	28,2	86	5,3	1 419	5,5	1 505
Union européenne	13,8	42	18,2	4 898	18,1	4 940
Europe (hors UE)	16,1	49	10,2	2 766	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	14,7	45	29,3	7 917	29,2	7 962
Maghreb	20,7	63	24,0	6 482	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	3,9	12	5,0	1 341	5,0	1 353
Asie	0,0	0	4,0	1 079	3,9	1 079
Océanie et Amériques	2,6	8	4,0	1 078	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
France	28,2	86	5,3	1 419	5,5	1 505
Maroc	16,4	50	6,7	1 809	6,8	1 859
Roumanie	5,9	18	11,9	3 217	11,9	3 235
Ex-Yougoslavie	5,9	18	2,7	723	2,7	741
Cameroun	3,9	12	4,0	1 083	4,0	1 095
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,8		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	47,2	101	38,0	8 183	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	25,2	54	29,6	6 368	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	9,8	21	15,1	3 246	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	9,8	21	12,6	2 706	12,6	2 727
10 ans et plus	8,0	17	4,7	1 007	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	27,8	83	8,7	2 017	9,0	2 100
Hébergé	55,2	165	57,5	13 289	57,5	13 454
Squat ou campement	2,0	6	13,7	3 161	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,0	45	20,1	4 630	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	11,3	28	23,6	4 300	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	58,6	146	49,3	8 975	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	5,6	14	4,4	808	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	24,5	61	22,7	4 124	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	46,5	139	25,3	5 756	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	2,3	7	1,0	232	1,0	239
Visa touriste	6,7	20	4,8	1 097	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	19,1	57	15,9	3 609	15,9	3 666
En situation irrégulière	25,4	76	53,0	12 051	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	9,0	27	6,8	1 867	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Pau		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	51,0	153	25,3	6 039	25,7	6 192
AME	29,4	88	50,0	11 918	49,8	12 006
Droits autre pays européen	5,3	16	4,7	1 110	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	14,3	43	20,0	4 754	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	23,5	56	14,6	2 365	14,8	2 421
Droits non ouverts	76,5	182	85,4	13 793	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient	Nbre de consultations dentaires	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation dentaire	Nbre moyen de consultations dentaires par patient
706	2,5	1 090	2,9	685	1,6	48	1,3	43	1,1

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire et entretiens psychologiques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	58,3	411	61,9	17 172	61,8	17 583
Femmes	41,7	294	38,1	10 567	38,2	10 861
Âge moyen (années)	33,4		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	9,3	63	8,0	2 108	8,1	2 171
10-17 ans	5,9	40	5,7	1 500	5,7	1 540
18-29 ans	29,9	203	29,0	7 617	29,0	7 820
30-39 ans	24,9	169	26,7	7 000	26,6	7 169
40-49 ans	11,0	75	16,0	4 188	15,8	4 263
50 ans et plus	19,0	129	14,6	3 838	14,7	3 967
Patients mineurs	15,2	103	13,7	3 608	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	18,0	122	16,0	4 187	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	9,9	67	5,9	1 545	6,0	1 612
Nationalités						
Français	7,9	55	5,5	1 450	5,5	1 505
Étrangers	92,1	642	94,5	25 141	94,5	25 783
Groupe continental						
France	7,9	55	5,5	1 450	5,5	1 505
Union européenne	12,1	84	18,3	4 856	18,1	4 940
Europe (hors UE)	2,9	20	10,5	2 795	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	35,7	249	29,0	7 713	29,2	7 962
Maghreb	39,4	275	23,6	6 270	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	0,8	6	5,1	1 347	5,0	1 353
Asie	0,6	4	4,0	1 075	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,6	4	4,0	1 082	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Algérie	19,5	136	11,7	3 101	11,9	3 237
Roumanie	9,8	68	11,9	3 167	11,9	3 235
République Démocratique du Congo	9,8	68	1,6	432	1,8	500
Maroc	9,5	66	6,7	1 793	6,8	1 859
Tunisie	8,6	60	4,7	1 239	4,8	1 299
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,5		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	55,3	321	37,7	7 963	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	22,9	133	29,7	6 289	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	10,1	59	15,2	3 208	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	7,9	46	12,7	2 681	12,6	2 727
10 ans et plus	3,8	22	4,7	1 002	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	11,2	73	8,9	2 027	9,0	2 100
Hébergé	61,1	399	57,4	13 055	57,5	13 454
Squat ou campement	7,8	51	13,7	3 116	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	19,9	130	20,0	4 545	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	9,3	46	23,8	4 282	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	65,7	323	49,0	8 798	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	6,3	31	4,4	791	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	18,7	92	22,8	4 093	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	26,8	167	25,5	5 728	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,5	3	1,0	236	1,0	239
Visa touriste	10,4	65	4,7	1 052	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	18,1	113	15,9	3 553	15,9	3 666
En situation irrégulière	44,2	276	52,9	11 851	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	7,5	51	6,8	1 843	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Rouen		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	28,0	187	25,6	6 005	25,7	6 192
AME	37,0	247	50,1	11 759	49,8	12 006
Droits autre pays européen	4,6	31	4,7	1 095	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	30,4	203	19,6	4 594	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	14,1	59	14,8	2 362	14,8	2 421
Droits non ouverts	85,9	360	85,2	13 615	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
6 488	22,8	5 535	14,9	3 630	1,5

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire (en partenariat), ophtalmologie, entretiens psychologiques et psychiatriques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	72,3	4 673	58,7	12 910	61,8	17 583
Femmes	27,7	1 789	41,3	9 072	38,2	10 861
Âge moyen (années)		32,9		33,1		33,1
Classes d'âge						
< 10 ans	3,5	209	9,3	1 962	8,1	2 171
10-17 ans	3,0	179	6,5	1 361	5,7	1 540
18-29 ans	35,9	2 131	27,1	5 689	29,0	7 820
30-39 ans	32,4	1 919	25,0	5 250	26,6	7 169
40-49 ans	15,7	930	15,9	3 333	15,8	4 263
50 ans et plus	9,5	565	16,2	3 402	14,7	3 967
Patients mineurs	6,5	388	15,8	3 323	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	16,0	952	16,0	3 357	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	3,0	180	6,8	1 432	6,0	1 612
Nationalités						
Français	0,3	20	6,9	1 485	5,5	1 505
Étrangers	99,7	5 632	93,1	20 151	94,5	25 783
Groupe continental						
France	0,3	20	6,9	1 485	5,5	1 505
Union européenne	16,9	955	18,4	3 985	18,1	4 940
Europe (hors UE)	5,5	309	11,6	2 506	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	36,9	2 085	27,2	5 877	29,2	7 962
Maghreb	9,4	532	27,8	6 013	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	18,1	1 021	1,5	332	5,0	1 353
Asie	12,4	701	1,7	378	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,5	29	4,9	1 057	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Pakistan	16,4	925	0,3	69	3,6	994
Roumanie	15,7	887	10,9	2 348	11,9	3 235
Côte d'Ivoire	9,8	552	2,2	470	3,8	1 022
Inde	9,4	529	0,2	44	2,1	573
Mali	7,9	449	2,0	437	3,3	886
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)		1,5		2,0		1,9
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	29,7	1 105	39,9	7 179	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	39,9	1 483	27,4	4 939	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	16,3	607	14,8	2 660	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	11,1	415	12,8	2 312	12,6	2 727
10 ans et plus	3,0	111	5,1	913	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	2,6	96	10,2	2 004	9,0	2 100
Hébergé	65,3	2 453	56,0	11 001	57,5	13 454
Squat ou campement	19,6	737	12,4	2 430	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	12,5	471	21,4	4 204	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	41,0	1 285	19,9	3 043	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	44,2	1 385	50,5	7 736	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	1,8	56	5,0	766	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	13,0	406	24,6	3 779	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	13,2	497	28,0	5 398	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,4	14	1,2	225	1,0	239
Visa touriste	2,1	79	5,4	1 038	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	8,1	303	17,4	3 363	15,9	3 666
En situation irrégulière	76,2	2 868	48,0	9 259	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2,6	166	8,0	1 728	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Saint-Denis		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	10,0	392	28,7	5 800	25,7	6 192
AME	65,3	2 574	46,8	9 432	49,8	12 006
Droits autre pays européen	1,8	73	5,2	1 053	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	22,9	901	19,3	3 896	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	2,8	74	17,1	2 347	14,8	2 421
Droits non ouverts	97,2	2 587	82,9	11 388	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient	Nbre de consultations dentaires	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation dentaire	Nbre moyen de consultations dentaires par patient
1 044	3,7	1 953	5,3	820	3,9	893	24,1	281	3,2

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, dermatologie, gynécologie, podologie, psychiatrie et entretiens psychologiques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	62,6	651	61,8	16 932	61,8	17 583
Femmes	37,4	389	38,2	10 472	38,2	10 861
Âge moyen (années)	35,9		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	4,3	39	8,2	2 132	8,1	2 171
10-17 ans	10,1	92	5,6	1 448	5,7	1 540
18-29 ans	23,0	208	29,2	7 612	29,0	7 820
30-39 ans	24,7	224	26,7	6 945	26,6	7 169
40-49 ans	16,6	150	15,8	4 113	15,8	4 263
50 ans et plus	21,3	193	14,5	3 774	14,7	3 967
Patients mineurs	14,4	131	13,8	3 580	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	14,8	134	16,0	4 175	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	9,2	83	5,9	1 529	6,0	1 612
Nationalités						
Français	5,6	55	5,5	1 450	5,5	1 505
Étrangers	94,4	929	94,5	24 854	94,5	25 783
Groupe continental						
France	5,6	55	5,5	1 450	5,5	1 505
Union européenne	27,7	272	17,8	4 668	18,1	4 940
Europe (hors UE)	5,6	55	10,5	2 760	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	21,9	215	29,5	7 747	29,2	7 962
Maghreb	35,7	351	23,5	6 194	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	1,6	16	5,1	1 337	5,0	1 353
Asie	1,3	13	4,0	1 066	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,6	6	4,1	1 080	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Algérie	21,8	214	11,5	3 023	11,9	3 237
Roumanie	13,6	134	11,8	3 101	11,9	3 235
Maroc	11,9	117	6,6	1 742	6,8	1 859
France	5,6	55	5,5	1 450	5,5	1 505
Cameroun	5,3	52	4,0	1 043	4,0	1 095
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	1,8		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	43,4	339	37,9	7 945	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	23,4	183	29,8	6 239	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	16,6	130	15,0	3 137	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	13,3	104	12,5	2 623	12,6	2 727
10 ans et plus	3,3	26	4,8	998	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	11,5	103	8,9	1 997	9,0	2 100
Hébergé	52,3	469	57,7	12 985	57,5	13 454
Squat ou campement	14,1	126	13,5	3 041	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	22,1	198	19,9	4 477	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	32,6	235	23,1	4 093	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	47,6	344	49,5	8 777	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	0,7	5	4,6	817	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	19,1	138	22,8	4 047	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	30,3	244	25,4	5 651	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,1	9	1,0	230	1,0	239
Visa touriste	9,5	77	4,7	1 040	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	9,9	80	16,1	3 586	15,9	3 666
En situation irrégulière	49,2	397	52,8	11 730	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2,5	26	6,9	1 868	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Strasbourg		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	21,5	194	25,8	5 998	25,7	6 192
AME	42,2	382	50,1	11 624	49,8	12 006
Droits autre pays européen	10,3	93	4,4	1 033	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	26,0	235	19,7	4 562	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	18,0	96	14,7	2 325	14,8	2 421
Droits non ouverts	82,0	437	85,3	13 538	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse

ACTIVITÉ 2014

Nombre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nombre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation médicale	Nombre moyen de consultations médicales par patient	Nombre de consultations dentaires	% de l'ensemble des consultations nationales	Nombre de patients reçus en consultation dentaire	Nombre moyen de consultations dentaires par patient
979	3,4	1 007	2,7	640	1,6	12	0,3	12	1,0

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire et entretiens psychologiques

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	60,4	582	61,9	17 001	61,8	17 583
Femmes	39,6	382	38,1	10 479	38,2	10 861
Âge moyen (années)	37,0		32,9		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	5,8	56	8,2	2 115	8,1	2 171
10-17 ans	2,0	19	5,9	1 521	5,7	1 540
18-29 ans	25,1	242	29,2	7 578	29,0	7 820
30-39 ans	26,1	252	26,6	6 917	26,6	7 169
40-49 ans	20,9	201	15,6	4 062	15,8	4 263
50 ans et plus	20,1	194	14,5	3 773	14,7	3 967
Patients mineurs	7,8	75	14,1	3 636	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	13,4	129	16,1	4 180	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	10,7	103	5,8	1 509	6,0	1 612
Nationalités						
Français	11,4	108	5,3	1 397	5,5	1 505
Étrangers	88,6	842	94,7	24 941	94,5	25 783
Groupe continental						
France	11,4	108	5,3	1 397	5,5	1 505
Union européenne	20,0	190	18,0	4 750	18,1	4 940
Europe (hors UE)	9,6	91	10,3	2 724	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	22,0	209	29,4	7 753	29,2	7 962
Maghreb	28,0	266	23,8	6 279	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	1,3	13	5,1	1 340	5,0	1 353
Asie	5,9	56	3,9	1 023	3,9	1 079
Océanie et Amériques	1,8	17	4,1	1 069	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
Algérie	17,4	165	4,8	1 267	11,9	3 237
France	11,4	108	5,3	1 397	5,5	1 505
Roumanie	8,6	82	12,0	3 153	11,9	3 235
Maroc	7,0	66	6,8	1 793	6,8	1 859
Nigéria	4,5	43	1,5	394	1,6	437
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	2,1		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	41,4	294	38,0	7 990	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	23,3	165	29,8	6 257	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	15,2	108	15,0	3 159	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	14,5	103	12,5	2 624	12,6	2 727
10 ans et plus	5,6	40	4,7	984	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	6,4	51	9,1	2 049	9,0	2 100
Hébergé	58,0	465	57,5	12 989	57,5	13 454
Squat ou campement	9,5	76	13,7	3 091	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	26,1	209	19,7	4 466	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	12,9	78	23,8	4 250	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	35,6	216	49,9	8 905	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	3,1	19	4,5	803	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	48,4	294	21,8	3 891	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	26,8	220	25,6	5 675	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	1,5	12	1,0	227	1,0	239
Visa touriste	8,2	67	4,7	1 050	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	26,6	218	15,5	3 448	15,9	3 666
En situation irrégulière	36,9	302	53,2	11 825	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	14,2	135	6,5	1 759	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Toulouse		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	40,7	350	25,1	5 842	25,7	6 192
AME	40,5	348	50,1	11 658	49,8	12 006
Droits autre pays européen	4,9	42	4,7	1 084	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	13,9	120	20,1	4 677	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	67,8	385	85,9	13 590	14,8	2 421
Droits non ouverts	32,2	183	14,1	2 238	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



ACTIVITÉ 2014

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants de MdM	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
379	1,3	640	1,7	356	1,8

Consultations spécialisées pratiquées au centre : /

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	62,7	237	61,8	17 346	61,8	17 583
Femmes	37,3	141	38,2	10 720	38,2	10 861
Âge moyen (années)	29,5		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 10 ans	12,6	36	8,0	2 135	8,1	2 171
10-17 ans	6,3	18	5,7	1 522	5,7	1 540
18-29 ans	35,0	100	29,0	7 720	29,0	7 820
30-39 ans	17,8	51	26,7	7 118	26,6	7 169
40-49 ans	18,2	52	15,8	4 211	15,8	4 263
50 ans et plus	10,1	29	14,8	3 938	14,7	3 967
Patients mineurs	18,9	54	13,7	3 657	13,8	3 711
Les jeunes de 16-24 ans	27,6	79	15,9	4 230	16,0	4 309
Les patients de 60 ans et plus	4,9	14	6,0	1 598	6,0	1 612
Nationalités						
Français	37,7	126	5,1	1 379	5,5	1 505
Étrangers	62,3	208	94,9	25 575	94,5	25 783
Groupe continental						
France	37,7	126	5,1	1 379	5,5	1 505
Union européenne	22,2	74	18,1	4 866	18,1	4 940
Europe (hors UE)	5,1	17	10,4	2 798	10,3	2 815
Afrique subsaharienne	9,0	30	29,4	7 932	29,2	7 962
Maghreb	24,5	82	24,0	6 463	24,0	6 545
Proche et Moyen-Orient	0,3	1	5,0	1 352	5,0	1 353
Asie	1,2	4	4,0	1 075	3,9	1 079
Océanie et Amériques	0,0	0	4,0	1 086	4,0	1 086
Nationalités les plus représentées						
France	37,7	126	5,1	1 379	5,5	1 505
Roumanie	18,6	62	11,8	3 173	11,9	3 235
Algérie	9,9	33	11,9	3 204	11,9	3 237
Maroc	9,3	31	6,8	1 828	6,8	1 859
Libye	2,7	9	0,2	42	0,2	51
Durée moyenne de résidence en France des étrangers (années)	3,6		1,9		1,9	
Durée de résidence des étrangers						
< 3 mois	28,0	21	38,2	8 263	38,1	8 284
3 mois à moins de 1 an	25,4	19	29,6	6 403	29,6	6 422
1 an à moins de 3 ans	17,3	13	15,0	3 254	15,0	3 267
3 ans à moins de 10 ans	16,0	12	12,5	2 715	12,6	2 727
10 ans et plus	13,3	10	4,7	1 014	4,7	1 024

LOGEMENT ET DOMICILIATION

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Logement						
Personnel	12,3	30	8,9	2 070	9,0	2 100
Hébergé	48,0	117	57,6	13 337	57,5	13 454
Squat ou campement	6,1	15	13,6	3 152	13,5	3 167
Sans logement ou hébergement d'urgence	33,6	82	19,9	4 593	20,0	4 675
Situation vis-à-vis de la domiciliation ⁽¹⁾						
Besoin d'une domiciliation (pas d'adresse postale)	5,1	7	23,6	4 321	23,5	4 328
Dispose d'une adresse (personnelle ou chez famille, amis)	36,5	50	49,5	9 071	49,4	9 121
Domiciliation réalisée par un CCAS	5,1	7	4,4	815	4,4	822
Domiciliation réalisée par une association	53,3	73	22,5	4 112	22,7	4 185

(1) Parmi les patients de 16 ans et plus

SITUATION ADMINISTRATIVE DES PATIENTS ÉTRANGERS

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Situation au regard du séjour ⁽¹⁾						
Pas besoin de titre de séjour ⁽²⁾	71,4	175	25,1	5 720	25,6	5 895
Ressortissants UE autorisés à rester en France	0,4	1	1,0	238	1,0	239
Visa touriste	3,7	9	4,9	1 108	4,9	1 117
Titre séjour valide ou RDV préfecture	11,0	27	16,0	3 639	15,9	3 666
En situation irrégulière	13,5	33	53,0	12 094	52,6	12 127
Étrangers demandeurs d'asile (demande ou recours en cours)	2	0,5	6,9	1 892	6,8	1 894

(1) Concerne l'ensemble des patients reçus au cours de l'année (file active)

(2) Français, mineurs et ressortissants UE présents en France depuis moins de 3 mois

DROITS THÉORIQUES ET DROITS EFFECTIFS À LA COUVERTURE MALADIE

	Valenciennes		Autres centres de Médecins du Monde		Ensemble des centres de Médecins du Monde	
	%	n	%	n	%	n
Droits théoriques selon la loi						
SS/CMU	63,2	160	25,3	6 032	25,7	6 192
AME	29,3	74	50,0	11 932	49,8	12 006
Droits autre pays européen	0,4	1	4,7	1 125	4,6	1 126
Ne relève d'aucun dispositif	7,1	18	20,0	4 779	19,9	4 797
Droits effectifs (parmi les patients qui possèdent des droits théoriques) ⁽¹⁾						
Droits ouverts	11,2	13	14,8	2 408	14,8	2 421
Droits non ouverts	88,8	103	85,2	13 872	85,2	13 975

(1) Les étrangers ayant des droits dans un autre pays européen ont été exclus de l'analyse



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, En chiffres), Elisabeth Rull (partie 1), AFP (partie 2), Olivier Borson (partie 3), Maxime Couturier (Annexes)

Impression :

Imprimerie Payard
www.imprimerie-payard.fr

EN COLLABORATION AVEC

