OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

DE LA MISSION FRANCE

RAPPORT 2015

MÉDECINS DU MONDE

CE RAPPORT A ÉTÉ RÉALISÉ PAR

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

COORDINATION

Marielle Chappuis – 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
Elise Didier – Chargée d'études, Observatoire
de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France

ANALYSE DES DONNÉES

Cécile Gaboret – Chargée de projets, service informatique, Médecins du Monde
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 (L'accueil des mineurs isolés ; Les demandeurs d'asile ; La domiciliation), Lou Einhorn (Calais : un lieu de souffrances psychologiques), Delphine Fanget (Mayotte : une île au bord de l'explosion, La Guyane : un accès aux droits et aux soins dégradé), Flore Ganon-Lecomte (La loi asile, La loi immigration, La protection universelle maladie PUMa), Sophie Laurence (Améliorer l'accès à la prévention du cancer du col), Marie-Dominique Pauti (La prévention du VIH, des hépatites et des IST auprès des populations précaires), Caroline Perreau (Le dépistage de la tuberculose).

Pour leur relecture
Irène Aboudaram, Louise Bichet, Fanny Bordeianu, Clémentine Bret, Isabelle Bruand, Sylvie Chapelais, Philippe de Botton, Delphine Fanget, Flore Ganon-Lecomte, Agnès Gillino, Céline Idrissu, Audrey Kartner, Sophie Laurant, Sophie Laurence, Timothy Leicester, Sarah-Marie Maffesoli, Livia Otal, Marie-Dominique Pauti, Gregory Pfau, Mathieu Quinette, Florence Rigal, Jeanine Rochefort, Nathalie Simonnot, Michèle Teule, Amin Trouve Baghdouche.

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).

ISSN : 1776-2510
Dépôt légal : octobre 2016

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 9
SYNTHÉSE 10
2015 EN CHIFFRES 17
LA MISSION FRANCE 20

PARTIE I ACTIVITÉS ET POPULATIONS REÇUES DANS LES CASO 23

1. ACTIVITÉ DES CASO DE 2007 À 2015 24
2. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2015 26
FOCUS : Les mineurs 30
FOCUS : Les demandeurs d'asile 34
FOCUS : Les étrangers en situation irrégulière 38
3. ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2015 41
Les problèmes de santé des patients accueillis 41
Santé sexuelle et reproductive des femmes 44
La santé bucco-dentaire des patients accueillis 46
Les troubles d'ordre psychologique repérés chez les patients accueillis 47
La couverture vaccinale des patients reçus en consultation 49
Les statuts sérologiques, VIH, VHB, VHC des patients accueillis 52
4. ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN 54
Les droits à la couverture maladie des personnes reçues 54
Les obstacles à l'accès aux droits et aux soins des personnes reçues 57
Le retard et le renoncement aux soins des patients reçus 60

PARTIE II ACTIONS D' « ALLER-VERS » 63

1. RÉDUCTION DES RISQUES ET DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE 64
Action auprès des personnes incarcérées : une approche communautaire 64
La réduction des risques auprès des usagers de drogues 67
La réduction des risques avec les personnes proposant des services sexuels tarifés 69
La prévention du VIH, des hépatites B et C et des IST auprès des populations en situation de précarité 72
2. ACTIONS AUPRÈS DES PERSONNES À LA RUE OU EN HABITAT PRÉCAIRE 76
Interventions auprès des personnes sans domicile fixe 77
Interventions auprès des populations vivant dans les bidonvilles 80
Interventions auprès des migrants dans le Nord et le Pas-de-Calais 84
3. INTERVENTIONS DANS LES DOM 90
Mayotte : une île au bord de l'explosion 90
La Guyane : un accès aux droits et aux soins dégradé 96

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 100
ANNEXES 105

GLOSSAIRE

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

AVANT-PROPOS

Ce rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins fait état de l'activité en 2015 des 67 programmes menés par les équipes de Médecins du Monde dans 34 villes françaises auprès des populations en situation de grande précarité et/ou d'exclusion. Comme chaque année, il nous donne l'occasion d'alerter et d'interpeller l'ensemble des acteurs et des pouvoirs publics sur les besoins et les dysfonctionnements dans l'accès aux droits et aux soins de ces personnes.

L'année 2015 s'illustre par l'augmentation continue du nombre de personnes qui, fuyant leur pays en guerre ou en crise, frappent aux portes de l'Europe dans l'espoir de trouver un pays d'accueil. Ces derniers empruntent des routes particulièrement dangereuses et sont poussés à prendre des risques immenses, comme en témoigne le triste nombre record de morts en Méditerranée en 2015. Ceux qui parviennent jusqu'en France connaissent des conditions d'accueil sur le territoire français particulièrement difficiles. La situation à Calais ou à Paris illustre à ce titre l'insuffisance des mesures prises par les pouvoirs publics pour accueillir les réfugiés. À l'heure actuelle, les annonces du gouvernement restent très en deçà du défi posé à la France par cette crise humanitaire sans précédent depuis la Seconde Guerre mondiale. Inlassablement nous demandons un accueil et une protection dignes pour ces populations, comme l'exigent nos engagements internationaux.

Paradoxalement, l'année 2015 connaît une multiplication des démantèlements de campements et autres bidonvilles, le plus souvent sans solution de relogement et sans concertation pour assurer le suivi social et médical des personnes. Cette politique, particulièrement coûteuse, n'apporte aucune solution durable et semble d'autant plus absurde qu'elle renvoie les occupants des bidonvilles dans le circuit de l'urgence sociale alors même que les dispositifs d'hébergement sont saturés. Ainsi depuis 25 ans, des politiques d'expulsion des bidonvilles se succèdent et ont des conséquences dramatiques pour les familles, empêchant toute intégration à moyen terme et entraînant des ruptures avec les institutions scolaires, administratives, sanitaires... et avec tout soutien associatif et citoyen.

Les dysfonctionnements dans la prise en charge des mineurs isolés, dont le nombre parmi les exilés en Europe est en constante augmentation, sont également symptomatiques d'une politique de non-accueil : considérés comme des migrants avant d'être des enfants en danger, leur traitement relève d'une problématique de flux migratoires au détriment de la protection de l'enfance. Alors même qu'ils devraient être protégés au plus vite, ces mineurs sont soumis à un véritable parcours du combattant pour faire reconnaître leur situation. Sans issue possible, ces jeunes, pourtant parmi les plus vulnérables, se retrouvent en errance, confrontés aux risques multiples de la vie à la rue et exposés aux trafics et aux réseaux.

Enfin, l'année 2015 est marquée par de nombreuses réformes (loi de santé, loi immigration, loi asile, réforme PUMa....) qui sont venues modifier en profondeur le contexte législatif français en matière d'accueil et d'intégration des étrangers en particulier et qui ont fortement mobilisé les équipes de Médecins du Monde.

Face aux réponses essentiellement sécuritaires et répressives du gouvernement et à la veille de fêter 30 ans d'actions de MdM en France, nous réaffirmons à l'occasion de la publication de ce rapport que la solidarité doit être plus que jamais au cœur de nos politiques publiques et que la France ne doit pas oublier sa tradition de terre d'asile.

Nous espérons que ce rapport contribuera à une prise de conscience de l'ensemble des acteurs concernés.

Yannick Le Bihan
Directeur des Opérations France
Médecins du Monde

SYNTHÈSE

En 2015, Médecins du Monde a effectué 38 483 consultations médicales et plus de 34 000 consultations ou entretiens sociaux au sein de ses centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso) et réalisé plus de 20 000 contacts[1] dans le cadre de ses 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...).

L'ACTIVITÉ DES CASO

LES CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE VIE DES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES CASO

La population fréquentant les Caso[2] en 2015 est jeune et majoritairement masculine (moyenne d'âge 33 ans ; 62 % d'hommes). Elle connaît des conditions de vie particulièrement difficiles : moins de 20 % des adultes accueillis exercent une activité professionnelle, que celle-ci soit déclarée ou non. En conséquence, leur situation financière est extrêmement précaire : 97,3 % sont en deçà du seuil de pauvreté. 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 (59,6 % sont hébergées, 9 % vivent en squat ou dans un bidonville et 20 % 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.

Plus de 95 % des personnes reçues sont des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne, du Maghreb et de l'Union européenne. Un tiers d'entre eux résident en France depuis moins de 3 mois et 6 % sont des demandeurs d'asile. Alors qu'ils ont tous le droit à l'hébergement, un tiers des demandeurs d'asile sont à la rue et seuls 18 % sont hébergés par un organisme ou une association. Malgré l'augmentation importante des capacités d'accueil des Cada au cours des dernières années, les associations constatent une dégradation continue des conditions d'accueil des demandeurs d'asile.

>> MdM regrette que la récente réforme de l'asile ait été davantage abordée sous l'angle du contrôle et de la dissuasion que sous celui de la promotion des libertés individuelles et du respect des droits et dénonce les difficultés toujours criantes d'accès aux droits pour les demandeurs d'asile en France.

Parmi les étrangers majeurs, 68 % sont en situation irrégulière au regard du séjour et 24 % sont en situation administrative précaire dans la mesure où ils disposent d'un titre de séjour de moins de 6 mois, d'un visa ou d'une simple convocation en préfecture. Plus d'un tiers des étrangers en situation irrégulière déclarent limiter leurs déplacements de peur d'être arrêtés. Rappelons, à cet effet, que la Loi immigration promulguée en mars 2016 concentre de nombreuses dispositions sur les mesures d'éloignement du territoire français.

Si cette réforme, présente certaines avancées sur les conditions d'accès au séjour pour raisons médicales[3], pour autant, les associations alertent sur un certain nombre de dysfonctionnements et de dérives telles que le transfert de la mission d'évaluation médicale de la demande de titre de séjour à l'Ofii, institution sous tutelle du ministère de l'Intérieur. Ce transfert de responsabilité suscite de nombreuses craintes tant sur le symbole[4] que sur la mise en œuvre d'une réforme législative qui ébranle les principes fondamentaux de la déontologie médicale.

>> MdM, au vu des premiers mois de vie de cette réforme et des dérives observées au sein des préfectures, continue de dénoncer sans relâche avec l'ODSE cette ingérence dans la santé des étrangers des autorités du ministère de l'Intérieur.

Enfin, en 2015, 359 mineurs isolés étrangers ont été accueillis dans les Caso. Leur nombre, multiplié par 8 depuis 2011, ne cesse d'augmenter. Les autorités en charge de la protection de ces jeunes les accueillent la plupart du temps dans un climat de soupçon et de remise en cause de leur parole : leur minorité est très souvent niée sur la base de la contestation de leurs documents d'état civil ou d'examens médicaux dégradants (test de maturité sexuelle, examen dentaire, test de maturation osseuse) et n'offrant aucune garantie de fiabilité.

>> MdM dénonce l'instrumentalisation de la médecine à des fins de gestion migratoire et demande l'interdiction des tests osseux ainsi que l'application de la présomption de minorité à l'égard de ceux qui se présentent comme tels.

(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.
(3) Réintroduction de la condition d'accès effectif au traitement dans le pays d'origine, introduction d'un titre de séjour avec autorisation de travail pour les parents ou le tuteur d'un mineur étranger malade.
(4) La gestion des flux migratoires prenant le pas sur la démarche de la santé.

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Plus de 88 % des personnes reçues ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'elles sont accueillies pour la 1re fois dans un Caso, alors que plus des trois quarts d'entre elles pourraient théoriquement en bénéficier. De nombreuses personnes restent exclues 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. À ce titre, MdM est particulièrement préoccupé par la récente réforme de la Sécurité sociale[5], portant création de la PUMa. Si elle constitue une véritable avancée pour les Français, celle-ci risque de rendre l'accès et la continuité des droits plus difficiles encore pour les étrangers[6].

Les obstacles à l'accès aux droits rencontrés sont essentiellement liés à la complexité des démarches, à laquelle s'ajoutent fréquemment des pratiques abusives (refus d'adresse déclarative, demandes de pièces justificatives non obligatoires, etc.) et/ou des dysfonctionnements administratifs (délais, etc.).

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

>> MdM demande l'application du principe de l'adresse déclarative par les caisses de sécurité sociale, la simplification des procédures de domiciliation et l'amélioration de la coordination de l'offre de domiciliation.

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.

>> MdM milite pour la promotion et le financement de l'interprétariat professionnel dans l'ensemble des structures médico-sociales et rappelle la nécessité de reconnaître et de promouvoir le métier de médiateur sanitaire en France.

Enfin, près de 2 patients 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, etc. La généralisation du tiers payant, adopté dans la Loi de santé de 2016[7] et réclamée depuis longtemps par MdM, constitue un outil efficace pour l'accès à la médecine de ville, la lutte contre les retards de recours aux soins et le renoncement aux soins.

>> 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 confrontées à de multiples vulnérabilités.

Ces freins à l'accès aux droits découragent les demandeurs et génèrent un retard, voire un renoncement à une prise en charge médicale, menaçant directement leur état de santé. En 2015, un retard de recours aux soins a été constaté pour près de 40 % des consultants dans les Caso et 16 % ont déclaré avoir renoncé à se soigner au cours des douze derniers mois.

>> MdM appelle à poursuivre l'ouverture des Pass en France et à consolider ce dispositif afin de faciliter l'accès aux soins de toute personne en situation de précarité et suggère le déploiement plus important de Pass mobiles. MdM rappelle, avec l'ODSE, que le dispositif doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement, possédant une couverture médicale incomplète ou sans droits aussi longtemps que nécessaire.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES RENCONTRÉES

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, qui, pour 83 % d'entre eux, nécessite un suivi ou un traitement, mais seule la moitié était suivie pour leur affection avant de s'adresser au Caso.

Les femmes reçues dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique. Selon une étude de 2013 de MdM, près de 40 % des femmes en situation de précarité rencontrées sur les programmes de MdM n'ont eu aucun examen gynécologique au cours des trois dernières années. Plus de 4 femmes enceintes sur 10 présentent un retard de suivi de grossesse et seulement 40 % ont eu accès à des soins prénataux.

>> Il est indispensable d'augmenter les possibilités de prise en charge en santé sexuelle adaptée pour les femmes en situation de précarité.

L'état bucco-dentaire des personnes rencontrées dans les Caso est particulièrement dégradé : les nombres moyens de dents cariés et absentes parmi les patients ayant consulté un dentiste sont bien supérieurs à ceux

(5) La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (LFSS) adoptée le 21 décembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2016, instaure la PUMa. L'objectif de cette réforme est de simplifier les démarches, de permettre une meilleure continuité des droits et de garantir l'autonomie et la confidentialité dans la prise en charge des frais de santé.
(6) Au jour de l'écriture de ce rapport, les décrets d'application de la loi ne sont pas encore publiés.
(7) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

retrouvés en population générale française. Ce mauvais état dentaire est lié au défaut de prise en charge ainsi qu'à une hygiène de vie et une hygiène alimentaire défaillantes dans les situations de grande précarité (malnutrition, accès à l'eau difficile, etc.).

>> La prévention des pathologies bucco-dentaires doit être intégrée dans une approche de prévention et d'accès aux droits et aux soins globale. Le dispositif des Pass dentaire doit être renforcé.

Des troubles d'ordre psychologique ont été repérés pour 10 % 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 ainsi que la barrière de la langue auxquelles sont confrontés les migrants en situation de précarité constituent des obstacles importants à une prise en charge en santé mentale.

>> Il convient de développer pour les populations confrontées à de multiples vulnérabilités en santé mentale des lieux identifiés, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie pour une meilleure prise en charge. 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 et à une approche interculturelle.

L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX DÉPISTAGES POUR LES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

La couverture vaccinale des populations rencontrées dans les programmes de MdM reste très inférieure aux recommandations nationales puisqu'un tiers des jeunes de moins de 15 ans rencontrés dans les Caso ne sont pas à jour de leur vaccination.

>> Il convient d'informer les populations cibles sur la possibilité d'accéder 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 et pour le développement d'actions directement sur les lieux de vie lorsque cela est nécessaire (campagne de rattrapage vaccinal, action en cas de risque épidémique, etc.).

En 2015, 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, il convient de leur faciliter l'accès au système de prévention et de soins.

>> MdM salue les mesures prises dans le cadre de la Loi de santé de 2016 qui visent à faciliter l'accès aux outils de prévention du VIH et des hépatites (Trod, autotest VIH, etc.) et se félicite de la parution le 5 août 2016 de l'arrêté fixant les conditions de réalisation des Trod pour l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif.

Si les Trod, notamment VHC, vont permettre de faciliter le dépistage des personnes les plus éloignées de la prévention et des soins, l'accès aux soins pour tous est un enjeu majeur. À ce titre, la lutte contre l'hépatite C (VHC) connaît une véritable révolution avec l'arrivée des nouveaux antiviraux à action directe (AAD), qui combinés entre eux, permettent des taux de guérison spectaculaires. S'ils représentent un grand espoir pour les personnes atteintes d'hépatite C, cette nouvelle classe thérapeutique constitue un événement majeur en France dans la prise de conscience du prix souvent exorbitant et non justifié des médicaments, qui a conduit l'État à rationner pendant 18 mois l'accès à un traitement efficace pour des raisons budgétaires. Face à ces enjeux éthiques et de santé publique, un collectif inter-associatif dont MdM fait partie, a régulièrement alerté les pouvoirs publics français et appelle l'État à exiger un juste prix et à jouer son rôle de régulateur auprès des industriels.

>> MdM poursuit son combat, mené aussi à l'échelle européenne et mondiale à travers son réseau et ses partenaires, pour maintenir la solidarité et l'universalité dans l'accès aux soins.

ACTIONS D'« ALLER-VERS »

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE AUPRÈS DES PERSONNES INCARCÉRÉES

Les personnes incarcérées présentent un état de santé fragilisé en raison d'un faible accès et recours aux soins et de conditions de détention potentiellement pathogènes : surpopulation, confinement, manque d'hygiène, sédentarité ajoutées au vieillissement progressif de la population carcérale.

Depuis fin 2014, MdM intervient en milieu carcéral à Nantes, afin de promouvoir la santé et améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes incarcérées dans une démarche communautaire. En 2015, 122 interventions en milieu carcéral ont eu lieu, permettant de rencontrer 278 personnes dans l'objectif de travailler avec les personnes concernées à l'élaboration de pistes d'améliorations.

L'accès aux soins reste complexe en milieu carcéral : l'absence de permanences médicales la nuit et les week-ends, les délais d'attente pour les soins en spécialités, les atteintes à l'intimité et au secret médical lors des extractions médicales sont des problèmes fréquemment évoqués par les détenus. L'expression des personnes détenues est limitée et peu valorisée. De fait, les besoins en matière de santé sont rarement exprimés.

>> La démarche communautaire a toute sa place en milieu carcéral. Elle constitue la base d'une reconnaissance de la citoyenneté de la personne détenue qui fait encore cruellement défaut, malgré les alertes de nombreux rapports depuis près de 20 ans.

LA RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES

L'usage de drogues induit des risques infectieux (VIH/sida, hépatites, infections bactériennes, etc.) et non infectieux (dommages somatiques, psychiques, sociaux, surdoses, etc.) pour les consommateurs. Les prévalences du VHC et du VIH chez les usagers de drogues injectables sont bien supérieures à celles estimées en population générale.

Face à l'insuffisance des politiques de prévention de l'hépatite C en particulier, MdM met en œuvre des actions innovantes et expérimentales, dont l'objectif est d'intervenir avec les usagers, au plus près de leurs pratiques en s'appuyant sur leur expertise. Ces initiatives sont parfois apparues dans un contexte sociopolitique peu favorable, mais la plupart ont fait la preuve de leur efficacité et ont pu être transférées dans le système de santé de droit commun.

>> MdM se félicite que la Loi de santé de 2016, qui inscrit l'analyse de drogues comme l'un des éléments à mettre en œuvre dans les programmes de réduction des risques, permette aussi le déploiement du dispositif d'éducation aux risques liés à l'injection (Erli) dans les structures de droit commun et l'ouverture de salles de consommation à moindre risque à titre expérimental.

>> MdM insiste sur la nécessité de replacer l'expertise de santé publique au cœur de la politique des drogues en France.

LA RÉDUCTION DES RISQUES AVEC LES TRAVAILLEUR/SES DU SEXE

En 2015, les programmes de MdM ont rencontré plus de 1 800 personnes proposant des services sexuels tarifés. Celles-ci connaissent des conditions de vie souvent précaires, en termes de logement, de couverture maladie, d'isolement social, et sont confrontées à des risques sanitaires spécifiques liés à leur pratique tels que les violences subies (viols, etc.), VIH/sida, hépatites et autres infections sexuellement transmissibles et problèmes divers de santé sexuelle et reproductive.

En 2015, le débat sur la prostitution a été au cœur de l'actualité en raison de la discussion du texte de loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel, réforme juridique initiée en 2011 et adoptée définitivement le 6 avril 2016. En instaurant la pénalisation du client, cette loi a un impact non négligeable sur la santé des personnes concernées. Elle favorise le développement d'une prostitution dans des lieux plus isolés, ou par le biais d'Internet, ce qui rend l'exercice de la prostitution encore plus dangereux en termes de santé et de sécurité et le travail des associations bien plus compliqué.

>> MdM demande l'abrogation des lois qui pénalisent directement ou indirectement les personnes qui offrent des services sexuels tarifés en raison de leur activité. Les criminaliser entrave leur accès aux droits et aux soins, et va à l'encontre d'une politique de réduction des risques.

ACTIONS AUPRÈS DES PERSONNES À LA RUE OU EN HABITAT PRÉCAIRE

Les conditions de vie des personnes à la rue impliquent une logique de survie et d'errance permanente qui les met en danger, les expose à différentes formes de violences et ne leur permet ni de se projeter ni d'envisager une possibilité d'insertion.

Ces conditions de vie constituent un risque d'aggravation important de l'état de santé pour les personnes présentant déjà une fragilité. Les urgences hospitalières sont bien souvent le seul recours pour les patients sans domicile présentant un problème de santé.

>> MdM demande que les droits au logement, quelle que soit la situation administrative des personnes, soient respectés.

>> Il est nécessaire d'offrir un parc d'hébergement respectueux de la dignité des personnes et urgent de renforcer les moyens des 115.

>> Le développement des dispositifs sanitaires (LHSS, LAM, ACT…) 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, en évitant des durées d'hospitalisation plus longues par défaut de solution d'aval.

Concernant les personnes vivant en bidonvilles, depuis 25 ans, des politiques d'expulsion des bidonvilles se succèdent et ont des conséquences dramatiques pour les familles, empêchant toute intégration à moyen terme et entraînant des ruptures avec les institutions scolaires, administratives, sanitaires… et avec les soutiens associatifs et citoyens. Les associations condamnent fermement cette politique qui n'apporte aucune solution durable et qui ne respecte pas la circulaire du 26 août 2012.

>> MdM appelle au respect des droits fondamentaux des personnes vivant en bidonvilles et à la fin des expulsions sans alternative de relogement, adapté et pérenne, et sans accompagnement social conformément aux dispositions fixées par la circulaire du 26 août 2012.

Enfin de nombreux migrants, fuyant leurs pays en guerre, arrivent en France. Certains ont pour projet d'aller en Angleterre, d'autres veulent déposer une demande d'asile en France, ou cherchent simplement un endroit où s'établir, en étant rejetés de toute part en Europe. Ne parvenant pas à s'installer quelque part ni à franchir la frontière avec l'Angleterre du fait du durcissement des contrôles, beaucoup se retrouvent contraints de vivre dans des campements le long du littoral du Nord et du Pas-de-Calais, dans des conditions de vie particulièrement difficiles et font état de violences policières ou institutionnelles fréquentes sur les lieux de vie, lors des expulsions ou lors des tentatives de passage en Angleterre.

À Calais, suite à la mission institutionnelle lancée par le ministre de l'Intérieur en 2014, un centre d'accueil a été ouvert au cours du premier trimestre 2015. Celui-ci s'est trouvé très rapidement sous-dimensionné et les terrains mis à disposition autour se sont transformés en un immense bidonville à ciel ouvert, sans aucun respect des normes des Nations unies.

>> MdM rappelle la nécessité d'ouvrir des voies d'accès légales et sécurisées pour toutes les personnes avec la possibilité de demander le droit d'asile dans le pays de leur choix, en assurant tout au long du parcours migratoire une protection spécifique des femmes et des enfants, qui représentent désormais une part significative des migrants et réfugiés.

LES INTERVENTIONS DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

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

>> L'État doit prendre les dispositions nécessaires pour assurer le respect des personnes et de leurs droits fondamentaux sur l'ensemble du territoire français.

2015
EN CHIFFRES

2015
EN CHIFFRES

MDM COMPTE EN 2015

67 **PROGRAMMES** MENÉS PAR
2 225 BÉNÉVOLES ET **111** SALARIÉS DANS **34** VILLES

20 **CENTRES D'ACCUEIL, DE SOINS ET D'ORIENTATION**[1] ONT REÇU
30 571 PERSONNES ET ENREGISTRÉ **38 483** CONSULTATIONS
MÉDICALES ET PLUS DE **34 000** CONSULTATIONS OU ENTRETIENS SOCIAUX

Parmi les personnes consultant dans les Caso :

- **62 %** sont des hommes
- **12,7 %** sont des mineurs
- **95,3 %** sont des étrangers
- **6,3 %** sont des demandeurs d'asile
- **11,8 %** vivent en squat ou campement illégal (bidonvilles) et
- **20 %** sont sans domicile fixe
- **97,3 %** vivent sous le seuil de pauvreté
- **88,6 %** n'ont aucuns droits ouverts à une couverture maladie
- **38,5 %** présentent un retard de recours aux soins

1 **CENTRE PÉDIATRIQUE DE SOINS ET D'ORIENTATION** À MAYOTTE AYANT
RÉALISÉ **1 450** CONSULTATIONS MÉDICALES AUPRÈS DE **1 080** ENFANTS

32 **ACTIONS MOBILES**
AYANT EFFECTUÉ

plus de 20 000 contacts[2] auprès des personnes vivant à la rue, en squat ou en bidonvilles
(SDF, personnes en squat, bidonvilles, migrants en transit…)
plus de 500 contacts auprès des personnes précaires en milieu rural

10 **PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES**
AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES OU DES PERSONNES
PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS (5 PROGRAMMES)

1 **PROGRAMME AUPRÈS DES PERSONNES INCARCÉRÉES**
AYANT EFFECTUÉ PLUS DE **790** CONTACTS

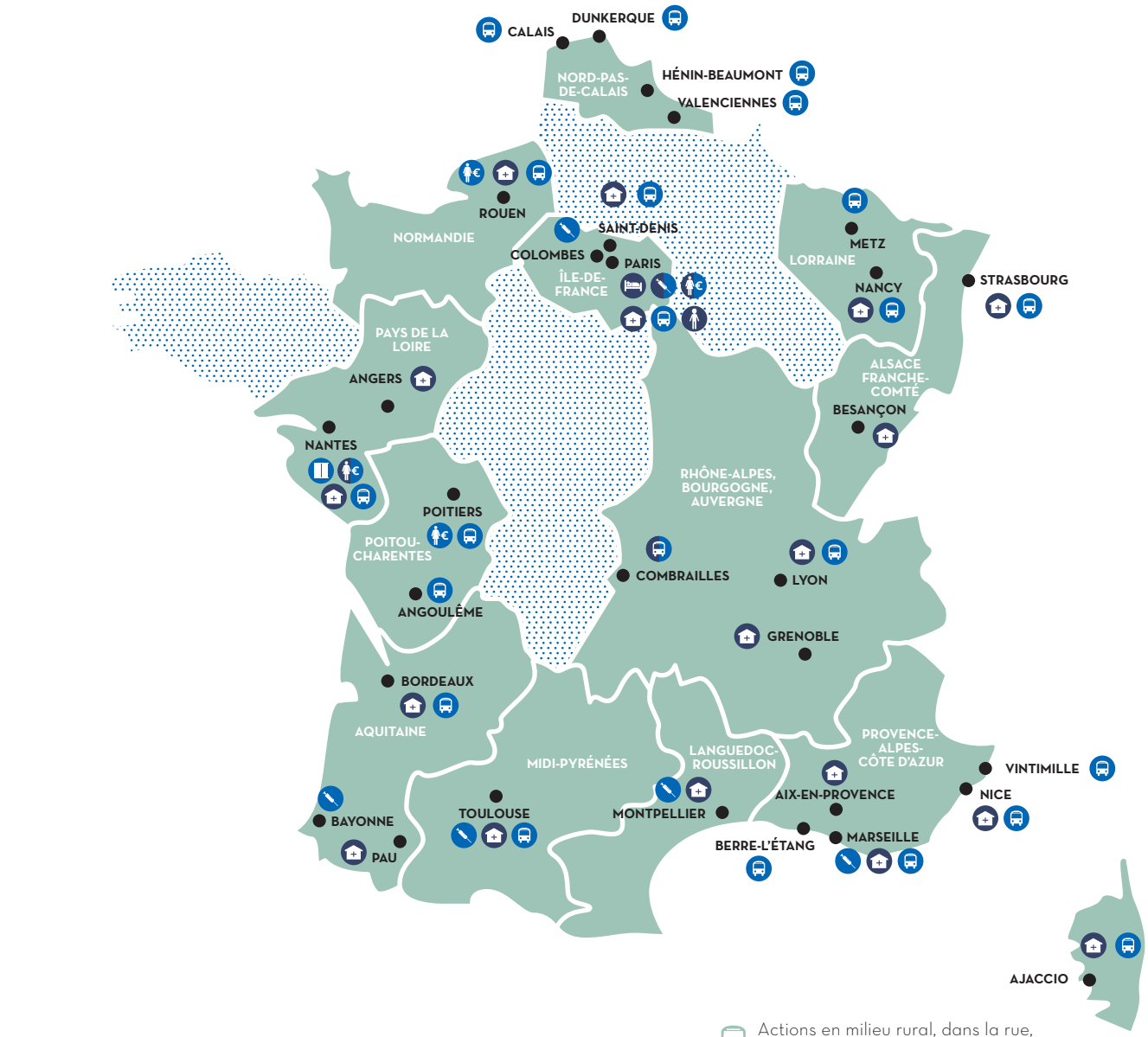
1 **PROGRAMME AUPRÈS DES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS**
À PARIS AYANT ENREGISTRÉ PLUS DE **1000** CONTACTS

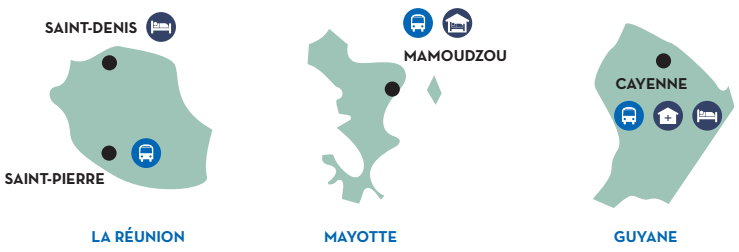
1 **PROGRAMME TRANSVERSAL « PRÉVENTION DU VIH, DES HÉPATITES, IST ET DE LA TUBERCULOSE »** AYANT TOUCHÉ PLUS DE **30 000** BÉNÉFICIAIRES

1 **PROGRAMME DE PARRAINAGE POUR DES ENFANTS HOSPITALISÉS,**
AYANT ACCOMPAGNÉ **170** ENFANTS

(1) Les données présentées portent sur 19 des 20 Caso : les données d'Ajaccio ne sont pas disponibles pour 2015.
(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 2015





- 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
- Actions auprès des personnes incarcérées
- Actions auprès des mineurs isolés étrangers
- Actions mobiles
- Actions dans les locaux de MdM

LA MISSION FRANCE

Les équipes de Médecins du Monde 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.

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 incitent MdM à maintenir ou développer des programmes sur l'ensemble du territoire sous la forme de centres d'accueil de soins et d'orientation (Caso), mais également d'actions mobiles de proximité.

En 2015, la Mission France compte 67 programmes menés dans 34 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 sans rendez-vous. Les patients sont reçus par des équipes pluridisciplinaires qui proposent des prises en charge adaptées, assurent les orientations nécessaires et les accompagnent dans leurs démarches d'accès aux structures de droit commun si besoin.

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, etc.), des consultations paramédicales (kinésithérapie, soins infirmiers, psychologie, etc.) et des entretiens avec des travailleurs sociaux. Certains Caso réalisent également des actions de prévention individuelles ou collectives notamment sur le VIH, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles (IST) 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. Enfin, le Caso de Paris a mis en place un programme spécifique en direction des mineurs isolés pour les accompagner dans leurs démarches.

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 également 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, etc.), oriente et/ou accompagne les familles pour une prise en charge dans le système de droit commun et entreprend des démarches auprès des communes pour tenter d'améliorer les conditions de vie sur les terrains (accès à l'eau potable, gestion des déchets...). Par ces programmes de médiation sanitaire, MdM assure l'interface entre les populations et les services administratifs, sanitaires et sociaux pour en faciliter l'accès.

Les actions de proximité **auprès des usagers de produits psychoactifs** ont pour objectif de leur faciliter l'accès à la prévention et aux soins, dans une perspective de réduction des risques liés aux usages de drogues. En 2015, 3 missions sont intervenues en milieu festif et urbain et/ou dans des squats. Ces programmes disposent d'un pôle transversal d'analyse de drogues avec le soutien

du programme transversal XBT. Celui-ci vise à améliorer les connaissances sur la nature des produits psychoactifs consommés par les usagers. Les produits sont analysés sur place (événements festifs et squats parisiens) et en laboratoire. Par ailleurs, il existe un programme d'éducation aux risques liés à l'injection (Erli) basé en Île-de-France dont l'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse en proposant une approche éducative individuelle lors de séances où l'usager peut s'injecter son produit habituel.

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, en particulier l'exposition aux violences et aux IST, et sur les droits des personnes. Deux équipes proposent également des permanences en lieu fixe afin d'offrir un suivi plus individualisé, en dehors des lieux et heures de travail.

En 2013, MdM a ouvert un programme en Auvergne pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des **personnes en situation de précarité en milieu rural.**

Enfin, 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, dans le cadre d'une démarche de santé communautaire.

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 aux dépistages 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. Ce travail se fait en étroite collaboration avec les médiateurs de santé publique.

01

ACTIVITÉS ET POPULATIONS REÇUES DANS LES CASO

1. ACTIVITÉ DES CASO
DE 2007 À 2015

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, les Caso ont reçu 30 571 personnes et enregistré 62 531 passages (tous types de consultations confondues).
- Plus de 38 000 consultations médicales et 34 000 entretiens sociaux ont été réalisés.
- Pour 3 quarts des personnes reçues en 2015, il s'agissait du premier contact avec MdM.
- 81,2 % des personnes s'adressent au Caso pour un problème de santé, 24,8 % expriment une demande d'accompagnement social ou juridique.

Le Caso constitue un lieu de premiers recours aux soins et d'accès aux droits pour toutes personnes en situation de grande précarité ou en situation d'exclusion. Entre 1986 et 2000, jusqu'à 32 Caso ont été ouverts. Grâce aux différentes réformes qui sont intervenues à partir de 1998, et en particulier la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 (qui a porté la création des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et de la CMU-CMUc) qui a modifié de manière substantielle le paysage institutionnel, certains Caso ont pu fermer au fil des années[3]. Ainsi depuis 2012, l'association compte 20 Caso.

En 2015, les Caso ont reçu 30 571 personnes et ont enregistré 62 531 passages[4], dont 38 483 consultations médicales (généralistes et spécialistes), 3 097 consultations dentaires et plus de 34 000 consultations ou entretiens sociaux.

Les personnes ont consulté en moyenne 1,6 fois un médecin et 1,8 fois un dentiste au cours de l'année. Le faible nombre de consultations par patient illustre la volonté pour les 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.

Dans la majorité des cas (73,3 %), le recours au Caso se fait via le « bouche à oreille ». Dans plus de 8 cas sur 10, les personnes s'adressent au Caso pour un problème de santé et près d'une fois sur 4 pour une question administrative, sociale ou juridique *(tableau 1)*.

TABLEAU 1 : MOTIFS DE RECOURS AU CASO EXPRIMÉS PAR LES PERSONNES LORS DE LEUR 1RE VISITE, 2015

Plusieurs réponses possibles*	%	n
« Besoin de santé »	81,2	20 464
Besoin d'un accompagnement administratif, social ou juridique	24,8	6 249
Autres motifs	2,5	625

Taux de réponse : 82,4 %.
(*) 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, entretiens de prévention, etc.).

TABLEAU 2 : ACTIVITÉS DES CASO DE 2000 À 2015

	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
2015	20	19	62 531	30 571	38 483	23 137	1,8	3 097	1 463	2,1

Nb : nombre ; nd : non-disponible.

2. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET CONDITIONS DE VIE
DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2015

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, 62 % des personnes accueillies sont des hommes, la moyenne d'âge est de 33 ans.
- Plus de 95 % de la file active est de nationalité étrangère, en majorité d'Afrique subsaharienne, du Maghreb et de l'Union européenne.
- Moins d'une personne sur 10 dispose d'un logement personnel ; près de 6 sur 10 sont hébergées par de la famille, des amis ou une association, 9 % occupent un logement précaire (squat, campement…) et 20 % sont sans domicile fixe.
- 97 % des personnes rencontrées vivent sous le seuil de pauvreté.

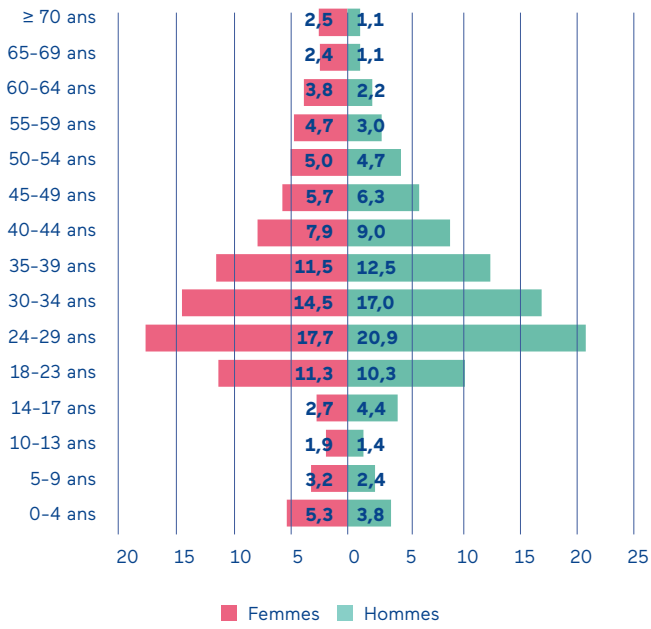
UNE POPULATION PARTICULIÈREMENT JEUNE…

La population des Caso se caractérise par une majorité d'hommes (62 %) et une population relativement jeune dans la mesure où la moyenne d'âge s'élève à 33,1 ans *(figure 1)*. Les mineurs représentent 12,7 % des personnes accueillies, leur nombre diminue légèrement cette année[5].

« S., jeune Malien de 16 ans, est arrivé à Paris il y a 15 jours et dort depuis dans la rue. 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… Le plus dur c'est de voir son regard de gamin, apeuré d'avoir à affronter, encore, une nouvelle nuit dehors… »

[Paris, 2014]

FIGURE 1 : PYRAMIDE DES ÂGES DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO EN 2015*



(*) En % de la file active.
Taux de réponse : 85,2 %.

UNE GRANDE DIVERSITÉ DES NATIONALITÉS

Plus de 95 % des personnes reçues au cours de l'année 2015 sont des ressortissants étrangers *(tableau 3)*. En 2015, la proportion de Français dans la file active amorce une nouvelle baisse après 3 années de stabilisation (4,7 % en 2015 contre 5,5 % en 2014).

(5) Un focus sur les mineurs est rédigé page 30.

TABLEAU 3 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE GROUPE CONTINENTAL, 2015 *(% en colonne)*

	%	n
Français	4,7	1 254
Étrangers	95,3	25 430
Groupe continental		
- Afrique subsaharienne	33,9	9 040
- Maghreb	23,2	6 200
- Union européenne (avec France)	20,7	5 527
- Europe (hors UE)	8,9	2 371
- Proche et Moyen-Orient	4,6	1 220
- Océanie et Amériques	4,5	1 209
- Asie	4,2	1 117

Taux de réponse : 87,5 %.

Parmi les étrangers accueillis dans les Caso, 40,3 % indiquent être entrés en France depuis moins de 3 mois[6], pour près de 30 % leur dernière date d'entrée se situe entre 3 et 12 mois et 30,5 % indiquent une dernière date d'entrée supérieure à un an *(tableau 4)*. Les « primo-arrivants » sont particulièrement nombreux parmi les étrangers originaires d'Europe hors UE et d'Afrique subsaharienne où ils représentent quasiment une personne sur deux.

TABLEAU 4 : DERNIÈRE DATE D'ENTRÉE EN FRANCE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES REÇUES DANS LES CASO, 2015

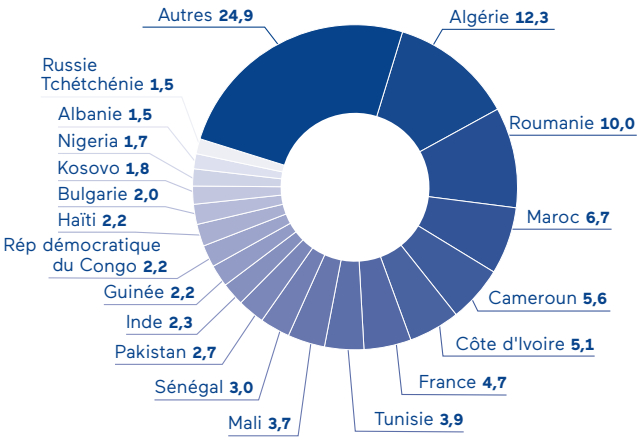
	%	n
< de 3 mois	40,3	8 182
[3-12 mois [	29,2	5 933
[1-3 ans [	13,9	2 819
[3-10 ans [	12,3	2 498
≥ 10 ans	4,3	872

Taux de réponse : 79,6 %

Le groupe continental le plus représenté reste comme les années précédentes l'Afrique subsaharienne (34 % des patients), devant le Maghreb (23 %) et l'Union européenne (21 %). Il se confirme en 2015 une augmentation de la part des ressortissants originaires d'Afrique subsaharienne (34 % en 2015 contre 29 % en 2014) alors que la proportion de Maghrébins reste quasiment stable, et celle des ressortissants européens diminue.

La diversité des origines des patients est toujours très grande avec 164 nationalités différentes représentées en 2015 : les Algériens sont les plus représentés (12,3 %), suivis par les Roumains (10 %), les Marocains (6,7 %) et les Camerounais (5,6 %). Les Français arrivent en 6e position avec 4,7 % de la file active.

FIGURE 2 : RÉPARTITION DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2015



Cette diversité des origines se traduit par la nécessité d'un recours à un interprète dans près de 4 consultations sur 10. Dans plus de 8 cas sur 10 cas, l'interprétariat a pu être assuré sur place, mais le plus souvent par une personne accompagnante (52 %). Malgré une sensibilisation et des efforts importants des équipes, l'interprétariat professionnel a été sollicité dans seulement 6 % des cas, alors qu'il reste la solution la plus adaptée pour une prise en charge optimale dans le respect du secret médical[7].

Les efforts doivent être poursuivis afin de développer le recours à l'interprétariat dans les Caso comme dans l'ensemble des structures médico-sociales, pour assurer un accès et une prise en charge optimales aux personnes peu ou pas francophones et lutter ainsi contre les discriminations dans l'accès à la santé. MdM milite à ce titre pour la promotion et le financement de l'interprétariat professionnel dans tous les établissements d'accueil.

MdM s'est engagé en ce sens en signant fin 2012 la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France[8], 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.

« Monsieur D. est atteint d'une pathologie chronique et était suivi à la Pass. Lorsqu'il obtient ses droits à la CMUc, il décide de se rendre de lui-même chez un médecin traitant : « Mon médecin est très sympa, il connaît tous mes problèmes de santé ; je peux même y aller sans rendez-vous le jeudi. Par contre, des fois, j'ai du mal à comprendre tout ce qu'il me dit, alors c'est quand même pratique que tu (la médiatrice) passes me voir pour m'aider avec les ordonnances. »

[Nantes, 2015]

(6) Ils sont considérés comme « primo-arrivants » bien qu'une partie d'entre eux ait pu avoir déjà séjourné en France dans le passé.
(7) La question du recours à l'interprétariat est abordée page 58.
(8) http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-sacan19-12-2012.pdf

« 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 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. »

[Seine-Saint-Denis, 2014]

DES CONDITIONS DE VIE PARTICULIÈREMENT DIFFICILES

Seul un quart des personnes reçues dans les Caso vit en couple ; 40 % indiquent par ailleurs avoir un ou plusieurs enfants mineurs. Dans la majorité des cas (53 %), ils ne vivent pas avec eux, ce qui met en évidence l'éclatement des familles lié à la migration *(tableau 5)*. Il est reconnu que les longues périodes de séparation et d'éloignement de la famille ont des effets néfastes sur la santé mentale des migrants *[Deshingkar 2009 et 2011]*. MdM rapporte ces difficultés rencontrées en particulier par les femmes séparées de tout ou partie de leurs enfants du fait de la migration : « *[elles] connaissent des tensions émotionnelles importantes, comprenant l'anxiété, les sentiments de perte et de culpabilité, et présentent des risques élevés de dépression* » *[MdM 2015(b), Bourris 2012]*.

TABLEAU 5 : SITUATION FAMILIALE DES PERSONNES DE 18 ANS OU PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2015

	%	n
En couple *(avec ou sans enfants)*	25,6	4 677
Présence d'enfants mineurs	40,1	6 938
Parmi les personnes ayant des enfants mineurs		
- Vivent avec tous leurs enfants	38,8	2 329
- Vivent avec une partie de leurs enfants	7,7	463
- Ne vivent pas avec leurs enfants	53,5	3 215

Taux de réponse : Situation familiale : 79,9 % ; Présence de mineurs : 75,7% ; Lieux de vie des mineurs : 86,6 %.

La grande majorité des personnes accueillies connaissent de grandes difficultés de logement puisque seules 9 % d'entre elles disposent d'un logement personnel lorsqu'elles se présentent pour la première fois au Caso. Près de 6 personnes sur 10 sont hébergées (le plus souvent par de la famille ou des amis), 9 % vivent dans un hébergement précaire (squat, campement illégal) et enfin près de 20 % sont à la rue ou accueillis en hébergement d'urgence pour une courte durée *(tableau 6)*. Un chapitre spécifique est consacré aux actions menées auprès des personnes sans logement ou en logement précaire *page 76*.

TABLEAU 6 : SITUATION DU LOGEMENT DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO[1], 2015

	%	n
Logement personnel	8,9	1 884
Hébergé(e) par de la famille ou des amis	50,1	10 575
Hébergé(e) par un organisme ou une association pour plus de 15 jours	9,5	2 016
Occupe un logement sans bail (sans contrat légal, squat)	4,2	889
Occupe un terrain sans droit (campement illégal)	4,6	971
Personnes à la rue	14,4	3 044
Hébergement d'urgence pour moins de 15 jours	5,3	1 118
Autre situation	3,0	624

(1) Il s'agit de la situation le jour de la première visite au Caso.
Taux de réponse : 69,1 %.

D'une manière générale, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes à être hébergées (62 % contre 58 % des hommes) et à disposer d'un logement personnel (12 % contre 7 % des hommes) *(figure 3)*. Toutefois près d'un quart d'entre elles vivent à la rue ou dans un logement précaire (squat, campement...)

« J'ai mal au dos depuis une semaine... J'ai tellement peur de dormir dehors, qu'on me vole mes affaires ou qu'on me fasse du mal... Alors je ne dors pas vraiment, je ne m'allonge pas, je reste en position assise sur le banc. »

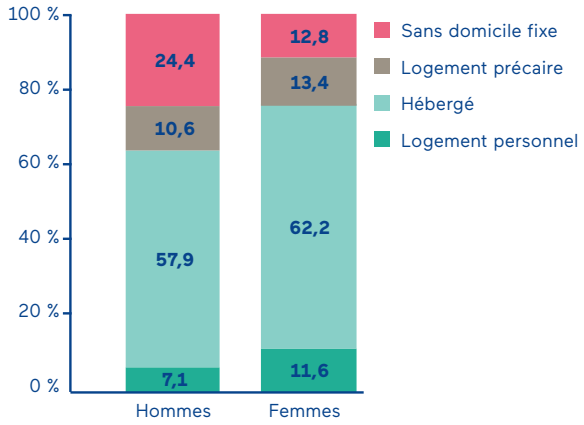
[Marseille, 2014]

Des variations importantes sont également relevées selon la nationalité *(figure 4)* : les Français se caractérisent par une part plus importante de personnes à la rue (31 % contre 19 %) mais aussi de personnes disposant d'un logement personnel (24 % contre 8 %). A contrario, les ressortissants étrangers sont plus nombreux à être hébergés (61 % contre 39 % des Français).

Même si la situation vis-à-vis du logement s'améliore progressivement pour les étrangers avec la durée de présence en France, les difficultés s'inscrivent dans la durée dans la mesure où la proportion de personnes hébergées se maintient à un niveau élevé même parmi les étrangers résidant depuis plus de 10 ans en France (53 %) et 12 % restent sans domicile fixe.

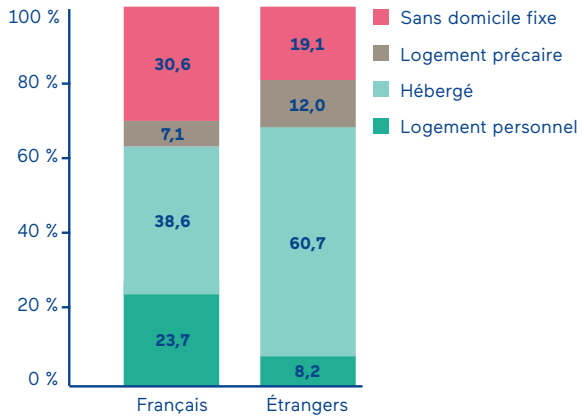
Comme souligné dans le dernier rapport de la Fondation Abbé Pierre, le mal-logement peut avoir des conséquences très lourdes, notamment en matière de santé *[Fondation Abbé Pierre 2016]*. S'il reste particulièrement difficile d'établir les liens de causalité entre problèmes de santé et difficultés de logement, ces dernières sont néanmoins reconnues comme un facteur qui vient accroître le risque de développer une maladie ou aggraver des symptômes déjà existants. L'absence de logement personnel a également un impact important sur la santé psychique des personnes et encore plus des enfants. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer le dispositif d'accès à un logement le plus tôt possible après l'arrivée en France pour les migrants en situation précaire, comme l'ont démontré Pannetier et al. dans une étude récente auprès des migrants *[Pannetier 2016]*.

FIGURE 3 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT* DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LE SEXE, 2015



*Situation au jour de la première visite

FIGURE 4 : SITUATION VIS-À-VIS DU LOGEMENT* DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO SELON LA NATIONALITÉ, 2015



*Situation au jour de la première visite

En 2015, moins de 20 % des personnes de 16 ans ou plus déclarent exercer une activité professionnelle dans une très large majorité il s'agit d'une activité non déclarée *(tableau 7)*. Ceci est rapproché de leur situation administrative qui ne leur permet pas, bien souvent, l'accès au travail de manière légale. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à exercer une activité (23 % contre 13 %), de même que les étrangers par rapport aux Français (20 % contre 15 % des Français). De ce fait, **la situation financière des personnes accueillies dans les Caso est extrêmement précaire : 97 % d'entre elles vivent en dessous du seuil de pauvreté[9]**, et la moitié a déclaré disposer de moins de 100 € par mois pour leur foyer. Près de 42 % des personnes de 16 ans ou plus n'ont aucune ressource pour vivre.

TABLEAU 7 : ACTIVITÉ ET RESSOURCES DES PERSONNES DE 16 ANS OU PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2015

	%	n
Exercent une activité pour gagner leur vie	**19,5**	**3 328**
- Déclarée	2,3	396
- Non déclarée	17,2	2 932
Niveau de ressources financières *(officielles ou non)*		
- Aucunes ressources	41,8	2 495
- Ressources inférieures au seuil de pauvreté[1]	55,5	3 309
- Ressources supérieures au seuil de pauvreté	2,7	159

(1) Ce seuil s'établit en 2013 à 1 000 € mensuels pour une personne seule et correspond à 60 % du revenu médian de la population (source INSEE).
Taux de réponse : exerce une activité : 72,7 % ; ressources du foyer : 25,3 %.

(9) Le seuil utilisé est celui publié par l'Insee et correspond à 60 % du revenu médian de la population. Ce seuil s'établit en 2013 à 1 000 euros mensuels pour une personne seule.

FOCUS
LES MINEURS ACCUEILLIS

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, 12,7 % des patients étaient mineurs. Près de la moitié d'entre eux sont âgés de moins de 7 ans.
- Les conditions de logement des mineurs sont très dégradées : 20 % vivent dans un squat ou un campement, 21 % sont sans domicile fixe.
- 16 % de ces jeunes sont seuls sur le territoire français.

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

En 2015, 3 327 mineurs ont été accueillis dans les Caso soit 12,7 % de la file active totale. Entre 2007 et 2014, la part des enfants accueillis dans les Caso n'a cessé d'augmenter. C'est la première fois depuis sept années que le nombre de mineurs diminue à la fois en valeur absolue et en proportion, alors même que la file active totale a augmenté *(figure 5)*.

L'âge moyen des mineurs est de 8,3 ans ; près de la moitié d'entre eux sont âgés de moins de 4 ans *(figure 6)*.

FIGURE 5 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE MINEURS REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2015

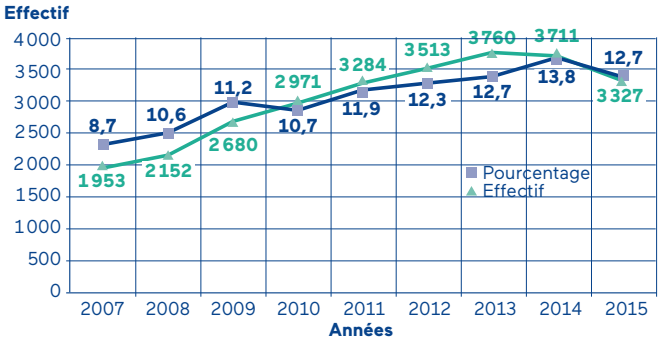
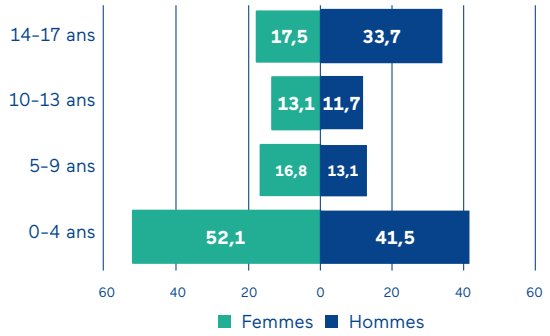


FIGURE 6 : PYRAMIDE DES ÂGES DES MINEURS REÇUS DANS LES CASO*, 2015



*en % des mineurs.

Parmi les jeunes de moins de 6 ans, seuls un peu plus du tiers (38 %) sont suivis par les services de la PMI, ceci concerne plus souvent les jeunes Français (49 %) que les jeunes étrangers (36 %). Ce résultat souligne encore une fois la nécessité d'informer et de sensibiliser les familles sur les dispositifs d'accès aux soins existants, et la PMI en particulier, dès leur arrivée en France. Près de 95 % des jeunes patients sont de nationalité étrangère, originaires majoritairement d'Afrique subsaharienne (28,5 %), d'Union européenne hors France (28 %), d'Europe hors UE (15 %) ou du Maghreb (14 %). Pour 51 % des jeunes la dernière date d'entrée en France est inférieure à 3 mois.

Les mineurs ne bénéficient pas de meilleures conditions de logement que les autres groupes de population, alors qu'ils devraient bénéficier de mesures de mise à l'abri plus importantes (enfants isolés / familles…). Ainsi seuls 11 % des enfants disposent d'un logement propre, 29 % sont hébergés par des proches, 19 % par une association, 20 % vivent dans un squat ou un campement et enfin 21 % sont à la rue ou en hébergement d'urgence.

Rappelons que le mal logement peut avoir des conséquences néfastes importantes sur la santé, le développement et la réussite scolaire de l'enfant. À ce titre, seuls 43 % des enfants âgés de moins de 16 ans ont déclaré être scolarisés lors de leur première visite au Caso. Il est reconnu que les ménages sans logement personnel sont contraints à de fréquents déménagements ou subissent des expulsions des lieux de vie qui ont 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 que dans la population générale, et associée à la survenue de déménagement(s) dans l'année écoulée *[Observatoire du Samu social 2015]*.

LES MINEURS ISOLÉS : DE LA DIFFICULTÉ DE BÉNÉFICIER DES MESURES DE PROTECTION DE L'ENFANCE

Si la majorité des mineurs vus dans les Caso vivent en France avec leur(s) parent(s), près de 16 % (359 jeunes) sont seuls sur le territoire et considérés comme des mineurs isolés[10] au jour de leur première visite au Caso.

En 2013, le nombre de mineurs isolés étrangers en France métropolitaine était estimé à 8 000[11] ; ils seraient aujourd'hui près de 10 000. Environ 4 000 arriveraient seuls sur le territoire métropolitain chaque année *[France Terre d'asile 2015]*. Fuyant la guerre, les violences ou les discriminations, ces jeunes cherchent bien souvent un avenir meilleur. Des caractéristiques communes se dessinent bien souvent parmi ces jeunes : violences intra-familiales, décès d'un ou des deux parents, très forte précarisation de la famille qui mandate l'aîné afin de subvenir aux besoins du foyer, etc. Le choix de la France comme pays de destination, lorsqu'il s'agit d'un choix, repose en partie sur une langue et une culture commune. Un certain nombre d'entre eux cherchent également à rejoindre des membres de leur famille résidant déjà en Europe, la France n'étant alors qu'un pays de transit.

Dans les Caso, les jeunes mineurs isolés rencontrés sont principalement des garçons de 15-17 ans. 78 % sont originaires d'Afrique subsaharienne (principalement du Mali, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun et République démocratique du Congo) et 7 % du Proche et du Moyen-Orient. 61 % d'entre eux sont présents en France depuis moins de 3 mois. Enfin, plus de la moitié d'entre eux (52 %) sont sans domicile fixe et 11 % vivent dans un squat ou un campement. Ils ne sont que 6 % à disposer de droits ouverts à une couverture maladie alors même que tout enfant devrait pouvoir disposer d'une affiliation directe et sans délai à une couverture maladie.

La plupart d'entre eux se trouve en situation d'errance et de grande précarité, sans pouvoir bénéficier des mesures de protection dont ils doivent bénéficier. En effet, la protection de ces jeunes se fonde sur celle de l'enfance en danger, telle que prévue dans le dispositif juridique français de protection de l'enfance, qui est applicable à tout mineur en danger, sans condition de nationalité. Pourtant, force est de constater que les autorités considèrent les mineurs isolés étrangers avant tout comme des étrangers et non comme des enfants en danger. Théoriquement ces jeunes relèvent des missions de la protection de l'enfance, compétence des Conseils départementaux. Or les politiques d'accueil et d'organisation de la protection de l'enfance varient grandement d'un département à l'autre. Ainsi certains départements sont particulièrement réticents à accueillir ces jeunes, arguant de la saturation préexistante des dispositifs de protection de l'enfance.

> *« J'ai quitté la Guinée à cause de la mort de ma mère en 2012 dans un accident de voiture. Mon père m'a gardé dans un commerce à Konakry jusqu'en 2015. Quand il est mort, j''ai pris l'argent qui restait et j'ai décidé de venir en France. [...] le plus dur ça a été une semaine dans le désert : pas d'eau, pas à manger, 3 morts dans le désert qu'on emporte dans un village et qu'on enterre ici dans le village. [...] Si je savais avant de partir que c'était comme ça, peut-être je vais attendre mon âge de majeur et faire les papiers réguliers. »*
>
> **[Paris, 2015]**

Afin de déterminer leur éligibilité aux dispositifs d'aide sociale à l'enfance, les départements évaluent la minorité et la situation d'isolement des jeunes qui se présentent. **Cette évaluation est souvent l'occasion pour les autorités de faire le tri entre ce qu'ils considèrent comme le « vrai » et le « faux » mineur isolé et se fait quasi systématiquement dans un climat de soupçon et de remise en cause de la parole de l'enfant, démontrant la réticence des autorités à le prendre en charge.**

> *« Le jour où j'ai fait mon évaluation, quand je suis rentré dans le bureau de la dame, avant même qu'on ait commencé, elle m'a dit : "Je doute que tu sois mineur. "Cette parole là... »*
>
> **[Nantes, 2015]**

Les conditions de l'évaluation sociale ne permettent pas la création d'un lien de confiance et la bienveillance nécessaire à une réelle prise en compte de la situation de l'enfant en danger. Les vulnérabilités liées à l'état de santé des mineurs ne sont pas réellement prises en considération (quasi aucune attention médicale portée à ce stade) alors que la santé est pourtant le premier critère de danger visé par les textes régissant la protection de l'enfance.

Il est rare que l'enfant puisse présenter des documents d'identité attestant de son âge, ces documents étant particulièrement difficiles à obtenir dans leur pays d'origine[12]. Néanmoins, même lorsqu'ils peuvent présenter de tels documents, ceux-ci sont le plus souvent remis en cause, soit comme étant falsifiés soit comme ne leur appartenant pas, alors même que la loi française prévoit que tout acte d'état civil étranger fait foi jusqu'à preuve du contraire[13].

(10) Il n'existe pas en France de définition juridique pour les mineurs isolés étrangers. Est considérée comme mineure isolée une personne âgée de moins de 18 ans qui se trouve en dehors de son pays d'origine sans être accompagnée d'un tuteur ou d'une personne exerçant l'autorité parentale, c'est-à-dire sans quelqu'un pour la protéger et prendre les décisions importantes la concernant.
(11) Source : ministère de la Justice.
(12) 230 millions d'enfants dans le monde ne seraient pas enregistrés à la naissance [UNICEF 2013].
(13) Article 47 du Code civil.

« À peu près un mois après l'évaluation, on m'a demandé de venir voir le directeur du Centre départemental de l'enfance et des familles (CDEF) qui m'a dit que je n'étais pas mineur et qu'il ne s'occuperait plus de moi. J'ai demandé "Où je vais maintenant ? Je ne connais personne ici". Il m'a dit d'aller à la Cimade. Alors j'ai été là-bas. Ils m'ont donné un avocat et m'ont dit que je pouvais rester à l'hôtel car c'est mon droit. La dame de l'hôtel n'était pas contente, elle m'a demandé de partir mais je lui ai montré le papier de l'avocat. Tous les jours elle venait vérifier ma chambre quand je sortais dehors. Le 28 décembre elle m'a dit que je ne pouvais plus rester dans la chambre [...]. Elle m'a demandé la clé de ma chambre mais j'ai refusé. Elle m'a dit de prendre mes affaires et de partir. Je lui ai dit d'appeler l'avocat car c'est mon droit mais elle a dit que c'était mon problème, pas le sien. Je n'ai pas tout compris... Mais elle a dit que si je ne donne pas ma clé, elle changerait la serrure. C'est ce qu'elle a fait et depuis je vis dans un squat. Je me sens triste, je dois attendre tout le temps. J'aimerais apprendre bien le français et travailler, mais je ne sais toujours pas ce qui va m'arriver. »

[Nantes, 2015]

Le mineur isolé peut également être soumis à une évaluation médicale afin de déterminer sa minorité à travers un examen dentaire, un examen des caractéristiques pubertaires[14] ou encore une radiographie osseuse. Ces examens sont inadaptés, dégradants et n'offrent aucune garantie de fiabilité *(cf. encart)*. Pourtant, ils sont largement utilisés et sur cette base, de très nombreux jeunes se voient refuser l'accès à la protection de l'enfance voire sont sujet à des condamnations pénales, accusés d'avoir menti sur leur âge.

« Une semaine après que je sois arrivé, j'ai eu une évaluation avec le Centre départemental de l'enfance et des familles (CDEF). Cela a pris 30 minutes. Il y avait un traducteur. J'étais confus ces jours-là. J'avais des difficultés avec les dates. [...]. Elle a pris mon acte de naissance et m'a donné une photocopie. Après un mois et demi environ, le CDEF m'a donné un rendez-vous pour aller à l'hôpital. On m'a dit que c'était pour un test médical mais pas plus. [...] Quelqu'un est venu me chercher à l'hôtel, il y avait 2 autres garçons dans la voiture [...]. A l'hôpital, une femme est venue me voir pour faire les radios de la main et des dents. Après ils ont regardé ma tête. Après, je suis allé voir le docteur. Il m'a demandé si j'avais des problèmes particuliers, j'ai répondu que non. Il m'a demandé "Est-ce que tu peux ouvrir ?" et j'ai dézippé ma fermeture de pantalon, et il a regardé mon pénis. J'ai dû enlever mon tee-shirt, il a vérifié ma taille et mon poids. J'étais encore une fois très confus, et quand il a regardé mon corps, je me suis senti très embarrassé... Il m'a dit que je pouvais partir, il a remis un rapport au monsieur qui m'accompagnait, mais il ne me l'a jamais montré. Après je suis rentré tout seul à la maison. [...] Un mois après on m'a annoncé que je n'étais pas mineur, que j'étais un homme que je devais quitter l'hôtel. [...] Aujourd'hui, je vis dans un squat. »

[Nantes, 2015].

Déjà fragilisés par leur parcours migratoire et leur situation de précarité, une telle évaluation et les conséquences dramatiques qui en découlent constituent une violence institutionnelle pour ces mineurs *[Feltz 2015]*.

(14) Depuis la loi du 14 mars 2016 les tests pubertaires sont interdits.

L'INADAPTATION DES TECHNIQUES MÉDICALES À DES FINS DE FIXATION DE L'ÂGE

Les tests de maturation osseuse, méthode principalement utilisée, sont reconnus depuis plusieurs années comme n'offrant aucune garantie de fiabilité. Il est scientifiquement établi que la croissance corporelle dépend en effet de nombreux facteurs, dont l'origine ethnique et géographique, la situation nutritionnelle et socio-économique, ainsi que les antécédents médicaux de l'intéressé et les pathologies dont il souffre *[Haut conseil de la santé publique 2014]*. À ce titre, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) rendait dès 2005 un avis confirmant « l'inadaptation des techniques médicales utilisées actuellement aux fins de fixation d'un âge chronologique ». L'Académie nationale de médecine a rendu un avis défavorable en 2007 concernant l'utilisation de l'atlas de Greulich et Pyle[15] pour la détermination de l'âge osseux. Enfin, en 2012, le Défenseur des droits soulève également le manque de fiabilité des tests osseux[16].

Le Haut conseil de la santé publique, dans un avis de 2014, estime que la radiographie du poignet et de la main comparée avec l'atlas de Greulich et Pyle ne permet pas de déterminer de manière fiable l'âge d'un individu ; et le scanner de la clavicule ne pourrait donner une estimation de l'âge d'un individu qu'après 18 ans.

Par ailleurs, l'exposition de jeunes à des rayons X alors même que cela n'est pas justifié par une nécessité thérapeutique comporte des questionnements éthiques importants.

Malgré les remises en cause de ces tests médicaux, leur utilisation aux fins de détermination de la minorité des mineurs isolés étrangers est courante, voire systématique dans certains départements. Par ailleurs, nous constatons qu'ils sont très souvent effectués de manière extrêmement violente : sans explications, sans information du jeune sur ses droits et le plus souvent sans son consentement (contrairement à ce que prévoit la loi), voire parfois sous la menace : si le jeune peut refuser de s'y soumettre, il est très périlleux de refuser de s'y plier car cela peut alors donner lieu à des soupçons, alors même que ces examens constituent parfois le seul élément dans la détermination de la minorité du jeune.

Si les résultats des tests de maturation doivent, en principe, ne donner lieu qu'à une estimation de la maturation et faire référence à une fourchette d'âge, force est de constater qu'ils sont souvent rédigés de manière à fixer un âge précis ou à l'établir, si l'âge est supérieur à 18 ans, sans préciser la marge d'erreur.

Alors qu'ils ne peuvent fonder, à eux seuls, la détermination de la minorité, nous constatons ainsi que dans la très grande majorité des cas, ces tests concluent à la majorité des jeunes et constituent le seul élément utilisé par les services d'évaluation ou par l'autorité judiciaire pour appuyer leur décision.

« À l'aide sociale beaucoup de jeunes étaient comme moi, et moi je n'ai pas été pris alors que j'étais scolarisé, à cause des résultats des tests osseux. Ça doit être ça »

[Paris, 2015]

Ainsi, sur la base de tests médicaux unanimement considérés comme non fiables et contraires à l'éthique médicale se joue la protection des mineurs isolés étrangers. MdM dénonce l'instrumentalisation de la médecine à des fins de gestion migratoire, recommande l'interdiction pure et simple des tests osseux et demande l'application de la présomption de minorité à l'égard de ceux qui se présentent comme tels.

(15) Cet atlas n'est pas fiable sur tout type de population au niveau mondial puisque initialement élaboré dans les années 1930 auprès d'une population américaine de plus de 15 ans, issue de classes sociales moyennes ou élevées, donc essentiellement de type caucasienne.
(16) Décision du Défenseur des droits MDE-2012-179.

FOCUS
LES DEMANDEURS D'ASILE

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, 6,3 % des personnes reçues dans les Caso sont en procédure de demande d'asile.
- Près de 40 % des demandeurs d'asile sont originaires d'Afrique subsaharienne, 23 % d'Europe hors UE.
- Seuls 18 % d'entre eux sont hébergés par une structure ou une association alors même que la loi prévoit un droit à l'hébergement pour les demandeurs d'asile.
- Moins de 10 % disposent d'une couverture maladie.

L'asile est la protection qu'accorde un État à un ressortissant étranger qui est ou qui risque d'être persécuté dans son pays et qui ne peut y être protégé par les autorités. La Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés définit les modalités selon lesquelles un État doit accorder le statut de réfugié aux personnes qui en font la demande, ainsi que les droits et les devoirs de ces personnes. Outre les obligations qui incombent à la France en vertu du droit international et du droit européen, le droit d'asile a une valeur constitutionnelle[17].

Depuis la toute récente réforme de l'asile *(cf. encart)*, toute personne qui souhaite solliciter l'asile en France doit d'abord se présenter auprès de la Plateforme d'accueil pour demandeur d'asile (Pada) de son département, qui est chargée de fixer un rendez-vous au guichet unique de la préfecture pour le dépôt de sa demande. Cette délégation de l'enregistrement de la demande d'asile en complique considérablement le dépôt : les Pada sont engorgées et le nombre de rendez-vous accordés extrêmement limités. Ainsi, alors que la loi prévoit qu'un rendez-vous en préfecture soit proposé dans les 3 jours (10 jours en cas de forte affluence), les convocations sont en réalité octroyées dans des délais extrêmement variables qui peuvent aller jusqu'à plusieurs mois.

Lors de l'enregistrement de la demande d'asile en préfecture, celle-ci détermine si la France est responsable de l'examen de la demande d'asile, en vertu du règlement européen dit « Dublin III ». En effet, il est possible qu'un autre État européen soit responsable de la demande d'asile, notamment lorsque le demandeur a transité par cet État ou y a déjà déposé une demande.

Lorsque l'examen de la demande d'asile relève de la responsabilité de la France, la préfecture remet au demandeur une attestation l'autorisant à se maintenir sur le territoire pour la durée de sa procédure d'asile. Selon la situation, le demandeur peut être placé en procédure dite normale ou accélérée[18].

C'est l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) qui est chargé de recevoir et d'instruire les demandes d'asile. Selon que le demandeur d'asile relève de la procédure normale ou de la procédure accélérée, les délais d'instruction de la demande peuvent varier entre 15 jours et 6 mois. En cas de rejet de la demande par l'Ofpra, le demandeur peut saisir la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) pour contester la décision. Si la CNDA rejette sa demande (ou l'Ofpra lorsque le demandeur ne fait pas de recours devant la CNDA), il est alors débouté du droit d'asile et la préfecture prononcera à son encontre une obligation de quitter le territoire français (OQTF).

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

En 2015, le nombre de demandes d'asile a fortement progressé en France, avec plus de 80 000 demandes déposées, soit une hausse de +23,3 % par rapport à 2014 *[Ofpra 2016]*. Cette hausse résulte pour l'essentiel du contexte de crise humanitaire que connait l'Europe depuis la mi-2015, mais reste très inférieure à l'augmentation que connaissent d'autres pays de l'Europe tels que l'Allemagne (+175 %), la Suède (+100 %) ou encore l'Autriche (+215 %).

En 2015, 28 % des demandeurs d'asile ont fait l'objet d'une procédure accélérée. Cette procédure est moins protectrice et n'assure pas les mêmes droits lors du processus d'instruction de la demande d'asile. Si la part de ces procédures a légèrement diminué par rapport à 2014 (33 %), elle reste particulièrement élevée. Malheureusement, les possibilités de recours à ce type de procédures ont été multipliées par la dernière réforme de l'asile *(cf. encart)*.

En 2015, 31,5 % des demandeurs ont obtenu une protection au titre de l'asile. Ce taux est relativement élevé par rapport aux autres années[19], du fait notamment de l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile syriens,

(17) Préambule de la Constitution de 1946 et de la Constitution de 1958.
(18) Notamment sur le motif qu'il est originaire d'un pays dit « sûr » ou sur le motif de suspicion d'une fraude. Au 9 octobre 2015, la liste des pays sûrs comprend les 16 États suivants : Albanie, Arménie, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Géorgie, Ghana, Inde, Kosovo, Ancienne République yougoslave de Macédoine (ARYM), Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal, Serbie, Tanzanie.
(19) Au cours desquelles ils oscillaient entre 20 et 25 %.

bénéficiant d'une réponse positive presque systématique *[Ofpra 2016]*.

Ainsi au total ce sont 26 800 personnes qui ont bénéficié d'une protection au titre de l'asile en 2015 en France.

UN ACCÈS AUX DROITS ENCORE COMPLIQUÉ

En 2015, les demandeurs d'asile[20] représentent 6,3 % de la file active et 7,6 % de l'ensemble des étrangers reçus dans les Caso. Leur nombre et leur part dans la file active sont stables depuis plusieurs années *(figure 7)*.

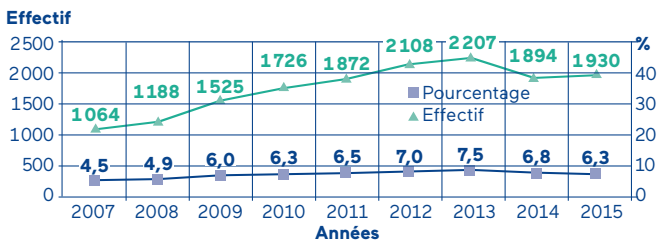
Les demandeurs d'asile comptent, par rapport aux autres personnes, une part plus importante de femmes (42 % contre 36 %). Les demandeurs d'asile sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (38 %), d'Europe hors UE (23 %) et 23 % d'Océanie-Amériques. Seulement 7 % sont originaires du Proche et du Moyen-Orient et 5 % d'Asie. L'année 2015 est marquée par une forte augmentation de la part des demandeurs d'asile originaires d'Haïti, qui arrivent pour la plupart en Guyane et fuient l'insécurité permanente qui règne sur l'île suite, notamment, au séisme de 2010 *[Ofpra 2016]*. Ainsi, du point de vue des nationalités *(tableau 8)*, Haïti est de loin la nationalité la plus représentée en 2015, devant la Russie-Tchétchénie, le Soudan et le République démocratique du Congo.

TABLEAU 8 : 10 PRINCIPALES NATIONALITÉS DES DEMANDEURS D'ASILE[1] REÇUS DANS LES CASO, 2015

Nationalités	%	Nationalités	%
Haïti	14,5	Albanie	4,4
Russie-Tchétchénie	5,4	Guinée	4,2
Soudan	5,2	Kosovo	4,2
Rép. démocratique du Congo	4,8	Nigeria	3,9
Rép. dominicaine	4,6	Bangladesh	3,4

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

FIGURE 7 : ÉVOLUTION DU NOMBRE ET DE LA PROPORTION DE DEMANDEURS D'ASILE[1] EN COURS DE PROCÉDURE REÇUS DANS LES CASO DE 2007 À 2015.



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

Pour une grande partie d'entre eux leur arrivée en France est récente : 86 % sont arrivés depuis moins d'un an et 52% depuis moins de 3 mois[21]. Parmi eux seuls 18 % indiquent être hébergés par un organisme ou une association, 43 % sont hébergés par des proches ou des membres de leur communauté, 9 % vivent sur un campement ou un squat et 26 % sont sans domicile, au jour de leur première visite au Caso.

« Au mois de novembre, nous accueillons Mme N., âgée de 28 ans, qui a fui le conflit ukrainien avec son fils âgé de 7 ans. Elle a déposé une demande d'asile. Aucun hébergement ne leur a été proposé dans le cadre des dispositifs pour les demandeurs d'asile… Grâce au peu d'argent qui lui restait elle a pu régler quelques nuits d'hôtel. Depuis 2 jours, elle dort sur un banc avec son fils… »

[Nice, 2015]

« Une jeune femme originaire du Bangladesh, entrée en France il y a 1 mois, vient au Caso pour des symptômes multiples : douleurs diffuses invalidantes, asthénie… Après plusieurs consultations (bilan biologique compris), plusieurs pathologies chroniques sont diagnostiquées. L'étude de sa situation administrative montre qu'elle a déposé une demande d'asile. Elle peut donc bénéficier théoriquement de la CMU-C et d'un logement, mais ne semble pas en être informée. Elle dort dans des jardins publics.»

[Toulouse, 2015]

Ces résultats soulignent encore une fois l'insuffisance criante du nombre de places en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada). En effet, même si les capacités d'accueil des Cada sont passées de 5 282 places à 25 637 places entre 2001 et 2014 *[Karoutchi 2015]*, cette évolution n'est pas à la hauteur des enjeux, aboutissant à une part importante de demandeurs d'asile vivant à la rue et dans les dispositifs d'hébergement d'urgence, non adaptés à leur situation. Ces efforts restent par conséquent insuffisants pour proposer des conditions d'hébergement dignes à l'ensemble des demandeurs d'asile et désengorger de manière significative les dispositifs d'hébergement d'urgence. Par ailleurs, l'absence de solution d'hébergement dans les dispositifs dédiés aux demandeurs d'asile les prive de l'accompagnement nécessaire à leurs démarches d'asile et à leur accès aux droits.

Les demandeurs d'asile doivent également bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) et ce, sans durée

(20) 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.

(21) Attention, il s'agit ici de la dernière date d'entrée en France, certains migrants étant amenés à réaliser des allers-retours entre la France et leur pays d'origine.

préalable de séjour[22]. Cependant, l'accès aux droits reste compliqué pour la plus grande partie d'entre eux : moins de 10 % des demandeurs d'asile ont des droits ouverts lorsqu'ils sont reçus dans les Caso (contre près de 15 % des autres consultants). La part des demandeurs d'asile avec couverture maladie s'améliore cependant avec la durée de résidence en France : de 4 % pour une durée de séjour inférieure à un an, elle passe à près de 37 % au-delà d'un an.

Les principaux freins à l'accès aux droits rencontrés par les demandeurs d'asile sont la barrière linguistique (40 %) à rapprocher de leur faible durée de séjour en France, les obstacles administratifs liés à la complexité des démarches (39 %), la méconnaissance des droits et des structures de soins (35 %). 27 % des demandeurs d'asile évoquent également les difficultés financières et 8 % les délais d'instruction des dossiers trop longs.

Depuis plusieurs années, la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA), collectif inter-associatif dont MdM est membre, constate *« partout en France la dégradation continue des conditions 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, Cimade 2015]*. Ainsi par exemple, seuls 37 % de demandeurs d'asile en cours de procédure disposaient d'un hébergement en Cada en 2013.

Selon la CFDA, le système de l'asile « à bout de souffle » méritait une réforme en profondeur dont l'objectif premier aurait été la protection des réfugiés pour permettre à la France de respecter ses obligations internationales et de remédier aux graves dysfonctionnements du système d'asile français *(cf. encart)*.

UNE PLUS GRANDE FRÉQUENCE DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE

Les demandeurs d'asile souffrent plus fréquemment de troubles d'ordre psychologiques par rapport aux autres adultes. 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 que chez les autres adultes. Cette souffrance psychique est à relier avec le vécu de ces personnes dans leur pays d'origine qui a bien souvent motivé leur départ, à leur parcours migratoire ainsi qu'aux conditions de vie difficiles une fois qu'elles sont arrivées en France. Comme souligne Chambon et al. *« la procédure d'asile vulnérabilise [les personnes concernées], notamment par sa lourdeur (18 mois en moyenne) et aussi par les conditions de vie qu'elle engendre » [Chambon 2016]*.

Par ailleurs, rappelons que, les demandeurs d'asile sont deux fois plus nombreux que les autres consultants des Caso à avoir été exposés à des situations violentes (6,1 % contre 2,7 %).

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]*.

LA LOI ASILE[23] : UN OBJECTIF AFFICHÉ, UNE RÉALITÉ À SON OPPOSÉ

Cette réforme de l'asile est issue de l'obligation qu'avait la France de transposer les directives européennes de juin 2013, autrement appelées le « paquet asile ». **Abordée sous l'angle du contrôle et de la dissuasion et non sous celui de la promotion des libertés individuelles et le respect des droits fondamentaux, cette réforme conduit à plusieurs constats.**

Si l'on peut se féliciter de l'introduction du principe d'un accès aux conditions d'accueil pour tous les demandeurs d'asile, d'un recours suspensif pour tous permettant au plus grand nombre de rester sur le territoire le temps de la procédure d'appel et de l'introduction d'un entretien obligatoire par l'Ofpra, un certain nombre de régressions apportées par la réforme sont à souligner telles que la multiplication des possibilités de placement en procédure accélérée et d'irrecevabilité des demandes d'asile ou encore la mise en place d'un dispositif « directif »

(22) Sauf pour les demandeurs d'asile en procédure Dublin III qui ne peuvent prétendre qu'à l'AME (sous condition de résidence > 3mois) ; Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011.
(23) Loi n°2015-925 du 29 juillet 2015, publiée au JO le 30 juillet 2015.

d'hébergement qui ne laisse pas le choix du parcours de vie aux demandeurs d'asile (et qui, en cas de refus, perdent leur droit à allocation).

MdM, au sein du collectif inter-associatif de la CFDA, avait alerté sur les reculs de la réforme et fait de nombreuses propositions lors de la concertation qui avait précédé l'examen de la loi, sans être entendu[24].

DES DYSFONCTIONNEMENTS QUOTIDIENS – DES CONSÉQUENCES LOURDES POUR LA SANTÉ DES DEMANDEURS D'ASILE

De nombreuses difficultés sont observées quotidiennement par nos équipes et rapportées par les structures et collectifs inter-associatifs au sein desquels œuvre MdM : la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) en mars comme la Coordination française pour le droit d'asile (CFDA) en mai 2016 interpellaient le ministère de l'Intérieur et les parlementaires sur ces dysfonctionnements : qu'il s'agisse des délais de plusieurs mois pour obtenir un rendez vous en Pada puis au guichet unique en préfecture (alors que le demandeur devrait y avoir accès en trois jours), du montant de l'allocation pour demandeur d'asile et des retards avec lesquels elle est versée, parfois par lettres-chèques (payante à la charge du demandeur d'asile même s'il a un compte bancaire), ou encore de la baisse du taux d'encadrement en Cada. À cette lecture peu optimiste s'ajoute le constat édifiant du Défenseur des droits dans son récent rapport qui relève ces mêmes dysfonctionnements et souligne par ailleurs les difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile dans l'accès à l'emploi, mais également les obstacles dans l'accès au droit d'asile des mineurs non accompagnés, liés principalement à un encadrement et une information défaillants et à la lenteur de la désignation de leur administrateur *ad hoc [DDD 2016]*.

MdM dénonce avec vigueur ces difficultés d'accès aux droits des demandeurs d'asile qui limitent leurs possibilités d'accéder à une couverture maladie et aux soins, alors même que leur état de santé est déjà fortement fragilisé par leur parcours migratoire.

L'ÉVALUATION DE LA VULNÉRABILITÉ – SES DÉRIVES

La question de l'évaluation de la vulnérabilité du demandeur d'asile suscite les plus grandes inquiétudes de la part des associations. En effet cette réforme prévoit que l'Ofii, sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, gère le dispositif d'accueil et la détection de la « vulnérabilité » (art. L 744-6) pour déterminer les besoins particuliers en matière d'accueil des demandeurs.

Les directives européennes de 2013 avaient insisté pour que des conditions d'accueil et des procédures adaptées soient fournies à des personnes vulnérables dont la liste non exhaustive figure à l'article 21 de la directive « accueil » comprenant : les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les femmes enceintes, les parents isolés accompagnés d'enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, les personnes atteintes de maladies graves, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, telles que des mutilations sexuelles féminines.

MdM, comme le Défenseur des droits et la CNCDH, a dénoncé lors des débats précédents la réforme les risques que constituait cette différence de traitement entre les demandeurs d'asile. Par ailleurs, de nombreuses associations observent que, depuis la mise en œuvre de cette réforme, cette évaluation n'est pas probante et ne produit pas les effets escomptés pour les demandeurs d'asile qui devraient être considérés comme vulnérables selon les textes. En pratique, dans plusieurs villes (Lyon, Grenoble, Saint-Denis, Marseille, Nice, Bordeaux…) les équipes de MdM constatent, depuis la mise en œuvre de la loi asile au 1er décembre 2015, que :

- l'agent administratif de l'Ofii remplit un questionnaire au moment du passage au guichet unique du demandeur d'asile ;
- les personnes signalant un problème de santé sont alors orientées par l'Ofii chez MdM, afin de faire remplir un « certificat médical », destiné à être remis sous pli confidentiel à un médecin de l'Ofii.

À ce titre, MdM refuse de devenir opérateur du tri entre les demandeurs d'asile avec une restriction de l'accès aux conditions matérielles d'accueil et a décidé d'adresser, chaque fois que nécessaire, un courrier expliquant ce refus à la délégation territoriale de l'Ofii.

Extraits du courrier de MdM à la délégation territoriale de l'Ofii :

« Tout d'abord, l'évaluation de la vulnérabilité ne revêt pas qu'une dimension médicale ; elle englobe des dimensions complémentaires, médicales mais aussi sociales et psychologiques, qui relèvent des professionnels sanitaires et sociaux de droit commun. Chez les demandeurs d'asile, la première cause de morbidité est liée aux conséquences physiques et psychiques des violences vécues dans le pays d'origine ou pendant le trajet migratoire. Nous plaidons pour un dépistage systématique de ces violences et de leur impact sur les personnes mais elles restent mal identifiées et peu prises en compte et les structures spécialisées sont très peu nombreuses et faiblement financées. Nous estimons qu'une véritable évaluation, prévention et prise en charge des vulnérabilités des personnes demandeuses d'asile ne devrait pas se faire au sein d'une filière spécifique mais dans les dispositifs de droit commun. En effet, les demandeurs d'asile doivent bénéficier de l'ouverture immédiate de leurs droits à une couverture maladie universelle et depuis le 1er janvier 2016 à la protection universelle maladie et ainsi, doivent avoir accès aux soins en médecine de ville. »

Pour MdM, tous les demandeurs d'asile sont vulnérables et devraient se voir proposer un logement ou un hébergement, conformément aux textes[25]. Comme le rappelle la CNCDH, *« l'ensemble des demandeurs d'asile a le droit de bénéficier des conditions matérielles d'accueil garantissant un niveau de vie digne, ce qui nécessite l'allocation par l'État de moyens en adéquation avec les besoins de l'ensemble des structures chargées d'assurer cet accueil, cet accompagnement et cette prise en charge »* *[CNCDH, 2014]*.

(24) http://cfda.rezo.net/loi%20asile/CFDA_PJL_oct2014.pdf

(25) Directive 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres + Art L744-1 du CESEDA.

FOCUS
LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

LES POINTS ESSENTIELS

➜ En 2015, 11 351 personnes en situation irrégulières ont été reçues dans les Caso, soit 54 % de la file active totale et 68 % de l'ensemble des étrangers de plus de 18 ans.

➜ Ces personnes sont majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (39 %) ou du Maghreb (29 %).

➜ Près des deux tiers sont hébergés, 19 % sont sans domicile et 10 % vivent dans un squat ou un campement.

➜ Seuls 9 % disposent d'une couverture maladie lors de leur première visite au Caso.

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]*.

Au sein des Caso, les étrangers en situation irrégulière représentent 54 % de la file active totale. La très large majorité des étrangers majeurs accueillis dans les Caso sont en situation administrative précaire dans la mesure où 68,1 % n'ont pas de titre de séjour ou ne sont pas autorisés à rester en France et 24 % disposent d'un titre de séjour de moins de 6 mois.

Près de deux tiers des étrangers en situation irrégulière sont des hommes ; majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (39 %) ou du Maghreb (29 %) ; 12 % sont des ressortissants d'un pays de l'Union européenne et 8 % de l'Europe hors UE. Ils résident en France pour une majorité d'entre eux (61 %) depuis moins d'un an ; toutefois près de 22 % indiquent se trouver en France depuis plus de 3 ans.

TABLEAU 9 : SITUATION ADMINISTRATIVE DES PERSONNES ÉTRANGÈRES DE PLUS DE 18 ANS REÇUES DANS LES CASO, 2015

	Ressortissants de l'UE		Étrangers hors UE		Ensemble des étrangers	
	%	n	%	n	%	n
Situation « régulière »	42,5[1]	1014	30,2[2]	4309	31,9	5322
Situation « irrégulière »	57,5	1371	69,8	9980	68,1	11351

Taux de réponse : 79,8 %.
(1) Les personnes en situation régulière sont les personnes n'ayant pas besoin de titre de séjour et les personnes autorisées à rester en France.
(2) Les personnes en situation régulière sont les personnes disposant d'un titre de séjour, d'un rendez-vous ou d'une convocation en préfecture, d'un visa en cours de validité.

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, 58,5 % sont hébergés par des connaissances, 6,5 % par une association ou un organisme, 10 % vivent dans un squat ou un campement et enfin 19 % sont sans domicile.

Même si leur situation administrative ne leur permet pas de travailler en France de façon légale, 23 % d'entre eux déclarent exercer une activité pour gagner leur vie, ceci beaucoup plus fréquemment que les autres patients[26] (7 %). Leurs niveaux de ressources restent cependant très faibles : près de 98 % se situent en dessous du seuil de pauvreté et 42 % sont complètement dépourvus de ressources.

Théoriquement ces personnes devraient pouvoir bénéficier de l'AME au-delà de 3 mois de séjour en France. En pratique, seuls 9 % disposent d'une couverture maladie lors de leur première visite au Caso. Cette proportion atteint 19 % pour les étrangers résidant en France depuis plus d'un an, mettant en évidence les difficultés qui perdurent dans le temps pour l'obtention de ces droits.

Les obstacles à l'accès aux droits des étrangers en situation irrégulière ne sont pas spécifiques. Il s'agit en premier lieu de freins liés aux obstacles administratifs (33 %), à leur méconnaissance du dispositif français (29 %), ou à la barrière de la langue (19 %) et aux difficultés financières (16 %). L'absence de domiciliation administrative, qui concerne 28 % des étrangers sans titre de séjour, constitue également une difficulté supplémentaire à l'ouverture des droits[27]. Il faut souligner que près de 35 % des patients en situation irrégulière craignent les interpellations et limitent en conséquence leurs déplacements.

Face à ces constats, l'accès aux soins des personnes en situation administrative précaire doit être amélioré dans un objectif de santé publique. Or si la réglementation en vigueur concernant l'accès à l'AME est assez claire, malgré un manque criant d'informations ciblées, certaines

(26) Concerne l'ensemble des patients de 16 ans et plus (Français compris).
(27) La question de la domiciliation administrative est abordée page 58.

pratiques des caisses de sécurité sociale se développent en marge de la réglementation et de manière totalement hétérogène et viennent compliquer l'accès aux droits. Les équipes de MdM constatent au quotidien la grande hétérogénéité des pratiques des Cpam et des demandes fréquentes de justificatifs de manière abusive. Les délais d'instruction des dossiers peuvent être particulièrement longs, ce qui pose 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 implicite[28] ou d'un retard de procédure.

Ce dispositif d'exception que constitue l'AME, lui confère une extrême précarité et l'expose à des attaques régulières : instrumentalisation de l'AME par les politiques, budget remis en question tous les ans. Par ailleurs, l'AME est une prestation d'aide sociale et non de sécurité sociale, par conséquent les patients qui en bénéficient ne peuvent disposer d'une carte vitale compliquant encore, s'il en était besoin, leur accès aux soins.

La fusion de l'AME avec la CMU – et maintenant la PUMa, comme le recommande l'IGAS dans son rapport ou encore le DDD *[Cordier 2010 ; DDD 2014]*, **et pour laquelle MdM milite depuis la création de la CMU, constituerait, d'une part, une mesure de santé publique majeure permettant une amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations précaires, et, d'autre part, une réforme pragmatique sur le plan économique, puisqu'elle permettrait un accès aux soins précoces et donc moins coûteux, enfin, une simplification essentielle pour les patients comme pour les professionnels de santé ainsi que des économies de gestion.**

LA LOI IMMIGRATION[29] : DE LA PROMOTION DE L'ATTRACTIVITÉ DE LA FRANCE À LA MULTIPLICATION DES OUTILS D'ÉLOIGNEMENT

Non sans, l'accord UE-Turquie, signé le 20 mars 2016, a pour objectif officiel de « renforcer l'attractivité de la France ».

En termes d'innovations, la nouvelle loi généralise le titre de séjour pluriannuel (de deux ou quatre ans) pour l'ensemble des étrangers, après un an de séjour en France. Cette mesure est couplée à un nouveau parcours d'intégration, marqué par un renforcement du niveau de langue requis et une redéfinition des prestations servies par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii). Pourtant aucune passerelle n'est prévue entre le titre de séjour pluriannuel et le droit au séjour pérenne. De plus, le renouvellement de cette carte ne sera pas facile, et, dans les textes, elle peut être retirée à tout instant suite à des contrôles de l'administration.

Un chapitre non négligeable de ce texte concentre de nombreuses dispositions sur les mesures d'éloignement. Certaines sont issues de l'UE mais beaucoup ont pour vocation de faciliter les départs forcés comme la création de procédures accélérées visant à empêcher des catégories ciblées d'exercer efficacement leur droit au recours contre les OQTF (Obligation de quitter le territoire français), l'instauration d'une interdiction de circulation sur le territoire français pour les ressortissants de l'Union européenne, la mise en place d'un nouveau dispositif d'assignation à résidence qui, sous couvert de faire diminuer le nombre de placements en rétention, vise surtout à améliorer la « productivité » des procédures d'éloignement et le régime spécial, maintenu et aggravé outremer, en dépit des normes européennes et de la jurisprudence. De même ce texte brille par son silence sur le dispositif d'entrée sur le territoire et de maintien en zone d'attente, qui permet encore l'enfermement des mineurs.

L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS MÉDICALES D'ACCÈS AU SÉJOUR SOUS LA TUTELLE DU MINISTÈRE ~~DE LA SANTÉ~~ DE L'INTÉRIEUR

« Nous sommes sollicités par l'avocat de Madame N, haïtienne de 75 ans, 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 besoin de soins infirmiers quotidiens, d'examens 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 (infrastructures endommagées, faible accès aux services de base dans les zones rurales, absence d'insuline…). »

[Toulouse, 2014]

(28) Au bout de 2 mois, le silence de l'administration vaut refus implicite.
(29) Loi n° 2016-274 promulguée le 7 mars 2016.

Parmi les objectifs de la réforme figure l'amélioration des conditions médicales d'accès au séjour. En effet, le texte réintroduit la condition d'accès effectif au traitement, remplaçant la condition d'absence du traitement approprié dans le pays d'origine (introduit par la Loi Besson en 2011).

De même, est introduit un titre de séjour avec autorisation de travail pour les deux parents ou le tuteur (sur la base d'une décision de justice, ce qui est toutefois réducteur) d'un mineur étranger malade, ce qui permet une stabilité de la famille autour de l'enfant malade.

Pour autant, aux côtés de ces avancées, ce texte introduit la création d'une carte pluriannuelle de 4 ans qui pourrait toutefois être retirée à tout moment après un contrôle préfectoral et dont la durée modulable correspond à une « durée prévisible des soins » instaurant ainsi un régime moins favorable comme le soulignait la CNCDH.

Malgré les alertes de nombreuses associations ou collectifs comme l'Observatoire du droit à la santé des étrangers dont MdM fait partie, la mission d'évaluation médicale de la demande de titre de séjour pour soins a été transférée à l'Ofii, institution sous tutelle du ministère de l'Intérieur, et sa mise en œuvre commencera en janvier 2017. Ce transfert de responsabilité du ministère de la Santé vers le ministère de l'Intérieur continue de susciter de nombreuses craintes tant sur le symbole (revenir à une logique de contrôle de l'étranger, la gestion des flux migratoires prenant le pas sur la démarche de la santé) que sur sa future mise en œuvre d'une réforme législative qui ébranle les principes fondamentaux de la déontologie médicale.

Dans son récent rapport, le DDD dénonce ce transfert et souligne que les dysfonctionnements dont il avait pu avoir connaissance dans l'accès à la régularisation pour soins au niveau des préfectures notamment ne seront en rien enrayés par cette réforme dont la mise en œuvre inquiète et tarde à venir *[DDD 2016]*. C'est ainsi qu'en juin 2016, l'ODSE interpellait le Premier ministre sur l'ingérence des préfets et du ministère de l'Intérieur dans le processus d'évaluation médicale qui peut prendre plusieurs formes : « *interrogatoires des demandeurs par les services administratifs concernant leur état de santé, exigences de documents médicaux au guichet, contre-enquêtes médicales menées par les préfets encouragés ainsi à consulter/conserver/diffuser les éléments médicaux du dossier, refus de séjour fondés sur des considérations médicales malgré un avis favorable du MARS au maintien en France du demandeur […]* .» À ces ingérences s'ajoutent des difficultés dès le stade de la rédaction des rapports médicaux par les praticiens hospitaliers ou les médecins agréés qui créent selon l'ODSE un filtre supplémentaire qui dans sa mise en œuvre peut se révéler préjudiciable : « *tarification élevée et à la charge des patients en contradiction avec l'instruction n° DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 ; rapports rédigés de façon incomplète du fait du manque de connaissance du patient ; refus de certains médecins de remettre la copie du rapport au patient, le médecin confondant la demande avec un acte d'expertise/certification médicale* ».

> ***C'est pourquoi l'ODSE demande à ce que ce rapport médical puisse être rédigé par le médecin traitant et que la mise en œuvre de la procédure garantisse à chaque étape un respect total des règles de déontologie médicale. MdM au vu des premiers mois de vie de cette réforme et des dérives observées au sein des préfectures, continuera de dénoncer sans relâche cette ingérence dans la santé des étrangers des autorités du ministère de l'Intérieur.***

3. ÉTAT DE SANTÉ ET ACCÈS À LA PRÉVENTION
DES PERSONNES ACCUEILLIES EN 2015

LES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PATIENTS ACCUEILLIS

LES POINTS ESSENTIELS

➔ En 2015, 38 483 consultations médicales générales et spécialisées ont été réalisées : les principaux diagnostics sont les pathologies respiratoires (24 % des patients), digestives (23 %) et ostéoarticulaires (19 %).

➔ 59 % des patients souffrent d'une pathologie chronique.

➔ Un retard de recours aux soins est constaté pour près de 40 % des consultations.

« Selon l'affluence, je ne pourrai pas rester [...] donc soit je choisis de manger, soit je choisis de voir le médecin. »

[Nice, 2015]

En 2015, les médecins des Caso ont réalisé 38483 consultations de médecine générale ou spécialisée pour 21744 patients différents. Dans 81 % des consultations, au moins un problème de santé a été diagnostiqué par les médecins, dans 18 % des cas deux problèmes de santé ont été identifiés et dans 4 % des consultations trois diagnostics ont été posés[30].

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez les patients consultant dans les Caso sont les problèmes respiratoires, digestifs, ostéoarticulaires et dermatologiques suivis des troubles psychologiques et des pathologies cardiovasculaires *(tableau 11)*. Les troubles psychologiques font l'objet d'un chapitre spécifique page 47.

Au total, près de six patients sur dix souffrent d'une pathologie chronique[31] *(tableau 10)* et 83 % des patients reçus en consultation nécessitent un suivi et/ou un traitement, ce qui pose la question des modalités de prise en charge dans un contexte où la plupart d'entre eux ne disposent d'aucune couverture maladie et vivent dans des conditions d'extrême précarité. Parmi eux, quasiment la moitié n'avait strictement aucune prise en charge médicale avant sa première visite au Caso.

Pour près de 40 % des patients les médecins estiment qu'il y a un retard de recours aux soins. Chez les patients atteints de pathologie chronique, le retard de recours aux soins concerne près de la moitié des patients (47 %).

TABLEAU 10 : NATURE DES PATHOLOGIES DIAGNOSTIQUÉES CHEZ LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2015

Type de pathologie	%[1]	Nombre de patients
Chronique	58,5	5 913
Aiguë	56,0	5 662
Indéterminée	7,0	703

Taux de réponse : 46,5 %.
(1) Le total dépasse 100 % dans la mesure où un même patient peut présenter simultanément une pathologie aiguë et une pathologie chronique.

(30) Les pathologies sont codées à l'aide de la classification internationale des soins de santé primaire (CISP) *(cf. annexe 1)*.
(31) La définition de la maladie chronique adoptée est celle du Haut comité de santé publique (HCSP) : présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive appelé à durer ; ancienneté minimale de 3 mois où supposée telle ; retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des 3 éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ; une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

TABLEAU 11 : PRÉVALENCES DES PATHOLOGIES PAR APPAREIL ANATOMIQUE ET PAR DIAGNOSTICS DÉTAILLÉS SELON LA CISP, 2015

	%	Nombre de patients
Respiratoire	**24,1**	**4 660**
Infections respiratoires supérieures	**11,0**	**2 130**
Infections respiratoires inférieures	**4,8**	**931**
Toux	3,3	641
Autres diagnostics du système respiratoire	2,7	528
Autres symptômes et plaintes du système respiratoire	2,3	447
Asthme	1,9	362
Symptômes et plaintes nez-sinus	1,6	304
Système digestif	**23,0**	**4 448**
Symptômes et plaintes du système digestif	**11,7**	**2 265**
Affections dents-gencives	**5,6**	**1 088**
Autres diagnostics du système digestif	**4,9**	**944**
Hépatite virale	1,6	301
Infections gastro-intestinales	1,2	227
Pathologies ulcéreuses	0,4	73
Ostéoarticulaire	**19,4**	**3 750**
Autres symptômes et plaintes ostéo-articulaires	**7,9**	**1 531**
Symptômes et plaintes du rachis	**5,9**	**1 144**
Autres diagnostics locomoteurs	3,7	707
Syndromes dorsolombaires	3,1	606
Peau	**16,6**	**3 210**
Parasitoses/ Candidoses	**4,9**	**943**
Symptômes et plaintes cutanés	3,3	644
Autres pathologies cutanées	3,2	621
Infections cutanées	2,5	483
Dermatites atopiques et contact	2,1	409
Éruptions cutanées/ Tuméfactions	2,1	403
Psychologique	**10,0**	**1 937**
Angoisse/ Stress/ Troubles psychosomatiques	**6,7**	**1 301**
Syndromes dépressifs	2,2	430
Autres problèmes psychologiques	1,0	197
Psychoses	0,4	82
Usage de substances psychoactives (alcool)	0,4	79
Usage de substances psychoactives (drogues)	0,2	33
Usage de substances psychoactives (tabac-médicaments)	0,2	34
Cardiovasculaire	**9,9**	**1 916**
Hypertension artérielle	**5,8**	**1 121**
Pathologies vasculaires	1,7	324
Cardiopathies, troubles du rythme	1,4	276
Symptômes et plaintes cardiovasculaires	1,1	211
Autres diagnostics cardiovasculaires	0,7	136
Général et non spécifié[1]	**15,1**	**2 928**
Symptômes et plaintes généraux	4,1	800
Diagnostics non classés ailleurs	1,9	362
Tuberculose	0,2	29
Œil	**7,3**	**1 407**
Lunettes-lentilles	2,5	478
Infections de l'œil	1,9	372
Symptômes et plaintes du système oculaire	1,7	333
Autres diagnostics du système oculaire	1,5	287

	%	Nombre de patients
Métabolisme, nutrition, endocrinien	**6,3**	**1 222**
Diabète (insulino et non insulinodépendant)	4,1	792
Autres diagnostics métaboliques	1,2	231
Excès pondéral-Obésité	0,8	145
Symptômes et plaintes métaboliques	0,5	98
Neurologique	**6,3**	**1 219**
Symptômes et plaintes neurologiques	3,2	609
Autres diagnostics neurologiques	2,7	526
Epilepsie	0,5	100
Système génital féminin	**4,8**	**919**
Symptômes et plaintes du système génital féminin	1,7	334
Troubles des règles	1,7	322
Infections sexuellement transmissibles (femmes)	1,0	192
Autres diagnostics du système génital féminin	0,8	152
Grossesse, accouchement	**4,5**	**863**
Grossesses et couches non pathologiques	3,3	642
Contraception	0,5	94
Symptômes et plaintes liée à la grossesse, accouchement	0,4	78
Grossesses et couches pathologiques	0,2	43
Système urinaire	**3,7**	**715**
Infections urinaires / rénales	1,7	337
Symptômes et plaintes urinaires	1,6	311
Autres diagnostics urinaires et néphrologiques	0,5	91
Oreille	**3,5**	**669**
Infections du système auditif	1,9	357
Symptômes et plaintes du système auditif	1,0	201
Autres diagnostics du système auditif	0,6	116
Sang, système hémato/immunologique	**1,8**	**350**
Anémies	0,6	124
VIH	0,4	85
Autres diagnostics du système hémato/immunologique	0,3	51
Symptômes et plaintes du système hémato/immunologique	0,2	46
Système génital masculin	**1,8**	**343**
Symptômes et plaintes du système génital masculin	1,0	187
Autres diagnostics du système génital masculin	0,5	100
Infections sexuellement transmissibles (hommes)	0,3	52
Catégories transversales	**4,7**	**915**
Traumatismes	2,6	508
Maladies infectieuses non classées ailleurs	0,9	176
Peurs de / Préoccupations	0,7	128
Cancers	0,6	108

Taux de réponse : 89,0 %.

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

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

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

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, seules 12 % des femmes de 15 à 50 ans ont indiqué utiliser un moyen de contraception.
- Près de la moitié des femmes ont un ou plusieurs enfants et 7 % étaient enceintes au jour de leur consultation.
- Parmi les femmes enceintes, plus de 4 sur 10 présentaient un retard de suivi de grossesse.
- 15 % des femmes enceintes sont sans domicile fixe et 12 % vivent dans un squat ou un campement.

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX DES FEMMES REÇUES DANS LES CASO

Interrogées sur leur contraception, seules 12 % environ des femmes de 15 à 50 ans ont indiqué utiliser un moyen de contraception au moment de leur visite au Caso *(tableau 12)*, 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 — disparités 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]*.

Les femmes reçues dans les Caso sont généralement peu suivies sur le plan gynécologique. En effet, d'après l'enquête de MdM réalisée auprès des femmes en situation de précarité en mars 2013, près de 40 % d'entre elles n'avaient pas eu d'examen gynécologique au cours des 3 dernières années *[MdM 2013(a)]*.

Malgré l'accessibilité théorique des dispositifs de prévention (planning familial, PMI, PASS…) et l'évolution des Cegidd qui devront offrir à terme des service de traitement et de prévention complets pour les femmes en situation de précarité, la méconnaissance de ces structures, les barrières culturelles et de langue demeurent des freins majeurs à une prise en charge en santé sexuelle adaptée pour ces femmes.

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION DU CANCER DU COL : UNE ÉTUDE AUPRÈS DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ RENCONTRÉES SUR LES PROGRAMMES DE MDM

Chaque année en France, le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué chez plus de 3 000 femmes et plus de 1 000 en meurent, soit l'équivalent de 3 décès par jour *[Inca, 2012]*. Malgré le dépistage par frottis, ce cancer reste aujourd'hui la deuxième cause de décès par cancer chez les jeunes femmes âgées de 15 à 44 ans en Europe. Le cancer du col est la localisation de cancer la plus touchée par les inégalités territoriales (entre les régions métropolitaines et plus encore pour les DOM) et socio-économiques (association négative forte entre la mortalité et le niveau d'études).

Le frottis est un examen gynécologique simple et efficace qui permet de diagnostiquer les lésions pré-cancéreuses - afin de les traiter avant une éventuelle transformation en cancer - et cancéreuses du col de l'utérus. Là aussi, les disparités sociales en matière de prévention sont réelles et les obstacles au dépistage sont nombreux pour les personnes précaires. Ils sont notamment liés à la méconnaissance de l'existence et de l'intérêt du dépistage des patientes, leur peur vis-à-vis de l'examen ou de son résultat, obstacles économiques et sociaux, barrière linguistique, pudeur, manque de disponibilité spécifique, à l'organisation du système de santé (mode de rémunération, diminution de la densité des gynécologues médicaux et obstétriciens libéraux en France, absence d'organisation du dépistage, etc.).

L'enquête menée par MdM en 2013 *[Chappuis 2014]* montrait que parmi les femmes de 25-65 ans interrogées, 66,9 % déclaraient n'avoir jamais réalisé cet examen. Une autre enquête en agglomération parisienne montre que la proportion de femmes déclarant n'avoir jamais bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus était significativement plus élevée chez les étrangères (21,1 %), de même que les femmes sans couverture maladie (18,2 %), ou bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) (21,4 %) *[InVs 2012]*.

Afin d'améliorer l'accès à la prévention du cancer du col chez les femmes précaires MdM travaille sur un projet de recherche opérationnelle qui vise à évaluer, d'une part, l'efficacité de consultations de prévention adaptées aux publics rencontrés et, d'autre part, l'adhésion des femmes à une méthode d'auto-prélèvement. L'objectif est de renforcer l'information, la connaissance et l'adhésion de ces femmes au dépistage. Ce projet devrait démarrer courant 2016 sur plusieurs programmes en France.

« Une femme de 29 ans entre, accompagnée de sa fille de 14 ans, pour solliciter nos conseils pour sa fille. […] La mère évoque devant sa fille, de manière très douce et touchante, les difficultés qu'elle a connues, difficultés d'être une jeune mère dans ces conditions de vie. Elle voudrait que sa fille ait accès à une contraception, le temps de grandir avant d'être mère. »

[Saint-Denis 2011]

TABLEAU 12 : SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES DE 15 ANS ET PLUS REÇUES DANS LES CASO, 2015

	%	n
Ont déjà été enceintes	81,3	2 064
Âge moyen à la première grossesse		21,6 ans
Ont une contraception actuellement[1]	12,1	212

Taux de réponse : A déjà été enceinte : 28,5% ; Âge première grossesse : 71,7% ; Contraception : 24,8%
(1) Femmes de 15 à 50 ans.

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

En 2015, un peu plus de 2 000 femmes ont indiqué avoir déjà été enceintes *(tableau 12)*. L'âge moyen à la première grossesse est de 21,6 ans, sensiblement plus précoce qu'en population générale, estimé à 28 ans *[Davie 2012]*.

En 2015, près de 750 femmes enceintes ont consulté un médecin, soit près de 7 % des femmes reçues au cours de l'année et 2,4 % de la file active. Ces femmes enceintes étaient âgées en moyenne de 28,1 ans, près de 4 % d'entre elles étaient mineures. Il est important de souligner que près de la moitié de ces grossesses (47 %) ont été diagnostiquées ou confirmées lors de la consultation médicale au Caso. Parmi elles, 12 % vivent dans un squat ou un campement et 15 % sont sans domicile fixe ou en hébergement d'urgence et seules un peu plus de 3 % disposent de droits ouverts à l'assurance maladie au jour de leur première visite.

La précarité sociale de ces femmes a des conséquences délétères sur le suivi de leur grossesse. Lorsqu'elles consultent dans les Caso, plus de deux femmes enceintes sur cinq présentent un retard de suivi de grossesse[32] et seulement 40 % ont eu accès à des soins prénataux *(tableau 13)*. En conséquence, près de trois femmes enceintes sur cinq (58 %) nécessitaient 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 petit poid. 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 sur celui du jeune enfant »* *[Observatoire du Samu social 2015]*.

« Madame P., 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 et se déplace le moins possible. Elle est hébergée par une amie depuis quelques temps […]. Madame P. n'a aucune couverture sociale en cours et ne connaît pas du tout les dispositifs et droits auxquels elle pourrait recourir et semble avoir de grosses difficultés pour s'orienter dans le droit. »

[Nantes, 2015]

« Le 4 décembre 2015, une jeune femme de 26 ans, d'origine albanaise, nous attend avec son bébé âgé de 15 jours dans les bras. Elle est demandeuse d'asile en procédure accélérée. Elle a accouché à Bordeaux, puis a été envoyée à Pau et n'a plus aucun contact avec son mari depuis 1 mois et demi. En attente du versement de son allocation par l'Ofii, elle ne vit que grâce à la charité. Elle est maintenant logée au Cada. Elle est venue au Caso suite à des malaises répétés et à une fatigue très invalidante qui pouvait mettre en danger son bébé. »

[Pau, 2015]

TABLEAU 13 : ACCÈS AUX SOINS PRÉNATAUX ET SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES ENCEINTES REÇUES DANS LES CASO, 2015

	%	n
Accès aux soins prénataux	39,6	74
Retard de suivi de grossesse	42,6	81
Demande d'IVG	13,5	26

Taux de réponse : Accès soins prénataux : 45,1 % ; Retard suivi grossesse : 45,8 % ; Demande d'IVG : 46,5 %

(32) On considère qu'il y a un retard lorsque l'absence de suivi est supérieure à 12 semaines d'aménorrhée.

LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS ACCUEILLIS

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, 3 097 consultations dentaires ont été dispensées à 1 463 patients différents.
- L'état de santé bucco-dentaire est très dégradé, en particulier parmi les patients de 40 ans et plus.
- Les nombres moyens de dents cariées et absentes sont respectivement de 3,4 et 4,1.

Dans la plupart des cas, les personnes rencontrées dans les Caso souffrant de problèmes bucco-dentaires sont orientées vers les urgences hospitalières ou les Pass dentaires, lorsqu'elles existent. Certains Caso mettent en place des partenariats avec des associations proposant des soins dentaires. Seuls les Caso de Bordeaux, Marseille, Montpellier, Nice, Rouen et Strasbourg proposent des consultations dentaires dans leurs locaux. Ces derniers ont réalisé 3 097 consultations dentaires en 2015 pour 1 463 patients différents, soit en moyenne 2,1 consultations dentaires par personne. L'activité dentaire (en nombre de consultations) est en baisse de 16 % par rapport à 2014. Cette évolution est liée à l'interruption ou à la diminution des activités dentaires dans certains Caso.

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 de l'indice CAO[33]. Celui-ci a été calculé pour 281 personnes de 12 ans ou plus (soit près du quart des patients de 12 ans et plus reçus en consultation dentaire). Les patients présentent en moyenne plus de 3 dents cariées et 4 dents absentes. À ce titre, une étude menée en 2015 par MdM auprès des publics précaires d'Angoulême[34] retrouve des résultats similaires avec près d'un quart de la population enquêtée qui présente au moins 4 dents absentes *[MdM 2016(a)]*. Ces nombres sont bien supérieurs à ceux retrouvés en population générale française *[HAS 2010]* et posent la question du recours aux soins pour une population, la plupart du temps, sans couverture maladie ou sans complémentaire santé. À ce titre, les raisons financières sont les premiers motifs évoqués pour expliquer le non-recours aux soins.

Ce sont les personnes qui font face à de multiples vulnérabilités qui présentent l'état de santé dentaire le plus déficient. Ces différences sociales, retrouvées par ailleurs dans des études scientifiques *[Azoguy-Levy 2012]*, s'expliquent en partie par des différences d'exposition aux facteurs de risque (notamment mauvaise hygiène dentaire, alimentation inadéquate, addictions, etc.) mais aussi par des disparités d'accès aux soins. Face à des remboursements très partiels voire inexistants 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 priorités budgétaires (alimentation, logement). Rappelons que *« les soins de prévention sont les premiers à être affectés par cette compétition »* *[Rilliard 2012]*. Le recours aux soins dentaires devient alors motivé uniquement par la douleur et 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]*. À ce titre, l'enquête auprès des publics précaires d'Angoulême révèle que pour plus de 40 % des personnes l'absence de dents affecte leurs relations sociales ; 56,7 % se sont déclarés parfois à très souvent préoccupés ou inquiets au cours des 3 derniers mois, 54 % gênés ou mal à l'aise en raison de problème dentaires. Enfin, plus d'un tiers a déclaré parfois à très souvent limiter la quantité d'aliments mangés en raison de problèmes dentaires *[MdM 2016(a)]*.

Ces résultats mettent en évidence un besoin élevé en soins et en actions de prévention dans les populations en situation de précarité. 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 un meilleur remboursement des soins dentaires est indispensable, et le dispositif des Pass dentaires, entre autres, doit être renforcé.

« 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 ça ne va pas marcher Monsieur A ! 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 papiers et on m'a rassuré.

[Marseille, 2014]

(33) 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), absentes (A), obturées ou soignées (O). L'indice CAO moyen d'une population est la somme du nombre total de dents cariées, absentes et obturées rapportée au nombre de personnes examinées.

(34) Étude menée auprès de 241 personnes ayant fréquenté des lieux accueillants des personnes en situation de précarité (Aspros, Baobab, Éclaircie, MdM, Épicerie sociale, CCAS, Secours populaire, etc.).

LES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REPÉRÉS CHEZ LES PATIENTS ACCUEILLIS

LES POINTS ESSENTIELS

➔ En 2015, un trouble d'ordre psychologique a été repéré pour près de 10 % des patients. Il s'agit le plus souvent de troubles anxieux ou dépressifs.

➔ Parmi les étrangers, le fait d'être sans domicile fixe, de vivre en France depuis un an ou plus, ou d'avoir été victime de violences est associé à une prévalence plus élevée des troubles d'ordre psychologique.

En 2015, des troubles d'ordre psychologique ont été diagnostiqués chez 10 % des patients reçus en consultation. Les syndromes anxieux, le stress et les troubles psychosomatiques sont les diagnostics les plus souvent posés (7 % des patients), suivis par le syndrome dépressif (2 %). L'usage abusif de substances psychoactives est retrouvé chez près de 1 % des patients *(tableau 14)*.

Ces prévalences doivent être considérées avec précaution 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 qui bien souvent ne rencontrent le patient qu'une seule fois. Il est fort probable que ces troubles soient largement sous-évalués dans la mesure où, d'une part, les migrants sont confrontés à des barrières culturelles et linguistiques pouvant rendre difficile le dialogue, et d'autre part, leur niveau de résilience est particulièrement élevé, ne laissant pas deviner la souffrance sous-jacente et rendant le diagnostic de tels troubles difficile. C'est en partie pour ces raisons que les troubles d'ordre psychologique sont plus fréquemment repérés parmi les patients français.

TABLEAU 14 : PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2015

	%	n
Diagnostic de troubles psychologiques ou psychiatriques dont	**10,0**	**1 937**
- Angoisse, stress, trouble psychosomatique	6,7	1 301
- Syndrome dépressif	2,2	430
- Autre problème psychologique	1,0	197
- Usage abusif de substances psychoactives	0,7	134
- Psychose	0,4	82

Chez les ressortissants étrangers, les paramètres les plus fortement associés à la présence de troubles d'ordre psychologique demeurent le fait d'avoir déclaré une exposition à des situations de violence et le fait de vivre à la rue *(tableau 15)*. Enfin, force est de constater que la prévalence des troubles psychologiques augmente avec la durée de résidence en France. Ces résultats mettent en évidence que les conditions de vie et d'accueil, la complexité des démarches pour l'accès aux droits et aux soins peu facilitantes et les prises en charge non adaptées des patients affectés conduisent à la décompensation et/ou la persistance des problèmes de santé mentale. Rappelons que pour beaucoup de migrants, l'arrivée en France est un moment d'incertitude et d'insécurité qui peut durer plusieurs années. À ce titre, l'étude Parcours réalisée auprès des migrant d'Afrique subsaharienne révèle que plus de la moitié des personnes interrogées n'ont accédé à un premier titre de séjour d'au moins un an qu'au bout de 3 ans en France et l'accès au logement personnel n'est possible qu'après 2 années pour la moitié d'entre eux *[Gosselin 2016]*. Au total, 6 ans après l'arrivée en France, la moitié des migrants d'Afrique subsaharienne n'ont toujours pas les trois éléments d'installation que sont un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel, et un travail. Selon Gosselin et al, *« cette longue période de précarité après l'arrivée en France tient plus aux conditions d'accueil (longueur du processus de régularisation, marché du travail segmenté, discriminations) qu'aux caractéristiques individuelles des arrivants »*.

Par ailleurs, parmi les ressortissants étrangers, beaucoup ont fui un pays dans lequel ils étaient persécutés ou présentent des parcours de vie difficiles. Aux traumatismes et violences subies dans leur pays viennent s'ajouter celles subies lors du parcours migratoire, la perte des liens avec les proches y compris les enfants, les pressions policières, des passeurs… et une fois dans le pays d'accueil la précarité administrative, des conditions de vie et les incertitudes liées à l'avenir.

« D., jeune Malienne de 22 ans, explique : "Je ne veux pas qu'on ait pitié de moi, c'est de ma faute si mes parents sont morts ; j'aimerais rejoindre ma mère…". Kidnappée par ceux qu'elle nomme les rebelles, retenue pendant plusieurs mois dans un camp où elle a subi de nombreux sévices, elle a pu fuir dans un pays voisin où elle a été emprisonnée en tant que clandestine. Elle nous confie avoir vécu de nombreux traumatismes. D. souffre d'insomnie, de cauchemars, reviviscences, flashbacks, hyper-vigilance…»

[Nice, 2015]

Les troubles d'ordre psychologique sont rarement isolés et s'inscrivent le plus souvent en toile de fond d'autres problèmes de santé. Ainsi 68 % des personnes souffrant d'un trouble d'ordre psychologique présentent par ailleurs au moins une autre pathologie. Les principales pathologies associées sont les pathologies digestives, ostéo-articulaires et respiratoires.

S'il existe dans le droit commun une offre diversifiée pour les personnes souffrant de trouble d'ordre psychologique (en ambulatoire, en hébergement, en hospitalisation, en action mobile), l'insuffisance générale de ces structures et l'offre en consultations disponibles allongent les délais de rendez-vous. La prise en charge des patients allophones reste fortement problématique. 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]*. À ce titre, Chambon et al. rappellent que *« les soignants, ne connaissant pas forcément la procédure pour faire appel à un interprète, la trouvent trop fastidieuse et choisissent pour des raisons organisationnelles de s'en passer »* et défendent l'idée selon laquelle *« le droit à comprendre et à se faire comprendre dans sa langue maternelle ou usuelle apparaît comme une condition pour construire un système de santé égalitaire »* *[Chambon 2016]*.

Enfin, 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 confrontées à de multiples vulnérabilités en santé des lieux identifiés, 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)…) 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 15 : CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AUX TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES ÉTRANGERS, 2015

	%	n	OR
Ensemble des patients	**10,5**	**1 409**	
Sexe			
- Homme	10,9	858	réf
- Femme	9,9	551	1,0^{ns}
Âge			
- Moins de 20 ans	5,9	118	réf
- 20-39 ans	12,7	915	2,2***
- 40-59 ans	9,6	313	1,7***
- 60 ans et plus	6,4	63	1,2 ^{ns}
Logement			
- Personnel	8,8	84	réf
- Hébergé	9,6	799	1,1^{ns}
- Squat, campement	7,0	98	0,8^{ns}
- Sans domicile fixe	15,4	428	1,8***
Durée de résidence en France			
- ≤ 1 an	10,0	981	réf
- 1 an à <3 ans	12,6	211	1,4***
- ≥ 3 ans	11,3	217	1,3***
Demandeur d'asile			
- non	10,2	1 248	réf
- oui	13,1	161	1,1^{ns}
A déclaré avoir été victime de violences			
- non	9,8	1 277	réf
- oui	29,6	132	3,7***

*** 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 5,2 parmi les étrangers ayant été victime de violences par rapport à l'ensemble des autres patients étrangers (OR=5,2 significatif p<0,001).

LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION

LES POINTS ESSENTIELS

→ La couverture vaccinale des patients reçus dans les Caso est faible avec des taux qui varient de 33 à 48 % chez les personnes de plus de 15 ans et de 64 à 75 % parmi les mineurs de moins de 15 ans.

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

→ Il existe un gradient négatif entre le taux de couverture vaccinale et les conditions de logement.

D'une manière générale, les taux de couverture vaccinale des personnes reçues dans les Caso sont relativement bas. Parmi les personnes de plus de 15 ans, moins d'un sur deux est à jour pour le tétanos, la diphtérie, la polio et le BCG *(tableau 16)*, et un patient sur trois est à jour pour le ROR, la coqueluche et l'hépatite B. Pour les enfants de moins de 15 ans, la couverture vaccinale est un peu meilleure, même si elle reste insuffisante : trois enfants sur quatre sont à jour pour le DTP, sept sur dix sont à jour pour le BCG, le ROR et la coqueluche et six sur dix pour l'hépatite B.

Ces taux de couverture sont très en dessous de ceux retrouvés en population générale *[Guthmann 2007]* 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, alors même que les enfants que nous rencontrons sur les programmes de MdM sont ceux considérés à risque élevé de tuberculose[35] en particulier, et devraient donc faire l'objet d'une vaccination pour le BCG *(cf. encart)*. En 2015, seuls 71,1 % des jeunes de moins de 15 ans consultant dans les Caso étaient vaccinés contre la tuberculose. Cette couverture vaccinale est particulièrement faible chez les enfants accueillis dans les Caso d'Île-de-France (64,8 %) qui devraient pourtant tous en bénéficier car considérés comme vulnérables.

Selon l'analyse multiple réalisée sur les jeunes de 15 ans ou plus *(tableau 17)*, on constate que les taux de couverture vaccinale sont associés aux conditions de logement : **ainsi les enfants vivant à la rue ont une probabilité trois fois plus importante de ne pas être à jour de leurs vaccinations que les enfants ayant un domicile personnel.** On constate également que le taux de couverture vaccinale a tendance à baisser à partir de 11 ans. Par ailleurs, chez les jeunes étrangers, la couverture vaccinale a tendance à s'améliorer avec la durée de séjour en France, ce qui laisse penser qu'il existe un phénomène de rattrapage dans le temps. Enfin, on constate que les enfants de moins de 7 ans suivis par la PMI ont plutôt une meilleure couverture vaccinale que les autres, sans qu'une relation statistiquement significative soit retrouvée.

Ces résultats confirment que les populations en situation précaire 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 particulier[36] ou de la tuberculose, les faibles taux de couverture vaccinale imposent d'adapter les stratégies de prévention et de vaccination, en partenariat étroit avec les principaux services publics concernés. Il s'agit alors d'informer et de sensibiliser les populations cibles et de faciliter leur accès aux services publics par des démarches de médiation adaptées et des actions de proximité, vers les publics concernés (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 la Loi de santé[37] adoptée en janvier 2016 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 (CESE[38]) pour alerter les pouvoirs publics et demander la garantie de leur pérennité.

TABLEAU 16 : VACCINATIONS « À JOUR »[1] DES PATIENTS DANS LES CASO, 2015

	Moins de 15 ans		15 ans ou plus	
	%	n	%	n
Tétanos	75,0	844	47,8	3 783
Diphtérie/ Polio	75,2	851	46,6	3 658
BCG	71,1	764	45,7	3 429
Hépatite B	63,6	654	33,4	2 459
Rougeole/ Oreillons/ Rubéole	68,8	732	36,3	2 605
Coqueluche	68,0	713	34,4	2 458

(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.

Taux de réponse : Tétanos, Diphtérie/ Polio : 44 % ; BCG, Hépatite B : 41 % ; ROR, Coqueluche : 40 %

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

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

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

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

TABLEAU 17 : FACTEURS ASSOCIÉS À LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS DE MOINS DE 15 ANS CONSULTANT DANS LES CASO, 2015 (% EN LIGNE)

	DTP – Coqueluche			BCG			ROR			Hépatite B		
	%	n	OR[1]	%	n	OR[1]	%	n	OR[1]	%	n	OR[1]
Moins de 15 ans	**76,3**	**612**		**71,1**	**538**		**70,7**	**537**		**62,9**	**458**	
Sexe												
- Garçon	73,8	318	réf	67,7	273	réf	68,4	277	réf	61,2	240	réf
- Fille	79,3	294	1,3^{ns}	74,9	265	1,4*	73,2	260	1,3^{ns}	64,9	218	1,2^{ns}
Classe d'âge												
- < 7 ans	80,3	354	réf	75,0	312	réf	73,4	306	réf	65,5	258	réf
- 7-10 ans	82,0	132	1,1^{ns}	73,7	112	0,9^{ns}	77,4	120	1,2^{ns}	71,6	106	1,3^{ns}
- 11-15 ans	63,0	126	0,4***	60,3	114	0,5**	59,0	111	0,5**	50,5	94	0,6**
Logement												
- Personnel	85,3	110	réf	81,9	104	réf	83,2	104	réf	71,3	82	réf
- Hébergé(e)	79,0	324	0,7^{ns}	73,6	281	0,6^{ns}	73,9	288	0,6^{ns}	66,1	248	0,9^{ns}
- Précaire (squat/camp)	70,3	102	0,4**	66,7	92	0,5**	61,8	84	0,3***	58,5	79	0,6^{ns}
- SDF/Hbgt d'urgence	64,4	76	0,3**	55,5	61	0,3***	56,0	61	0,3***	47,6	49	0,5**
Durée de résidence en France												
- Étranger ≤ 1 an	73,8	427	réf	69,1	378	réf	67,8	373	réf	59,9	316	réf
- Étranger 1 an à < 3 ans	83,2	74	1,9*	75,9	66	1,4^{ns}	76,7	66	1,7^{ns}	63,4	52	1,2^{ns}
- Étranger ≥ 3 ans	81,2	56	1,5^{ns}	71,9	46	1,1^{ns}	76,1	51	1,5^{ns}	71,9	46	1,6^{ns}
- Français	84,6	55	1,6^{ns}	81,4	48	1,6^{ns}	82,5	47	1,8^{ns}	81,5	44	2,7**

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 d'être à jour de la vaccination contre le DTP est multipliée par 1,9 chez les étrangers séjournant en France depuis moins de 3 ans par rapport aux étrangers en France depuis moins d'un an (OR=1,9 significatif p<0,05).

LA TUBERCULOSE : DE LA NÉCESSITÉ D'UN RATTRAPAGE VACCINAL ET D'UNE PROPOSITION DE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE AUX PATIENTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

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 2014, le nombre de cas de tuberculose déclarés en France était de 4 827, soit 7,3 cas pour 100 000 habitants. La situation épidémiologique place la France dans les 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, Mayotte et la Guyane sont les régions avec les plus forts taux de déclaration. Par ailleurs, dans certains groupes de population, comme par exemple les personnes sans domicile fixe, les risques sont beaucoup plus élevés. 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. 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 *[InVS 2016]*.

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 systématique de la tuberculose et de la collecte de données dans les programmes de MdM est demeurée un objectif majeur en 2015. Nous rapportons ici les résultats de quatre programmes d'Île-de-France[39] ayant mis en place des partenariats avec des Centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT).

En 2015, 2 300 patients ont été dépistés dans ces programmes par une radiographie pulmonaire. Parmi eux, 12 cas de tuberculose ont été diagnostiqués, soit un rendement de 522 pour 100 000.

Les équipes de médiation participant à la prise en charge de personnes ayant une tuberculose mettent en lumière les difficultés pour le suivi de ces patients. La territorialisation des dispositifs de droit commun pose un problème d'incompatibilité avec l'errance provoquée par les expulsions en particulier. Un dispositif de droit commun d'« aller-vers » et de suivi de parcours dédié aux populations en situation de précarité pourrait permettre d'améliorer leur suivi et leur adhésion au traitement, à l'image de l'action menées par l'équipe mobile de lutte anti-tuberculeuse du Samu social de Paris auprès des personnes sans domicile fixe seules et isolées et de celle du Conseil général de Seine-Saint-Denis avec son antenne mobile pour le dépistage et le suivi de la tuberculose.

MdM a alerté de nombreuses fois sur le risque pour la santé publique que génèrent les expulsions sans proposition de relogement des bidonvilles dans lesquels vivent des personnes prises en charge pour une tuberculose.

Rappelons que l'obligation vaccinale par le BCG a été suspendue depuis 2007 mais demeure fortement recommandée pour les enfants et adolescents exposés à un risque élevé de tuberculose, et tous les enfants vivants en Île-de-France, Guyane et Mayotte *[DGS 2016]*. La conséquence immédiate de ce changement de politique vaccinale a été une forte diminution de la couverture vaccinale exposant ces enfants à un risque de méningite tuberculeuse (seulement 73,1 % à 9 mois chez les enfants nés en 2008 en Île-de-France, 40 % chez les enfants à risque dans les autres régions). Le risque d'augmentation de l'incidence de cette complication doit inciter à poursuivre la sensibilisation des médecins *[Van Bui 2015]*.

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

Par ailleurs, MdM rappelle que les expulsions répétées sans proposition de relogement mettent en échec les prises en charge de patients suspects ou malades de tuberculose vivant en bidonvilles. La prévention via la vaccination systématique des jeunes enfants doit également être améliorée.

(39) 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 STATUTS SÉROLOGIQUES, VIH, VHB, VHC DES PATIENTS ACCUEILLIS

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, seul un quart des patients connaît son statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et 30 % pour le VIH.
- Les Français, les étrangers originaires d'Afrique subsaharienne et d'Océanie-Amériques ont une meilleure connaissance de leur statut sérologique que les autres patients étrangers.
- Les occasions de dépistage parmi les étrangers progressent 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 un bilan sur leur santé et d'aborder, au même titre que leur situation vis-à-vis des vaccinations, la question du dépistage des IST afin de les orienter le cas échéant vers un dépistage. À ce titre, à l'issue des consultations médicales, près de 3 500 patients se sont vus proposer un test de dépistage pour des maladies infectieuses. 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.

Près de 40 % des patients reçus en consultation médicale généraliste ont été interrogés sur la réalisation de dépistages sérologiques pour les hépatites et le VIH antérieurs à la consultation. Parmi eux, **près d'un quart des patients seulment connaissent leur statut sérologique pour les hépatites et 30,4 % pour le VIH**. Ces résultats mettent en évidence une importante méconnaissance des statuts sérologiques parmi les personnes fréquentant les Caso.

TABLEAU 18 : CONNAISSANCE DES STATUTS SÉROLOGIQUES (VHB, VHC ET VIH) DES PERSONNES REÇUES EN CONSULTATION AVEC UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LES CASO, 2015

	VHB		VHC		VIH	
	%	n	%	n	%	n
Statut sérologique connu	24,5	1878	23,8	1817	30,4	2383

Taux de réponse : VHB : 37,4 % ; VHC : 37,2% ; VIH : 38,2%

Le défaut de connaissance des statuts sérologiques est significativement plus fréquent parmi les ressortissants étrangers par rapport aux Français. Ainsi, seuls 24 % des étrangers connaissent leurs statuts sérologiques pour les hépatites (contre près de 40 % des Français) et 30 % connaissent leur statut vis-à-vis du VIH (contre 46 % des Français). Ces résultats ont déjà été mis en évidence dans des études récentes qui révèlent une moindre connaissance sur le VIH et les hépatites des populations migrantes ainsi qu'une plus faible perception des risques liés au VIH *[Pauti 2016, Sahajian 2015, Lopez-Quintero 2005, Prost 2008, Carnicer-Pont 2009]*.

Comme on peut le constater dans le *tableau 19*, les femmes ont une meilleure connaissance que les hommes de leur statut sérologique vis-à-vis du VIH. Chez ces dernières les opportunités de dépistage sont plus nombreuses notamment en cas de grossesse. Cette différence ne se retrouve pas concernant les connaissances des statuts vis-à-vis des hépatites.

Les patients âgés de 20 à 59 ans ont une probabilité quatre fois plus importante de connaître leur statut sérologique que les jeunes de moins de 20 ans. Le fait de vivre à la rue est également associé de manière significative avec une moindre connaissance de son statut sérologique. C'est parmi les ressortissants originaires d'Europe (hors UE), du Maghreb, du Proche et du Moyen-Orient et d'Asie que la part des personnes ignorant leur statut sérologique est la plus élevée. Enfin on observe que la durée de séjour en France est un élément discriminant pour l'accès au dépistage du VIH avec une augmentation statistiquement significative du nombre d'étrangers connaissant leur statut sérologique au-delà d'une année passée en France. Les mêmes constats sont faits pour la connaissance du statut sérologique pour le VHB et le VHC et ont fait l'objet d'un article *[Pauti 2016]*.

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, de quoi se nourrir, un emploi…) que leur santé *[Burns 2007, Fakoya 2008, Chappuis 2015, Pauti 2016]*. 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.

Ainsi, on voit bien la nécessité de développer des projets spécifiques de prévention en direction des populations en situation de précarité et de faciliter leur

accès au système de soins et de prévention. Les tests rapides d'orientation diagnostique (Trod), proposés depuis 2010 dans plusieurs programmes de MdM, se révèlent un moyen efficace d'atteindre ces publics, de les informer sur leur état de santé et d'aborder la réduction des risques au travers d'entretiens de prévention.

De même, les autotests des maladies infectieuses transmissibles permettront un accès plus précoce et plus facile au dépistage. À ce titre, MdM salue les mesures prises dans le cadre de la Loi de santé adoptée en janvier 2016[40] qui visent à faciliter l'accès à ces outils de prévention et recommande un accès gratuit aux autotests. En ce sens, MdM se félicite des récentes déclarations de la ministre de la Santé qui s'est engagée à mettre gratuitement les autotest du VIH à la disposition des usagers dès cette automne dans les structures de prévention du VIH, dans les associations de proximité et les associations de patients engagées dans la lutte contre le SIDA.

Un chapitre spécifique est consacré aux activités de dépistage du VIH, hépatites et autres IST page 72.

TABLEAU 19 : CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À LA CONNAISSANCE DU STATUT SÉROLOGIQUE VIH PARMI LES PATIENTS ÉTRANGERS REÇUS EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES CASO, 2015

	%	n	OR[1]
Ensemble des patients étrangers	**30,5**	**2 064**	
Sexe			
- Homme	28,0	1 019	1
- Femme	34,4	821	1,2**
Âge			
- Moins de 20 ans	10,8	70	1
- 20-39 ans	35,3	1 268	4,4***
- 40-59 ans	31,0	432	4,0***
- 60 ans et plus	18,0	70	2,0***
Logement			
- Personnel	30,0	133	1
- Hébergé	31,7	1 232	0,9[ns]
- Squat, campement	30,0	158	0,9[ns]
- Sans domicile fixe	27,2	317	0,8*
Groupe continental			
- Union européenne (hors France)	23,4	157	1
- Europe (hors UE)	16,0	63	0,7*
- Afrique subsaharienne	41,3	1 055	2,2***
- Maghreb	17,6	277	0,6***
- Proche et Moyen-Orient	15,9	46	0,6**
- Asie	15,6	38	0,5**
- Océanie et Amériques	68,9	204	6,0***
Durée de résidence en France			
- ≤ 1an	29,6	1 357	1
- 1 an à < 3 ans	31,6	224	1,2*
- ≥ 3 ans	35,0	259	1,4***

(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 connaître son statut VIH est multiplié par 1,2 chez les femmes par rapport aux hommes (OR=1,2 significatif p<0,01).

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

4. L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN

LES DROITS À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES

LES POINTS ESSENTIELS

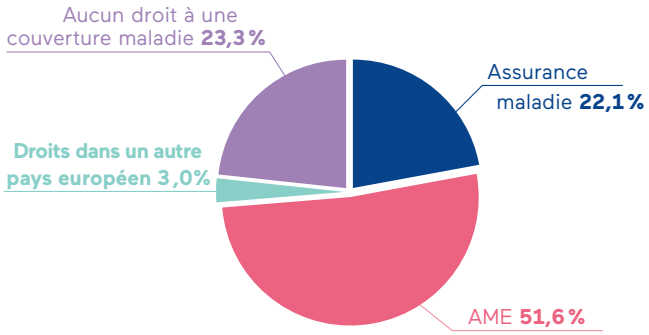
- En 2015, près de 9 personnes sur 10 étaient dépourvues de couverture maladie lors de leur première visite au Caso, quelle que soit leur situation administrative.
- Les difficultés d'accès aux droits s'inscrivent dans la durée : plus de deux étrangers sur trois, résidant en France depuis plus de 10 ans, ne disposent pas de couverture maladie lors de leur première visite au Caso.

En 2015, trois patients sur quatre relèvent d'un dispositif de couverture maladie au regard de leur situation administrative, au jour de leur première visite : 52 % relèvent de l'AME, 22 % de l'assurance maladie et 3 % relèvent d'un système de protection sociale d'un autre pays européen *(figure 8)*.

Près d'une personne sur quatre reste toutefois exclue de tout dispositif de couverture maladie, dans la plupart des cas en raison du critère de résidence de plus de 3 mois imposé depuis 2004 pour pouvoir bénéficier de l'AME. L'accès aux soins pour ces populations reste alors possible par le biais des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) lorsqu'elles existent ou sont fonctionnelles *(cf. encart)* ou via le Fonds de soins urgents et vitaux (FSUV) qui ne concerne que les *« soins urgents dont l'absence de prise en charge mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne […]* » et qui sont laissés à l'appréciation des médecins.

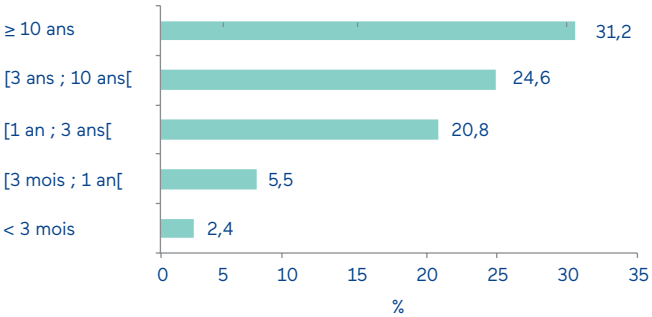
Parmi les personnes pouvant théoriquement bénéficier d'une couverture maladie, seuls 14,2 % d'entre eux disposent de droits ouverts lorsqu'ils se présentent au Caso. Cette faible proportion s'explique par le fait que d'une part, une grande partie des Caso de MdM ne prennent en charge que les personnes sans couverture maladie, et d'autre part, 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 10 ans, seuls 31,2 % disposent d'une couverture maladie lorsqu'ils se présentent au Caso *(figure 9)*.

FIGURE 8 : DROITS THÉORIQUES* À LA COUVERTURE MALADIE DES PERSONNES REÇUES DANS LES CASO, 2015



* Situation au jour de la 1re visite.
Taux de réponse : 71,5 %.

FIGURE 9 : PART DES ÉTRANGERS REÇUS DANS LES CASO DISPOSANT DE DROITS THÉORIQUES ET AYANT DES DROITS OUVERTS SELON LA DERNIÈRE DATE D'ENTRÉE EN FRANCE, 2015



Ces résultats mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de grande précarité pour faire valoir leurs droits et en assurer la continuité, dans le temps. Difficultés qui augmentent les risques de non-recours aux droits comme le soulignait récemment le Défenseur des 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]*. Par ailleurs, les ruptures de droits sont fréquentes et constatées par de nombreuses associations *[Comede 2014]*. Pour beaucoup, elles sont liées aux difficultés rencontrées en préfecture lors des renouvellements de titres de séjour pour les étrangers.

« Madame A, de nationalité algérienne, se présente au Caso pour la première fois le 25/09/2015, avec sa fille âgée de 9 ans, pour laquelle elle souhaiterait faire une demande d'AME. Madame est en France depuis moins de trois mois. Un premier rendez-vous à la Cpam est programmé le 21/10/2015 pour le dépôt du dossier de demande d'AME. À cette occasion, des documents complémentaires lui sont demandés, notamment le titre de séjour de son frère qui l'héberge (...). Le dossier de demande d'AME pour sa fille n'est pas pris en compte par la Cpam, qui suggère d'attendre que Madame A. puisse bénéficier, elle aussi, de l'AME. Dans ces conditions, un nouveau rendez-vous est fixé par la Cpam le 24/11/2015, soit plus d'un mois après cette première rencontre, date à laquelle Madame. A. dépose le dossier d'AME pour elle et sa fille. Le 07/01/2016, la Cpam lui notifie par courrier un refus d'admission à l'AME au motif qu'elle est "en possession d'un titre de séjour valable jusqu'au 30/03/2016". Or, le titre de séjour en question est celui de son frère, demandé par la Cpam pour apporter la preuve de la régularité de séjour de la personne qui l'héberge. Après un courrier envoyé par MdM suite à ce refus, les demandes d'AME de Madame A. et de sa fille seront finalement acceptée le 19/02/2016, soit près de 4 mois après la première démarche entreprise pour sa fille. »

[Nancy, 2015]

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 adoptée en janvier 2016[41] ne prévoie 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]*.

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

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

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ : UN DISPOSITIF À PROMOUVOIR ET À HARMONISER

Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) constituent un dispositif opérationnel créé par la loi du 29 juillet 1998[42] dont l'objectif est de permettre l'accès aux soins ambulatoires de toute personne démunie au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital, et de favoriser la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie de l'hôpital, en facilitant en particulier l'ouverture des droits à la couverture maladie.

Près de 15 ans après leur création, elles sont au nombre de 430 environ sur le territoire, contre 500 initialement prévues *[Helfer 2014]*. Mal connues (des patients comme des professionnels médicaux), car rendues peu visibles auprès des structures locales du champ de la santé et de la précarité, leur fonctionnement et leur rôle restent très hétérogènes en France. Selon une récente étude de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) *[Helfer 2014]*, seules un quart des Pass satisfont aux critères d'exigence fixés (à savoir disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10 % de temps médical dédié, accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, recours à l'interprétariat, signalétique au sein de l'établissement, protocoles entre les services de l'établissement…).

« Monsieur T. est atteint d'une maladie chronique. Lorsque je lui demande s'il a connaissance d'autres structures qui pourraient l'aider, il me dit que oui, effectivement, il est allé une fois à la Pass il y a 2-3 ans à son arrivée en France. "J'ai juste pu voir un médecin. On ne m'a rien expliqué, je n'ai pas vu d'assistante sociale…" »

[Nantes, 2015]

Les équipes de terrain de MdM font le constat d'une mise en place des Pass inégalement effective selon les régions et les villes, avec pour certaines des dysfonctionnements plus ou moins importants et persistants. Un manque de personnel médical dédié à la Pass est observé. L'absence de consultation de médecine générale est régulièrement signalée comme un frein à une prise en charge coordonnée, de plus l'absence quasi-générale de Pass dentaires, psychiatriques et pédiatriques reste une véritable carence. Les procédures sont parfois complexes pour accéder à la pharmacie de l'hôpital, ce qui amène certains patients à en sortir avec une ordonnance mais sans délivrance du traitement.

D'un point de vue financier, leur budget, défini dans les lois de financement de la Sécurité sociale, est intégré dans celui des établissements de santé, rendant le fonctionnement et l'efficacité du dispositif dépendant de la volonté politique de la direction de l'hôpital. À ce titre, *« il n'est pas rare que les Pass subissent de fortes pressions de leur administration pour sélectionner les patients »* *[Helfer 2014]*.

Face à ces constats, MdM appelle à poursuivre et à consolider l'ouverture des Pass en France, notamment dans les villes où les indicateurs de précarité sont élevés, et suggère le déploiement plus important de Pass mobiles, dispositif opérant et de proximité pour repérer et aller au-devant des individus les plus éloignés des structures de soins. MdM rappelle, avec l'ODSE, que le dispositif doit proposer un accueil et des soins inconditionnels pour toute personne démunie financièrement, possédant une couverture médicale incomplète ou sans droits aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale ; l'approche doit y être pluridisciplinaire, incluant le recours à des interprètes professionnels pour les personnes non francophones et l'accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits. Les décisions d'hospitalisation, de choix de stratégies diagnostiques et thérapeutiques doivent se fonder sur des critères médicaux et non socio-administratifs ou économiques. Les soins délivrés doivent être gratuits aux points d'accès (c'est-à-dire sans facturation à l'usager), avec ou sans ouverture de droits effective au jour des soins.

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

LES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DES PERSONNES REÇUES

LES POINTS ESSENTIELS

→ Les difficultés administratives (30 %), la méconnaissance des droits et des structures (26 %), la barrière linguistique (19 %) et les difficultés financières (18 %) sont les principaux obstacles dans l'accès aux soins.

→ Près d'un patient sur quatre âgé de 16 ans et plus nécessite une domiciliation administrative pour accéder aux droits.

→ 35 % des étrangers sans titre de séjour déclarent limiter leurs déplacements par peur d'être interpellés.

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

Les obstacles rencontrés par les patients dans l'accès aux soins sont avant tout liés aux difficultés administratives et à la complexité des démarches (30 % des patients), ainsi qu'à la méconnaissance des droits et des dispositifs auxquels ils peuvent prétendre (26 %). Force est de constater que 16 % des patients 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 3 mois.

Ces obstacles sont identifiés également par les associations qui accompagnent les publics en situation de précarité : celles-ci constatent en particulier 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, soulignée dans différents rapports institutionnels *[DDD 2014]*, aboutit à un parcours du combattant pour de nombreuses personnes dans l'accès aux droits.

« Madame L. est enceinte et se trouve dans une situation de grande précarité. Nous l'accompagnons dans ses démarches pour obtenir l'AME. Son dossier complet est adressé le 13 juin 2014 à la Cpam, celui-ci nous est retourné un mois après sous le motif qu'il est incomplet. Nous le renvoyons le 16 juillet 2014.
Le 5 septembre, alors que nous n'avons toujours aucune nouvelle de sa demande d'AME, Madame L. accouche. Nous reprenons contact avec la Cpam qui déclare n'avoir jamais reçu les documents demandés en juin. Un nouveau dossier est envoyé, avec la demande de rattachement de l'enfant mi-septembre.
Le 24 octobre la Cpam renvoie un courrier demandant toute les pages du passeport et précise que l'enfant doit être rattaché au père. Une réponse est adressée à la Cpam mi-novembre. Enfin, et ce sans motivations, Madame L. reçoit un refus d'accès à l'AME le 2 avril 2015.
Elle aura patienté 8 mois pour se voir notifier un refus injustifié et reçu dans le même temps plusieurs relances de l'hôpital concernant sa facture non honorée de 4883,45€ suite à son accouchement.
Suite à un recours gracieux et une saisine de la Commission départementale d'aide sociale, la cpam a finalement délivré l'AME à Madame L. avant l'audience contentieuse et la facture hospitalière a ainsi pu être honorée. »

[Paris, 2015]

Cette complexité constitue un frein majeur dans l'ouverture des droits, elle augmente les délais de traitement des dossiers, les risques de rupture de droits et de renoncements aux droits des potentiels bénéficiaires, ce qui signifie également des risques de retard ou de renoncement aux soins.

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, plus du tiers (35 %) d'entre eux indiquent limiter leurs activité et leurs déplacements de peur d'être interpellés. Cette attitude peut également générer des retards ou des renoncements de recours aux droits et aux soins.

TABLEAU 20 : PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS CITÉS PAR LES PATIENTS REÇUS DANS LES CASO, 2015

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Difficultés administratives	29,8	5 012
Méconnaissance des droits et des structures	25,7	4 320
Barrière linguistique	19,0	3 191
Difficultés financières	18,1	3 045
Aucun droit possible	16,0	2 692
Délais d'instruction trop longs	4,9	824
Droits ouverts dans un autre pays européen	2,1	350
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits	1,9	326
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	1,2	207
Autre raison exprimée *(refus officine, Pass non fonctionnelle…)*	4,1	681

Taux de réponse : 55 %.

La domiciliation constitue à ce titre un exemple emblématique de la complexité des démarches et des dysfonctionnements qui peuvent en découler. Disposer d'une adresse où recevoir son courrier constitue un prérequis indispensable à l'ouverture des droits notamment pour l'accès à l'assurance maladie sur critère de résidence (CMU) ou à l'Aide médicale d'État (AME). À ce titre, la loi prévoit un principe déclaratif en matière de domicile, selon lequel la déclaration d'une adresse permet d'ouvrir des droits sans avoir à produire de pièces justificatives. Toutefois, il est courant que les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) exigent des pièces justificatives de domicile, alors même que la personne est en mesure de déclarer une adresse. Les publics précaires ne peuvent pas, pour la plupart, produire les justificatifs demandés, ce qui les empêche ainsi d'accéder à une couverture maladie.

En 2015, près d'un quart des personnes de plus de 16 ans ayant fréquenté les Caso ont besoin d'une domiciliation, parmi elles 36 % sont hébergées par de la famille ou des proches. Il est probable que ces personnes se soient vues refuser leur adresse déclarative ou n'aient pas souhaité ou pu communiquer les coordonnées des personnes les hébergeant par peur d'un éventuel contrôle. Ces pratiques, en plus d'être abusives, augmentent le nombre de personnes en demande de domiciliation alors même que les organismes domiciliataires sont saturés. En effet, les personnes sans domicile stable ne pouvant déclarer une adresse ou produire les justificatifs exigés abusivement doivent faire appel à la procédure d'élection de domicile, auprès d'un Centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'un organisme agréé. Les organismes domiciliataires, qui exercent leur mission sans financements, sont saturés. Afin de limiter leur charge, certains appliquent même une politique restrictive d'accès à la domiciliation, excluant ainsi de nombreuses personnes de l'accès aux droits. C'est ainsi que les CCAS limitent l'accès à la domiciliation en exigeant la production de pièces justificatives pour établir le lien avec la commune. Pour de nombreuses personnes sans domicile stable, il est impossible de produire ces pièces et ainsi faire valoir leur droit à l'élection de domicile.

MdM milite depuis de nombreuses années pour obtenir la simplification du droit à 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 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, au sein d'un collectif inter-associatif, porte des propositions auprès de la Direction de la sécurité sociale (DSS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour l'amélioration de l'accès à la domiciliation et 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 pour les publics les plus précaires.**

TABLEAU 21 : SITUATION DES PATIENTS DE 16 ANS ET PLUS REÇUS DANS LES CASO VIS-À-VIS DE LA DOMICILIATION, 2015

	%	n
Dispose d'une adresse *(adresse personnelle ou chez des proches)*	48,3	8 513
Dispose d'une domiciliation	27,5	4 846
A besoin d'une domiciliation	24,4	4 253

Taux de réponse : 74,8 %.

LA BARRIÈRE DE LA LANGUE : 3E OBSTACLE À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Près d'un patient sur cinq évoque la barrière linguistique comme principal obstacle à l'accès aux soins. Ce résultat souligne, une fois encore, les besoins en matière d'interprète professionnel dans l'ensemble des institutions (administrations et structures médico-sociales) mais également en médecine de ville afin de permettre une prise en charge optimale. En effet, pour les migrants s'ajoutent souvent des conditions d'isolement, d'incompréhension et de différences culturelles qui, face à la maladie, revêtent une grande importance *[Tabouri 2013]*. En favorisant la communication entre le patient et le personnel

soignant, l'adhésion au traitement et au suivi médical, la prévention, l'information des proches éventuellement concernés par la pathologie et l'orientation vers les spécialistes appropriés sont facilités. Non seulement l'interprétariat favorise l'égalité de traitement des personnes, mais il permet aussi d'éviter les malentendus. Ainsi des solutions adaptées aux attentes et aux besoins des usagers et des professionnels peuvent plus facilement être trouvées[43].

L'interprétariat est un véritable outil d'intégration des individus et doit être réalisé par des professionnels afin d'assurer le respect des principes suivants : la restitution objective, complète et fidèle du message, la non-intervention, l'impartialité et le devoir de confidentialité *[Schwarzinger 2012 ; Chambon 2016]*. Il est reconnu que le recours à l'interprétariat professionnel améliore le dialogue entre le soignant et le soigné, évite la multiplication des consultations, voire les errances ou les erreurs de diagnostics *[Schwarzinger 2012]* et par conséquent réduit les risques de retard de recours aux soins et de complications médicales dont les coûts humains et financiers sont sans aucune mesure avec le coût même de la traduction.

Les médiateurs sanitaires constituent également une ressource face à des publics migrants, peu francophones et ne connaissant pas les dispositifs français. La mise en place d'un médiateur, tierce personne neutre avec des connaissances à la fois du système de santé, de la langue et des codes culturels des personnes, simplifie les premiers contacts entre patient et institution médico-sociale.

La Loi de santé adoptée en janvier 2016[44] a permis une avancée en la matière en proposant un travail sur un référentiel de compétence des médiateurs. La reconnaissance du métier de médiateur socio-sanitaire reste nécessaire.

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

LES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES TOUJOURS PLUS IMPORTANTES

Enfin, 18 % des patients évoquent les difficultés financières dans l'accès aux soins. Celles-ci sont en augmentation par rapport aux années précédentes (18 % en 2015 contre 6 % en 2012). Ces difficultés concernent en général l'impossibilité d'avancer les frais ou 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 un facteur majeur de non-recours aux soins et donc de retard de soins. La généralisation du tiers payant, proposée dans la Loi de santé adoptée en janvier 2016 et réclamée depuis plus de 20 ans par MdM, constitue de ce fait un outil efficace pour l'accès à la médecine de ville, la lutte contre les retards de soins et le renoncement aux soins. Par ailleurs, elle va permettre de lutter contre la stigmatisation des titulaires de la CMU et de l'AME et devrait limiter les refus de soins de certains professionnels. Elle permettra aussi de mettre fin à un discours qui fait des plus pauvres des « profiteurs » au prétexte qu'ils n'ont pas à effectuer l'avance de frais, alors même qu'ils sont les premières victimes des inégalités de santé et d'accès aux soins.

Enfin, MdM continue de demander l'augmentation du seuil d'attribution de la CMUc[45] au niveau du seuil de pauvreté dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de grande précarité.

(43) Migrations Santé Alsace – Note d'opportunité pour un interprétariat médical et social professionnel, avril 2009.
(44) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
(45) Le seuil d'attribution était fixé à 723€/mois pour une personne seule au 1er avril 2016 (en métropole).

LE RETARD ET LE RENONCEMENT AUX SOINS DES PATIENTS REÇUS

LES POINTS ESSENTIELS

➔ En 2015, deux patients sur cinq présentent un retard de recours aux soins et un sur trois nécessite une prise en charge urgente ou assez urgente.

➔ 16 % des patients déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.

➔ Le retard de recours aux soins est plus fréquent avec l'avancée en âge des patients, chez ceux vivant dans des conditions précaires (SDF et squats) et chez les étrangers présents en France depuis moins d'un an.

En 2015, plus d'un tiers (38,5 %) des patients reçus en consultation médicale présentaient, selon l'appréciation des médecins, un retard de recours aux soins et 32 % nécessitaient des soins urgents ou assez urgents.

Par ailleurs, 16 % des patients accueillis dans les Caso ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. Le renoncement aux soins est plus fréquent chez les femmes et chez les étrangers en situation irrégulière. Dans près de 9 cas sur 10, les personnes ayant renoncé à des soins évoquent un obstacle financier. Rappelons à ce titre que la très large majorité du public accueilli dans les Caso ne dispose pas de couverture maladie. Ces résultats sont confirmés par ailleurs dans des études qui mettent en évidence que le renoncement aux soins est avant tout motivé par l'absence de couverture maladie, les difficultés financières ou au fait que les problèmes de santé sont relégués au second plan dans un contexte ou la priorité consiste à trouver un toit ou de quoi s'alimenter *[Masullo 2006, Desprès 2013]*.

« 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 2 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 euros, 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. »

[Grenoble, 2013]

Face à ces résultats, un des facteurs décisifs à l'accès aux soins est donc bien l'existence d'une assurance maladie et son degré de couverture. Si la loi de 1998 portant la création de la CMU[46] 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.

À ce titre, MdM est particulièrement préoccupé par la réforme récente de la Sécurité sociale[47], portant création de la PUMa, qui rend l'accès et la continuité des droits plus difficiles pour les étrangers *(cf. encart)*.

TABLEAU 22 : RETARD DE SOINS, RENONCEMENT AUX SOINS, REFUS DE SOINS ET SOINS URGENTS OU ASSEZ URGENTS DES PATIENTS REÇUS EN CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2015

	%	n
Retard de recours aux soins	38,5	3 306
Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois	15,8	1 736
A subi un refus de soins	3,3	324
Soins urgents ou assez urgents	32,0	3 643

Taux de réponse : Retard aux soins : 39,5 % ; Renoncement aux soins : 50,5 % ; Refus de soins : 44,8% ; Soins urgents ou assez urgents : 52,4 %.

Les personnes qui recourent tardivement aux soins ou qui renoncent aux soins sont plus souvent atteintes d'une pathologie chronique, de fait ce sont eux qui nécessitent une prise en charge dans la durée. Enfin si on constate que la fréquence du retard de recours aux soins ne varie pas selon le sexe, force est de constater qu'elle augmente sensiblement avec l'âge et les conditions de vie des patients : les étrangers présents en France depuis moins d'un an ont une probabilité significativement plus élevée de présenter un retard de recours aux soins, tout comme les personnes vivant dans un squat ou un campement ou vivant à la rue *(tableau 23)*.

Ainsi, comme l'évoquent Desprès et al. dans un récent article, si « *l'accès aux soins des personnes précaires est largement déterminé par des facteurs économiques, ceux-ci se conjuguent à d'autres logiques explicatives et les masquent fréquemment* ». Les études montrent que le renoncement aux soins persiste souvent alors même que les obstacles financiers sont levés, mettant en évidence la dimension multifactorielle du renoncement (rapport au corps, représentations de la maladie, relations aux médecins…) *[Desprès 2013]*.

(46) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
(47) La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (LFSS) adoptée le 21 décembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2016 instaure la PUMa.

TABLEAU 23 : CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU RETARD DE RECOURS AUX SOINS DES PATIENTS AYANT EU UNE CONSULTATION MÉDICALE DANS LES CASO, 2015

	%	n	OR[1]
Ensemble des patients	40,9	2 544	
Sexe			
- Homme	40,1	1 490	1
- Femme	42,1	1 054	1,0[ns]
Âge			
- Moins de 20 ans	28,0	236	1
- 20-39 ans	41,3	1 356	1,9***
- 40-59 ans	44,9	728	2,2***
- 60 ans et plus	47,1	224	2,4***
Nationalité et durée de séjour			
- Français	39,9	123	1
- Étrangers < 1 an	40,9	1 795	1,4*
- Étrangers 1 an à < 3 ans	40,9	281	1,3[ns]
- Étrangers ≥ 3 ans	40,8	345	1,3[ns]
Logement			
- Personnel	37,2	197	1
- Hébergé	40,0	1 541	1,1[ns]
- Squat, campement	44,6	269	1,4**
- Sans domicile fixe	43,4	537	1,3*
Soins urgents ou assez urgents			
- Non	30,0	1 249	1
- Oui	62,8	1 295	4,0***

(1) Modèle réalisé sur 6 226 personnes reçues en consultation médicales pour lesquelles l'ensemble des variables du tableau ont été renseignées. Odds Ratio ajusté sur l'ensemble des variables du tableau.

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

LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMa) : UNE RÉFORME À DROIT CONSTANT ?

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (LFSS) adoptée le 21 décembre 2015 et entrée en vigueur le 1er janvier 2016 instaure la PUMa. L'objectif de cette réforme est de simplifier les démarches, de permettre une meilleure continuité des droits et garantir l'autonomie et la confidentialité dans la prise en charge des frais de santé.

Ainsi la PUMa remplace la CMU de base et dans son nouvel article L. 160-1, le code de la sécurité sociale indique : « *Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.* »

Cette réforme constitue une véritable avancée pour les Français. Cependant, même si le ministère affirme qu'il s'agit d'une réforme à droit constant, les étrangers en situation régulière, ont été omis dans la rédaction de ce texte (et de son décret d'application en cours de discussion) comme le dénonce le Défenseur des droits dans son récent rapport *[DDD 2016]*.

UN RISQUE DE RESTRICTION DES DROITS DES ÉTRANGERS EN FRANCE

Dès novembre 2015, MdM, avec l'ODSE, a mené une négociation intense avec la Direction de la sécurité sociale et le ministère de la Santé afin de réduire au maximum les dégâts que pourraient provoquer le décret d'application de la PUMa définissant la régularité du séjour et la durée d'ouverture des droits à l'assurance maladie.

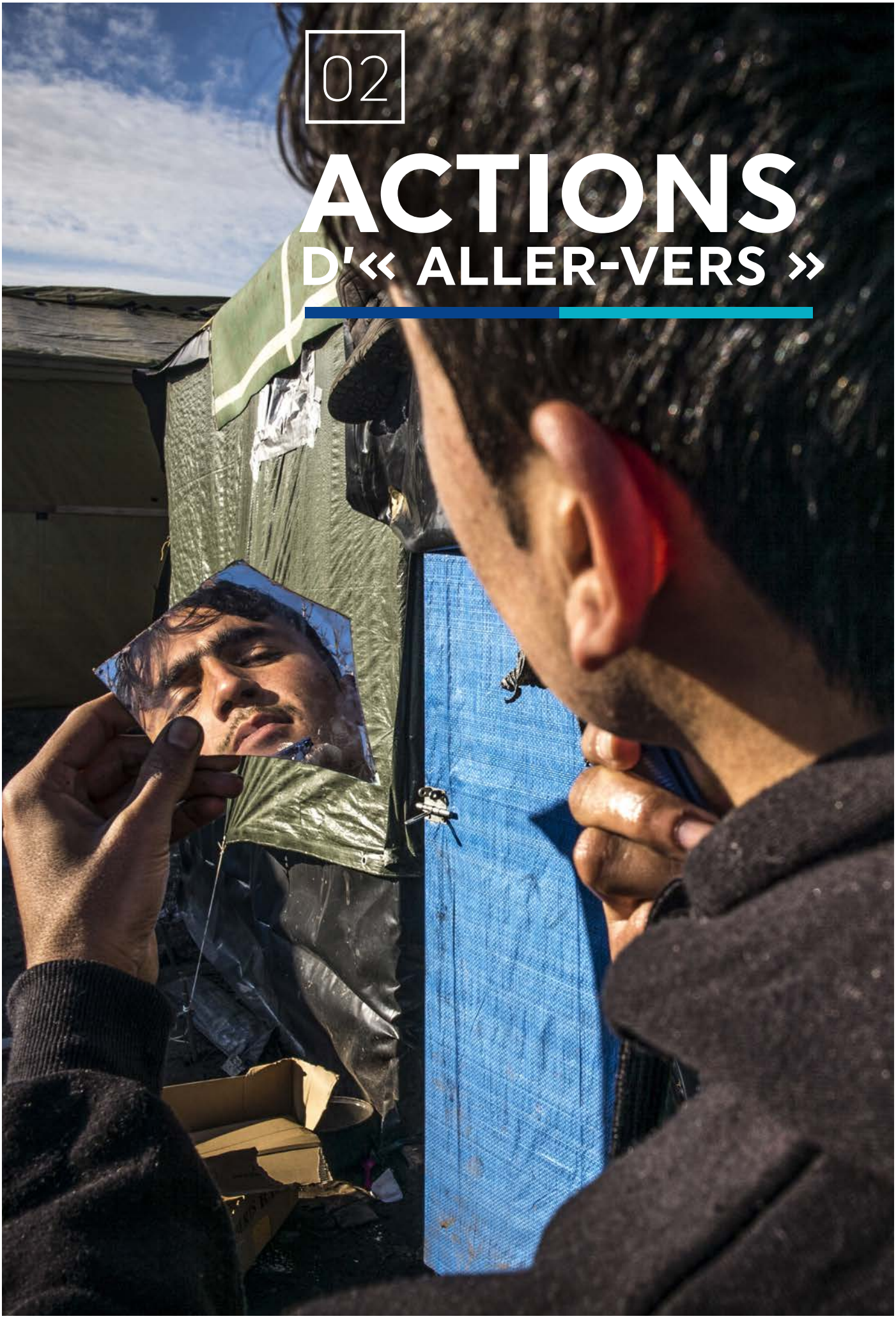
En effet, les personnes concernées risquent d'avoir de grandes difficultés à démontrer la régularité de leur séjour : le décret instituant une liste limitative de titres de séjour qui ne correspondent pas aux pratiques des préfectures ; ces dernières (lors de demandes de renouvellement notamment), remettent très souvent des documents hors norme, non prévu par les textes, parfois même seulement un Post-it avec une date de rendez-vous. L'impossibilité de démontrer ses démarches de renouvellement aux caisses pourrait conduire à des ruptures de droits.

D'autre part, le dispositif qui assurait une ouverture des droits pour une période incompressible d'un an a été supprimé dans la loi, malgré les nombreuses alertes associatives : si une formule adéquate rattrapant cette suppression n'est pas inscrite dans le décret d'application, cela pourrait avoir des conséquences désastreuses pour les étrangers en possession de titres de séjour de courte durée (soit près de 700 000 personnes sur les 3,8 millions d'étrangers en France). Les caisses seraient en effet conduites à accoler la période d'ouverture des droits à celle du titre de séjour, ce qui conduirait à des ruptures de droits lors des renouvellements ou à des non-ouvertures de droits vus les délais de traitement. Au jour où nous écrivons ce rapport, la dernière version du décret qui mettra en œuvre la PUMa semble avoir intégré une « non-fermeture des droits dans les 12 mois suivant l'expiration du droit au séjour ». Reste à ce que ce décret soit présenté en Conseil d'État et mis en œuvre de façon homogène par les textes.

MdM et l'ODSE seront vigilants sur la finalisation de ce texte et continuent à militer en faveur d'une réforme législative lors de l'adoption de la LFSS pour 2017 par exemple, afin que ces principes protecteurs des étrangers – en situation régulière – ne soient plus seulement inscrits dans un décret mais dans la loi.

02

ACTIONS D'« ALLER-VERS »



1. RÉDUCTION DES RISQUES ET DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE

ACTION AUPRÈS DES PERSONNES INCARCÉRÉES : UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE

LES POINTS ESSENTIELS

➔ En 2015, 122 interventions ont été réalisées en milieu carcéral permettant de rencontrer 278 personnes.

➔ Un accès aux soins qui reste complexe ; des difficultés liées à la confidentialité, au manque d'information, à l'infantilisation, à la gestion du temps des détenus.

Au 1er janvier 2016, l'administration indique que 76 601 personnes sont sous écrou en France[48].

Les connaissances épidémiologiques sur la santé de la population carcérale française sont rares mais témoignent d'une surreprésentation de toutes les addictions, des troubles mentaux et des maladies infectieuses en particulier *[Godein-Blandeau 2014]*. Les personnes incarcérées sont en moins bonne santé que la population française lors de leur entrée en prison. Elles présentent un état de santé fragilisé en raison d'un faible accès et recours aux soins. Par ailleurs, les difficultés préalables à l'incarcération peuvent être majorées par des conditions de détention potentiellement pathogènes : surpopulation, confinement, manque d'hygiène, sédentarité ajoutées au vieillissement progressif de la population carcérale.

Depuis 1994, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu pénitentiaires relèvent du ministère de la Santé. La loi du 18 janvier 1994[49] a pour ambition de garantir aux personnes détenues une *« qualité et une continuité de soins [en prison] équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population* » mais de nombreux obstacles persistent.

La prison apparaît comme un lieu de contradictions :
- entre des enjeux de sécurité et un respect des libertés et des droits individuels fondamentaux ;
- entre une prison qui « rend malade » et une médecine confrontée à une exigence de soins ;
- entre le sens de la peine fondée sur la responsabilité et l'incarcération de personnes présentant des maladies mentales.

Fin 2014, MdM a commencé à intervenir au sein du centre pénitencier de Nantes (avec les femmes de la maison d'arrêt et les hommes du centre de détention de Nantes). L'objectif du programme est de promouvoir la santé et améliorer l'accès aux soins et aux droits des personnes incarcérées dans une démarche communautaire. Le programme a été construit dès le départ en collaboration étroite avec l'administration pénitentiaire et les équipes médicales (UCSA, SMPR, CSAPA). L'action vise à renforcer les capacités des détenu(e)s en matière de santé, à sensibiliser les acteurs intervenant auprès des détenus (notamment les surveillants), hors personnel médical, aux enjeux de santé, à organiser une prise en charge adaptée avec les acteurs médicaux et sociaux et avec les détenus et à humaniser la prise en charge des détenu(e)s lors des examens et soins dispensés à l'hôpital afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Pour ce faire, MdM propose des ateliers de travail, des entretiens collectifs et individuels, fait de l' « aller-vers » en promenade, mène des actions de prévention et de promotion de la santé conjointement avec les équipes médicales, propose un accompagnement lors des permissions médicales et en 2016 devrait pouvoir intervenir lors des hospitalisations en chambre sécurisée.

L'équipe a mis volontairement en place un programme susceptible d'évoluer en fonction des questions de santé qui émergeront et des besoins verbalisés par les personnes détenues. Les personnes rencontrées en milieu carcéral peuvent devenir bénévoles sur le programme si elles le souhaitent, impulsant une dynamique dedans/dehors.

« J'ai travaillé pratiquement un an avec MdM (...). La première réunion que j'ai eue avec eux, (...) ils nous ont clairement dit que

(48) Ministère de la Justice. « Chiffres clés » : http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041
(49) Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

le programme était intéressant que si nous on bossait avec eux parce que les vrais problèmes il y a que nous qui pouvons les rapporter (...). On est les premiers témoins de ce qui peut se passer dans le milieu carcéral. Médecins du Monde, ce n'est pas de nous soigner, (...), c'est améliorer l'accès aux soins. Moi le programme, il m'a tellement plu, parce que je l'ai tellement vécu ce manque d'accès aux soins. Le programme m'a tellement touchée que j'ai envie de continuer sur le programme, c'est pour ça que je suis bénévole aujourd'hui à Médecins du Monde ».

[Nantes, 2015]

L'objectif est de travailler à l'élaboration de pistes d'amélioration adaptées et conçues par l'ensemble des « communautés » concernées.

PROBLÈMES IDENTIFIÉS IMPACTANT LA SANTÉ

En 2015, l'équipe a réalisé 122 interventions en milieu carcéral et a rencontré à cette occasion 278 personnes dont 75 femmes.

Conditionné par une demande écrite, l'accès aux soins reste complexe en milieu carcéral. L'absence de permanences médicales la nuit et les week-ends et les délais d'attente pour les soins spécialisés sont les problèmes fréquemment évoqués par les détenus rencontrés par MdM.

Par ailleurs, l'expression des personnes détenues est limitée et peu valorisée comme le dénonce, entre autre, un rapport de l'Assemblée nationale de 2000 qui indique que « *les personnes détenues sont déresponsabilisées et infantilisées* » *[Mermaz 2000]*. De fait, les besoins en matière de santé sont rarement exprimés.

Enfin, on constate des contradictions et une articulation difficile entre les enjeux de santé et les enjeux de sécurité, lors des extractions médicales ou au sein des chambres sécurisée à l'hôpital, pouvant mettre en péril le secret médical. Les atteintes à l'intimité et au secret médical sont fréquemment soulignées par les détenus, expliquées par la présence de surveillants pendant les consultations. À ce titre, le Comité d'éthique[50] a d'ailleurs souligné que *« la présence d'escortes dans les chambres et les couloirs d'hôpital, lors d'examens et de consultations, ainsi que le maintien des entraves et des menottes constituent incontestablement une humiliation et un traitement inhumain et dégradant, mettent en péril la relation de confiance entre le médecin et le malade, élément essentiel de l'acte médical, et peuvent porter atteinte à la qualité de l'examen médical et des soins* ».

« J'allais souvent en extraction[51] et de fait, parfois, je refusais les soins, parce que l'on me regardait, cela me mettait mal à l'aise. Même pour mes poumons, j'ai refusé. On met un peu notre santé en danger. Je me suis sentie en danger et plusieurs personnes ici refusent l'extraction médicale à cause de cela ».

[Nantes, 2015]

UN ENJEU À TRAVAILLER ENSEMBLE

Au cours des différents échanges menés, les personnes détenues ont ainsi évoqué à plusieurs reprises des difficultés liées à la confidentialité, au manque d'information, à l'infantilisation, à la gestion du temps (accessibilité, retour de résultats d'analyse), à la permanence des soins, etc. Le rapport aux professionnels de santé est également évoqué : le fait de rencontrer une infirmière plutôt qu'un médecin lors des rendez-vous est considéré comme un « manque de respect » vis-à-vis des problématiques qui peuvent être soulevées par la personne.

« On n'est pas à l'aise, on n'ose pas poser des questions au médecin. Ils nous consultent vite pour se débarrasser de nous, comme on est détenu, ils s'en foutent un peu. On n'a pas une consultation de qualité comme à l'extérieur. À l'intérieur, quand on demande un rendez-vous avec un médecin, on est reçu par une infirmière qui nous prescrit du doliprane. Ben c'est bon, le doliprane on en a marre. [L'infirmière] n'est pas qualifiée pour savoir si je suis malade ou pas. Le médecin, je ne le vois pas souvent. »

[Nantes, 2015]

L'enjeu est alors de créer des espaces de rencontres avec les équipes médicales et/ou l'administration pénitentiaire. Les personnes détenues vont pouvoir en effet investir ce temps pour partager des préoccupations et nommer des problèmes d'accès aux soins soulevés par les détenu(e)s tout en entendant les difficultés et contraintes rencontrées de part et d'autres. À l'issue de ces échanges, des solutions adaptées peuvent émerger, permettant de mieux garantir l'accès aux droits et aux soins.

La situation est complexe pour l'ensemble des « communautés » concernées. MdM a dès le départ construit un axe de travail avec les surveillants car même si depuis 1994 les responsabilités sont distinguées, ils ont de fait un rôle crucial dans l'articulation de la relation entre la personne détenue et le soignant.

(50) Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. « La santé et la médecine en prison » (avis N°94).
(51) Déplacement d'un prisonnier en dehors du centre pénitencier (pour raison médicale, juridique, etc.) pour une durée déterminée, sous l'autorité du responsable de l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs comme le souligne le rapport du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *« [...] chargé d'assurer la sécurité et d'appliquer les mesures disciplinaires, de pratiquer des fouilles humiliantes sur des prisonniers nus, de participer à la protection de la santé et à l'accès aux soins, et de jouer un rôle dans la réinsertion, le plus souvent sans formation adéquate et sans consignes claires sur ces différentes fonctions, confronté à la « folie » d'un grand nombre de détenus, souvent méprisé par la société, le surveillant est placé dans une situation de confusion et de perte de repères sur le sens même de son métier* ». La dévalorisation du métier de surveillant et l'ambiguïté de ses fonctions impactent nécessairement les personnes détenues et on peut concevoir un lien étroit entre la souffrance du personnel et celle des personnes incarcérées.

La démarche communautaire *(cf. encart)***, même si elle n'est pas aisée, ni évidente pour la plupart des acteurs, a toute sa place en milieu carcéral. Elle constitue la base d'une reconnaissance de la citoyenneté de la personne détenue qui fait cruellement défaut encore en 2015, malgré les alertes de nombreux rapports depuis près de 20 ans.**

LA DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE

Il y a une démarche communautaire lorsque les membres d'une même collectivité réfléchissent sur leurs problèmes et participent ensemble à la mise en place des solutions pour y répondre.

Cette démarche s'appuie sur ce qu'on appelle l'*empowerment*, l'émergence des capacités ; elle va permettre à chacun grâce au groupe de pouvoir retrouver des capacités et les exprimer.

Dans le cadre du programme en milieu carcéral, nous avons initialisé un travail communautaire sans que les personnes détenues soient demandeuses. Il s'agit dès lors, pour retrouver une dynamique ascendante, de faire prendre conscience (des mécanismes, des contraintes, de l'implication qui pèsent sur eux, de leur pouvoir...) à cette population de la nature collective de ses problèmes avant ou pendant que l'on imagine avec elle les ou des solutions collectives qui en découlent. La grande difficulté est alors de ne pas rester dans une sorte de « cahier de doléances » et de réduire le groupe à une somme d'identités négatives.

Notre approche pragmatique est surtout créatrice d'un lien de confiance et protectrice de la parole. Elle s'appuie sur la valorisation des qualités et ressources.

Le lien de confiance se crée dans un travail de proximité sans jugement où nous abandonnons pendant un temps notre qualité de professionnels. Il est sous tendu par la recherche d'égalité de la place de chacun des participants pour assurer la reconnaissance de la force du travail commun d'une part et recherche une équité dans les réponses proposées. Cette posture est fondatrice du lien.

Ainsi, quelles que soient les personnes concernées, il se crée progressivement l'espace qui permet l'émergence de la parole.

La protection de la parole, libérée, respectée voire sanctuarisée, permet à ces hommes et ces femmes de retrouver une dignité, de réfléchir, proposer et concevoir.

MdM se veut acteur du changement. La démarche communautaire est sans doute le moyen le plus cohérent pour initier ce changement social.

LA RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES[52]

LES POINTS ESSENTIELS

➔ L'analyse de drogues : un outil de réduction des risques unique en France qui va au-delà de la remise de résultats et offre un espace de parole aux usagers.

➔ Une diminution de plus de 40 % des pratiques à risques de transmission du VHC et des complications liées à l'injection (abcès,etc.) grâce aux sessions d'éducation (Erli).

En France, la substance illicite la plus consommée reste de très loin le cannabis, aussi bien chez les adolescents que chez les adultes. En 2014, on estimait à 4,6 millions le nombre de personnes ayant consommé du cannabis au moins une fois dans l'année et à 1,4 million le nombre d'usagers réguliers[53]. 5,6 % des adultes ont expérimenté la cocaïne et 1,5 % ont expérimenté l'héroïne *[OFDT 2015]*. L'usage de drogues induit des risques infectieux et non infectieux. Le risque infectieux (VIH/sida, hépatites, infections bactériennes, etc.) est inhérent aux voies d'administration des substances (l'injection mais aussi le sniff ou la voie fumée par partage d'outils de consommation) ; le risque non infectieux peut être induit par la nature même de la substance (dommages somatiques, psychiques, surdoses) ou les conséquences secondaires de leurs usages (dommages sociaux).

Bien souvent, les consommateurs de produits sont stigmatisés et pénalisés[54] en raison de leurs pratiques ; ce qui les expose plus que d'autres à ces risques sanitaires *[OFDT 2015]*. Selon une étude de 2011, la prévalence du VHC chez les usagers de drogues injectables est estimée à 44 %. Les usagers de drogues constituent également une population à risque vis-à-vis de l'infection du VIH, dont la prévalence serait 28 fois plus élevée parmi les personnes qui s'injectent des drogues *[Jouffret-Roustide 2016]*.

Depuis 1987, avec l'ouverture du 1er centre de dépistage anonyme et gratuit, MdM intervient auprès des usagers de drogues afin qu'ils aient les moyens de se protéger, en limitant 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. Les approches ont pour but d'intervenir avec les usagers, au plus près de leurs pratiques et en s'appuyant sur leur expertise *(cf. encart)*.

LA RÉDUCTION DES RISQUES (RDR)

La réduction des risques est une approche fondée sur des risques qui ne sont pas limités à une exposition accrue au VIH ou aux hépatites B et C. Ces derniers s'envisagent globalement en termes de répercussions sanitaires, sociales et économiques, et prennent en compte l'impact de la maladie sur les individus, dans les communautés et dans l'ensemble de la société.

La réduction des risques repose sur le non-jugement de l'autre et l'acceptation des différentes pratiques et « modes de vie » des personnes rencontrées. Au-delà de leur pertinence en termes de santé publique, nos programmes de réduction des risques ont pour objectif de contribuer au développement d'une réponse communautaire. C'est-à-dire qu'ils visent le renforcement des capacités et l'autonomisation par la participation active des groupes bénéficiaires, à la fois pour définir les réponses de santé et pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion dont ils sont l'objet.

C'est dans ce cadre que MdM intervient depuis près de 30 ans auprès des usagers de drogues et des personnes qui se prostituent, avec des projets de réduction des risques.

Dans les années 1990, l'association est intervenue en milieu festif, et depuis 2004 dans les squats, pour discuter des pratiques de consommation des drogues, proposer d'analyser les produits consommés et mettre à disposition du matériel de réduction des risques (kits d'injection, d'inhalation, préservatifs, flyers, etc.). La composition des drogues étant 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 (CCM[55]) en complément du dispositif de veille sanitaire Sintes (Système d'identification national des toxiques et substances) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Ce dispositif, mis en place depuis 1999 et coordonné par le programme XBT, constitue un outil de réduction des risques unique en France qui va bien au-delà de la remise de résultats, en offrant un espace de parole aux usagers, au cours d'entretiens pré et post-analyse, leur apportant des informations (effets, méfaits, gestion de l'usage...) favorisant le développement de stratégies de consommations à moindre risque, co-construites avec les personnes. Le fait

(52) Avec le mot « drogues », nous faisons référence ici à l'usage de produits illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, etc.) ou de produits licites dont les usages sont détournés (médicaments injectés par exemple).
(53) L'usage régulier est défini par au moins 10 prises dans les 30 derniers jours.
(54) Le cadre légal français définissant et réprimant les infractions à la loi sur les stupéfiants (ILS) est l'un des plus répressifs d'Europe. Il s'agit de la loi n°70-1320 du 31/12/1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses qui a instauré l'incrimination du simple usage et définit des sanctions pénales réprimant cette infraction (art L. 3421-1 alinéa 1 du code de la Santé publique qui définit et réprime l'usage illicite de stupéfiants).
(55) 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.

de discuter librement et sans jugement des pratiques, des effets des produits et du niveau de consommation permet à la personne d'améliorer son niveau de connaissance des risques et de leur gestion. Depuis 2009, MdM travaille au transfert de ce dispositif vers les structures de droit commun telles que les Caarud, les Csapa ou les associations d'auto-support et d'intervention en milieu festif.

En 2010, un programme novateur, et terrain de recherche[56], 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'objectif de ce programme est de réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (problèmes infectieux, overdoses, détérioration du capital veineux, etc.) par l'éducation individuelle et pratique aux risques liés à l'injection de drogues. Lors de séances de suivi individualisé organisées dans un espace dédié, les intervenants observent et repèrent les pratiques à risques et les facteurs de vulnérabilité des usagers et proposent des alternatives et des conseils pour faire évoluer avec les usagers leurs pratiques. Depuis le démarrage du programme, plus de 140 séances d'analyse des pratiques ont été réalisées par les équipes pour une cinquantaine d'usagers. 80 % d'entre eux sont des hommes, l'âge moyen est de 33,5 ans. Le sujet le plus discuté lors de ces rencontres reste la recherche et la préservation des veines, les techniques et l'alternance des points d'injection.

L'évaluation du projet[57], publiée en 2014, a mis en évidence un bénéfice significatif des sessions d'éducation telle qu'une diminution de plus de 40 % des pratiques à risques de transmission du VHC et des complications au point d'injection dans le groupe suivi par rapport au groupe témoin.

Les usagers rencontrés sur le programme Erli font face à de nombreux obstacles en termes d'accès aux droits et aux soins. Ces obstacles sont souvent la conséquence d'une forte stigmatisation ainsi que des politiques publiques et du cadre législatif français qui les poussent à prendre des risques supplémentaires pour leur santé. En effet, les injections dans les toilettes publiques, les parkings ou les cages d'escalier sont courantes et sources de risques sanitaires. De plus, il est important de préciser que les « lieux privés » utilisés pour l'injection recouvrent des réalités très diverses (squats, camions aménagés, etc.) qui ne permettent pas toujours aux personnes de bénéficier d'un environnement adapté pour leurs pratiques (absence d'accès à l'eau, à l'électricité…). Ces constats sont autant d'arguments positifs en faveur de la création des salles de consommation à moindre risque.

À ce titre, 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 première 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 recommandé qu'un tel projet soit inscrit dans une loi pour une meilleure sécurisation juridique[58], l'association Gaïa Paris et MdM demandent au gouvernement de mettre en place dans les plus brefs délais un dispositif juridique adapté permettant le démarrage d'une telle expérimentation. **Après plus de 2 ans d'attente, MdM salue la mise en place à titre expérimental de salles de consommation à moindre risque prévue par la loi de modernisation du système de santé adoptée en janvier 2016. Des salles de consommation devraient ouvrir leurs portes à Paris, Bordeaux et Strasbourg au cours de l'automne 2016.**

Cette même loi de santé permettra par ailleurs d'inscrire définitivement le dispositif Erli dans le droit commun et de lui conférer une envergure nationale en l'autorisant dans tous les Caarud du territoire. Il s'agit d'une véritable victoire et d'un aboutissement du travail effectué depuis de nombreuses années par les professionnels et bénévoles de la réduction des risques en France.

> **En matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues, les initiatives successives prises par MdM et ses partenaires sont parfois apparues dans un contexte sociopolitique peu favorable, mais ont fait la preuve de leur efficacité et ont souvent fini par être transférées dans le système de santé de droit commun. MdM se félicite que la Loi de santé adoptée en 2016[59] ait inscrit l'analyse de drogues comme l'un des éléments à mettre en œuvre dans les programmes de réduction des risques[60], que le dispositif Erli puisse être déployé dans les structures de droit commun et que des salles de consommation puissent ouvrir à titre expérimental.**
>
> **MdM insiste sur la nécessité de replacer l'expertise de santé publique au cœur de la politique des drogues en France et demande que les pourvois exécutifs et législatifs :**
>
> - **Mettent immédiatement fin à la caractérisation d'infraction pénale pour :**
> - **L'usage de substances contrôlées en dehors du cadre légal et règlementaire actuel ;**
> - **L'acquisition, la détention ou le transport de ces substances lorsqu'elles sont destinées à l'usage exclusif de la personne concernée ;**
> - **Les infractions associées à l'usage illicite.**
> - **Engagent un chantier législatif pour définir un nouveau cadre légal et réglementaire autorisant et encadrant la mise à disposition et l'utilisation de substances contrôlées pour des usages non médicaux.**

(56) Le projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action menée par MdM en partenariat avec l'UMR912-Sesstim et l'ANRS.
(57) Évaluation réalisée en partenariat avec l'association Aides, une équipe de chercheurs du Sesstim et financée par l'ANRS.
(58) Estimant ce dispositif contraire à la loi de 1970 pénalisant l'usage de drogues.
(59) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
(60) Article L3411-8 du code de la Santé publique « 5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.»

LA RÉDUCTION DES RISQUES AVEC LES PERSONNES PROPOSANT DES SERVICES SEXUELS TARIFÉS

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, plus de 1800 personnes proposant des services sexuels tarifés ont été rencontrées par les équipes de MdM.
- Des personnes qui vivent en situation de grande précarité et doivent faire face à une pression quotidienne de la part des forces de l'ordre.
- Un contexte politique contreproductif pour la santé des personnes qui se prostituent.

Le travail du sexe recoupe des réalités très diverses aujourd'hui (prostitution de rue ou en intérieur, régulière ou plus occasionnelle, de façon contrainte ou autonome, dans des conditions relativement luxueuses ou dans une extrême pauvreté, etc.), qui rendent particulièrement difficile l'estimation du nombre de personnes pouvant être concernées. Les seules données disponibles proviennent des autorités en charge de la sécurité publique et portent essentiellement sur la prostitution « visible ». À ce titre, en 2014, l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTEH) donnait une estimation du nombre de personnes se prostituant en France entre 30 000 et 35 000[61] ; 85 à 96 % seraient des femmes, 10 % des hommes et 5 % des personnes transgenres. La majorité des personnes se prostituant en France seraient d'origine étrangère.

La situation de vie quotidienne de ces personnes est souvent précaire, en termes de logement, de couverture maladie et d'isolement social.

> *« Parfois dans la rue, on nous reconnaît et nous demande combien c'est la passe, on a honte (…) on n'ose pas aller chez le médecin ou ailleurs car quand on leur dit ce que l'on fait, leur regard change. On ne dit pas qu'on travaille dans la rue. »*
>
> **[Rouen, 2015]**

Si leur situation sanitaire est particulièrement mal connue du fait de l'absence d'étude épidémiologique, il est reconnu qu'elles sont confrontées à des risques sanitaires spécifiquement liés à la pratique de la prostitution tels que VIH/sida, hépatites et autres infections sexuellement transmissibles, IVG et problèmes divers de santé sexuelle et reproductive. Par ailleurs, comme l'indique le rapport de l'IGAS *« les violences et leurs conséquences sanitaires constituent une autre catégorie de risques très souvent associée à la prostitution » [IGAS 2012]*. Ces violences, d'origines très diverses, peuvent être perpétrées par les clients, les proxénètes, les passants, les personnes prostituées entre elles, ou liées à l'environnement institutionnel *(cf. encart)*.

Il est reconnu que l'isolement et la clandestinité apparaissent comme des facteurs d'aggravation de ces risques alors même qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs et moyens de prévention *[IGAS 2012]*.

Enfin, on rencontre dans ces publics d'autres problèmes sanitaires qui sont indépendants de l'activité prostitutionnelle, mais reflètent plus largement les conditions de vie et d'environnement auxquelles les personnes se prostituant sont confrontées : troubles psychiques, alimentaires, usage de produits psychoactifs, etc.

Ces personnes sont souvent dans la méconnaissance de leurs droits et des structures d'accueil et de soutien existantes. Nombre d'entre elles sont confrontées à la barrière de la langue qui peut être particulièrement problématique pour entreprendre. Les procédures administratives qui leur permettraient l'accès aux droits et aux soins. **De fait leur santé est souvent négligée.**

Dans ce contexte, il est nécessaire que les personnes soient informées de leurs droits et que leur accès à une couverture maladie et aux structures de soins soit facilité.

MdM mène depuis 2000 des actions auprès des personnes proposant des services sexuels. Cinq programmes[62] ayant pour objectif de réduire les risques liés aux pratiques du travail sexuel sont actuellement en place. Leurs actions consistent à « aller vers » les personnes afin d'assurer une écoute attentive, de faciliter l'accès aux droits et aux soins, de prévenir et réduire les risques et, en s'appuyant sur les compétences des personnes et sur la réalité de leurs pratiques, de renforcer leurs connaissances en matière de prévention primaire et secondaire, en particulier sur les risques liés à la transmission des infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur les risques liés aux violences. L'orientation médicale, juridique, sociale et professionnelle (vers les lieux d'apprentissage du français par exemple) fait également partie des objectifs. En 2015, ces programmes ont enregistré plus de 28 000 passages pour plus de 1800 personnes. Les caractéristiques sociodémographiques des personnes se prostituant varient fortement selon les villes (en termes de nationalité et d'âge). Ces personnes vivent en situation de grande précarité et doivent faire face à une pression quotidienne de la part des forces de l'ordre. En effet, les contrôles d'identité quotidiens ont entraîné chez certaines une pression psychologique de plus en plus forte, difficile à gérer.

À ce titre la loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel adoptée définitivement le 6 avril 2016 vient nuire au travail des équipes sur le terrain et risque d'avoir un impact non négligeable sur la santé des personnes concernées *(cf. encart)*.

(61) Ces dernières estimations ont toutefois été réalisées avec l'objectif de prendre en compte la prostitution moins visible via des annonces sur Internet ou *indoor*, mais restent à interpréter avec précaution.
(62) Paris, Montpellier, Rouen, Nantes, Poitiers.

MdM alerte sur le fait que le contexte politique national et international, la crise de l'accueil des migrants et les politiques qui l'encadrent et les mesures législatives actuelles qui vont à l'encontre des intérêts des travailleur/ses du sexe sont autant de leviers pour mettre en place un parcours non pas de sortie mais plutôt d'entrée dans la prostitution.

Une politique fondée sur le respect des droits humains et soucieuse de la santé publique doit viser à lutter contre toute forme d'exploitation mais doit également garantir le respect de la dignité, les droits et la santé des personnes qui se prostituent. MdM sera particulièrement vigilant pour que le dispositif d'aide à la sortie de la prostitution ne soit pas seulement un effet d'annonce.

UN CONTEXTE POLITIQUE CONTREPRODUCTIF POUR LA SANTÉ DES PERSONNES QUI SE PROSTITUENT

En 2015, le débat sur la prostitution a été au cœur de l'actualité en raison de la discussion à l'Assemblée nationale puis au Sénat du texte de loi pour renforcer la lutte contre le système prostitutionnel, réforme juridique initiée en 2011.

Cette loi, définitivement adoptée le 6 avril 2016, prévoit l'abrogation du délit de racolage public instauré en 2003, ce qui était réclamé par l'ensemble des associations impliquées mais instaure parallèlement la pénalisation du client et propose un dispositif pour faciliter le parcours de sortie de la prostitution à ceux/celles qui le souhaitent.

La pénalisation des clients est dénoncée par plusieurs associations qui considèrent, à partir de leurs constats de terrain et de ceux observés dans les pays où cela existe déjà, qu'elle aura des conséquences délétères sur les personnes qui se prostituent et en particulier pour les plus précaires d'entre-elles.

Celles-ci devront exercer dans une plus grande clandestinité afin que leurs clients ne puissent pas être repérés. La pénalisation risque de favoriser le développement d'une prostitution dans des lieux plus isolés, ou par le biais d'Internet, ce qui rendra l'exercice de la prostitution encore plus dangereux en termes de santé et de sécurité et le travail des associations bien plus compliqué.

« […] Les clients nous demandent aussi de les suivre dans les lieux qu'eux connaissent, qu'eux trouvent sécurisés mais nous pas. Ces lieux sont loin de là où nous travaillons […]. On travaille plus tard. Même la police s'inquiète des propositions des clients d'aller plus loin, ils nous disent de ne pas les suivre. »

[Montpellier, 2015]

« […] On refuse de travailler sur Internet [parce qu'on] on ne sait pas qui vient, on ne les voit pas. C'est plus facile de choisir les clients dans la rue, sur Internet, tu ne sais pas. »

[Montpellier, 2015]

Il est probable que cette loi provoque également une plus grande précarité pour les personnes se prostituant du fait d'une raréfaction des clients sur les lieux habituels de travail des personnes. Cette pression économique risque de conduire les personnes à travailler plus longtemps et plus tard dans la nuit, et à accepter des clients ou des pratiques qu'elles auraient auparavant refusées augmentant ainsi les prises de risques. Le pouvoir de négociation avec le client sera réduit, ce qui ne permettra plus à la personne proposant des services sexuels tarifés « d'évaluer » le client en face d'elle et de fixer clairement les conditions du rapport, la nature et le prix de la prestation sexuelle. Par ailleurs, comme constaté dans les pays où la pénalisation des clients existe et selon les constats terrain depuis le vote de la loi en France, les clients qui affrontent le risque de la pénalisation sont souvent ceux qui sont prêts à tout, y compris des violences envers les travailleurs du sexe. Cela s'ajoute à cette plus grande clandestinité de la prostitution avec comme effet d'exposer encore plus aux violences les personnes se prostituant. Les clients éventuellement témoins de violence seront par ailleurs moins enclins à coopérer avec la police par peur d'être arrêtés.

La loi introduisant la pénalisation des clients ignore délibérément la réalité de terrain et le vécu des personnes concernées. Le « modèle » suédois, cité en référence par les partisans de la pénalisation, a d'ailleurs été vivement critiqué dans une série de publications du journal médical *The Lancet* en juillet 2014 *[Decker 2015]*. Qualifié de *« pire modèle qui puisse exister »* il s'est traduit par de graves violations de droits pour les personnes qui se prostituent et une exposition accrue aux violences et aux maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH. Ce bilan est d'ailleurs parfaitement en phase avec les nombreux avis rendus ces dernières années par les institutions nationales[63] et internationales[64].

MdM demande l'abrogation des lois qui pénalisent directement ou indirectement les personnes qui offrent des services sexuels tarifés en raison de leur activité. Les criminaliser entrave leur accès aux droits et aux soins, et va à l'encontre d'une politique de réduction des risques.

(63) CNS, Igas, CNCDH, DDD.
(64) Pnud, OMS, Onusida.

LES VIOLENCES SUBIES PAR LES PERSONNES SE PROSTITUANT : COMMENT ROMPRE LEUR SILENCE ?

Les rares études réalisées auprès des personnes se prostituant pointent toutes des taux de violences subies nettement supérieurs à ceux rencontrés en population générale *[Fnars-InVS 2012]*. En effet, les personnes proposant des services sexuels tarifés sont fortement exposées à la violence d'agresseurs, d'exploiteurs quand elles en sont victimes, mais également à de la violence institutionnelle. Ces violences sont bien souvent physiques mais également verbales et psychologiques. Elles ne sont pas inhérentes à l'activité de la prostitution en elle-même mais bien aux conditions dans lesquelles cette activité s'exerce.

> *« Je me suis fait agresser plein de fois sans jamais porter plainte. Les clients m'amènent loin de Rouen, demandent des passes gratuites, sans préservatifs. Un client m'a une fois attachée, bâillonnée, violée et frappée à la tête. Nous sommes traitées comme des chiens, des animaux. La police s'en fout, ils n'aident pas les gens comme nous, ça ne sert à rien d'aller se plaindre. Je ne leur fais pas confiance… »*
>
> **[Rouen, 2015]**

La stigmatisation et la pénalisation de leur activité compromet fortement l'accès aux droits et aux soins de ces personnes. Celles-ci constituent « une cible de choix pour des agresseurs convaincus de ne pas risquer grand-chose » *[Maffesoli 2016]*. Dans ce contexte, l'accès aux droits est un « parcours du combattant ». En effet, porter plainte est difficile pour ces personnes qui assimilent les officiers de police à des forces répressives (et non protectrices) puisqu'elles sont généralement pénalisées en raison de leur activité et de leur situation administrative irrégulière.

MdM lutte contre la criminalisation de la prostitution et s'engage pour faciliter et garantir l'accès aux structures de droit commun. Documenter et rendre visibles les violences est essentiel.

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

LES POINTS ESSENTIELS

→ En 2015, 30 991 personnes ont été concernées par les actions de prévention du VIH, des hépatites et autres IST menées dans le cadre du programme de prévention de MdM.

→ Plus de 2 000 personnes ont été dépistées pour le VIH et les hépatites à l'aide de tests classiques. La prévalence du VIH atteint 2,9 %, celle de l'hépatite B (Ag Hbs+) 10 %, celle du VHC (Ac Anti-VHC) 2,7 %.

→ La prévalence de la syphilis est particulièrement élevée (2,4 %).

Les populations migrantes et/ou en situation de précarité sont particulièrement vulnérables face aux pathologies infectieuses comme le VIH, les hépatites ou la tuberculose, et sont, pour la plupart, en grandes difficultés d'accès à la prévention.

En France, malgré une activité de dépistage particulièrement importante, le dispositif montre ses limites : en effet, on estime qu'environ 20 % des personnes vivant avec le VIH ignorent leur séropositivité, ainsi que 55 % des personnes porteuses du VHB et 43 % des porteuses du VHC *[Min. Affaires sociales et de la Santé 2014a & 2014b, InVS 2007]*. Récemment cependant, un modèle épidémiologique appliqué aux données de l'enquête 2004 sur les personnes de 18 à 80 ans non diagnostiquées pour une hépatite C chronique a permis d'en estimer le nombre à 74 102 en 2014, soit une baisse de 27 % par rapport à 2004 (100 868) *[Brouard 2015]*.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2013, 46 % sont de nationalité étrangère, dont les deux tiers d'Afrique subsaharienne. Les données de la dernière décennie concernant la population migrante montrent des résultats encourageants dans la mesure où le nombre et la proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité ont diminué[65] *[Cazein 2015]*. Mais le diagnostic de séropositivité reste souvent beaucoup trop tardif : selon l'étude ANRS-Vespa2, les migrants d'Afrique subsaharienne présentent un diagnostic à un stade tardif (sida ou CD4<200) dans plus d'un tiers des cas *[Dray-Spira 2013]*. Enfin, alors que l'hypothèse d'une contamination dans le pays d'origine a été longtemps privilégiée, l'étude Parcours *[Desgrées du Loû 2015]* montre au contraire qu'une grande proportion de ces migrants (entre 35 % et 49 % d'entre eux, les hommes plus fréquemment que les femmes) se contaminent en France.

Concernant l'hépatite C, les dernières estimations menées en population générale mettent en évidence une diminution de la prévalence (Ac Anti-VHC) en France de 0,84 % en 2004 à 0,75 % en 2011. Toutefois, les migrants restent particulièrement vulnérables avec une prévalence estimée à 1,83 %[66] *[Pioche 2016]*.

Pour l'hépatite B, la prévalence du portage chronique de l'AgHBs est estimée à 0,65 % en population générale, elle passe à 4,01 % chez les migrants nés en zone de forte endémicité comme l'Afrique subsaharienne ou l'Asie, selon l'étude de l'InVS de 2004 *[InVS 2007]*. Cette même étude met en évidence l'influence de la précarité sociale sur les hépatites : les prévalences du portage de l'AgHBs et des Ac anti-VHC étaient respectivement 3 et 3,5 fois plus élevées chez les bénéficiaires de la CMUc par rapport aux non-bénéficiaires.

Concernant les autres IST, les données issues des réseaux de surveillance des IST aboutissent en 2014 aux constats suivants : *« Chez les hommes homo-bisexuels, le nombre de syphilis récentes, d'infections à gonocoques et de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) continue à augmenter en 2014 en lien avec une progression des comportements sexuels à risque dans cette population. Chez les hétérosexuels, le nombre de syphilis récentes augmente depuis 2012 tandis que le nombre d'infections à Chlamydia semble se stabiliser. L'utilisation du préservatif reste insuffisante, en particulier lors des fellations qui sont un mode de contamination très efficace pour une syphilis ou une gonococcie. » [InVS 2016]*

L'ensemble de ces constats doivent inciter les acteurs sanitaires à accentuer les actions de prévention et notamment l'encouragement et l'adaptation des actions de dépistage (« aller-vers ») aux populations en situation de précarité et/ou migrantes.

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

En 2015, 22 équipes[67] ont mis en place un programme de prévention du VIH, des hépatites et autres infections sexuellement transmissibles auprès des publics qu'ils reçoivent[68]. Ces équipes proposent aux patients des entretiens de prévention individualisés ou des animations collectives et les orientent vers des Centre gratuit d'information, de

(65) La proportion de migrants parmi les découvertes de séropositivité est passée de 58 % en 2003 à 46 % en 2013.
(66) Cette estimation est à interpréter avec prudence, dans la mesure où celle-ci a été faite à partir des prévalences dans les pays d'origine.
(67) Les Caso de Paris, Saint-Denis, Lyon, Marseille, Rouen, Toulouse, Nice, Cayenne, Bordeaux, Strasbourg, Pau et Nantes. 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, 4 programmes auprès des usagers de drogues à Paris et Colombes (Erli), Bayonne, Toulouse et Marseille et 1 programme auprès des personnes vivant en bidonvilles et autres habitats précaires en Seine-Saint-Denis et Val d'Oise.
(68) 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 grâce au soutien de la Direction générale de la santé (DGS). La convention entre MdM et la DGS s'inscrit dans le cadre du code de la Santé publique, du programme national de lutte contre le VIH/Sida 2010-2014 et du plan national de lutte contre les hépatites virales B et C 2009-2012.

dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des laboratoires de ville ou des Centres d'examen de santé (CES). Ce sont ainsi 30 991 personnes qui ont été concernées par les actions de prévention en 2015.

Grâce à des partenariats avec certains CeGIDD et laboratoires, les résultats de plus de 2 000 sérologies pour le VIH et les hépatites ont été récupérés pour les patients de 6 programmes[69] *(tableau 24)*. Dans cette population, la prévalence du VIH est de 2,9 % versus 0,21 % en population générale en 2014 *[Cazein 2015]*.

Par ailleurs, depuis la mise en place en 2010 des TROD VIH, ce sont 3 765 tests qui ont été réalisés par 9 programmes[70]. La prévalence du VIH dans cette population était de 1,1 %. Il convient de noter que cette prévalence est bien inférieure à celle retrouvée lorsque le dépistage est proposé à l'aide de tests classiques. Ce résultat doit nous interpeller pour recentrer dans certains programmes (notamment les programmes mobiles) l'offre de dépistage à l'aide de Trod VIH aux populations les plus vulnérables *(cf. encart)*.

TABLEAU 24 : PRÉVALENCES DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C PARMI LES PATIENTS DÉPISTÉS DANS 6 PROGRAMMES DE MDM, 2015

	VIH	Hépatite B (Ag HBs+)	Hépatite C (Ac Anti-VHC)
Nombre de dépistages classiques	2 003	2 035	1 993
Prévalence (%)	2,9 %	10 %	2,7 %
Prévalence en population générale[1]	0,21 %	0,65 %	0,75 %

(1) Sources : *[Cazein 2015, InVS 2007, Pioche 2016]*

Les prévalences des hépatites B (Ag Hbs+) et C (Ac anti-VHC) parmi les patients orientés vers un dépistage classique sont respectivement de 10 % et 2,7 %, versus respectivement 0,65 % et 0,75 % en population générale *[InVS 2007, Pioche 2016] (tableau 23)*.

Par ailleurs, depuis la mise en place des Trod VHC en 2012, 766 dépistages ont été réalisés par 6 programmes, dont 2 auprès des usagers de drogues[71]. Les résultats indiquent une prévalence du VHC de 9 % parmi les usagers de drogues ; prévalence identique à celle retrouvée dans l'étude nationale auprès des usagers de drogues de moins de 30 ans *[Jauffret Roustide 2013]* et de 3,3 % parmi les personnes rencontrés dans les autres programmes, peu différente de celle retrouvée dans la population ayant réalisé un dépistage à l'aide de test classique.

L'ensemble de ces résultats vient ainsi conforter les recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH *[Min. affaires sociales et de la santé 2014(a)]* qui a maintenu sa recommandation de dépistage ciblé et régulier (en plus d'un dépistage large proposé par les médecins lors d'un recours aux soins des personnes sans test récent et dans des situations cliniques ou biologiques classiques devant amener un dépistage). Les populations dites spécifiques (populations en situation de précarité, populations des départements français d'Amériques, usagers de drogues par voie intraveineuse, personnes originaires d'une zone de haute prévalence, personnes proposant des services sexuels tarifés, etc.), sont pour une large part celles que nous recevons dans nos programmes. Ce même rapport préconise par ailleurs le développement du dépistage à l'aide des Trod, tout particulièrement en dehors des lieux traditionnels de dépistage.

Par ailleurs, le premier rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou C *[Min. Affaires sociales et de la Santé 2014(a)]* met en exergue quelques grands enjeux : les actions de prévention et de dépistage, les avancées thérapeutiques, l'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé notamment auprès des publics prioritaires que sont les usagers de drogues, les migrants, les personnes détenues. Les experts recommandent particulièrement de poursuivre aussi le dépistage ciblé des hépatites en fonction des facteurs de risque de contamination, d'y associer une information large de la population générale et des médecins généralistes et d'élargir le dépistage aux hommes de 18 à 60 ans et aux femmes enceintes dès la 1re consultation prénatale, d'associer la recherche des 3 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. Les recommandations de ce rapport sont suivies par un comité sous l'autorité du ministère de la Santé, comité auquel MDM participe.

MdM continuera à porter et à mettre en œuvre la nécessité d'adaptation des dépistages auprès des populations qui en ont le plus besoin : dépistages ciblés, outils tels que les Trods, actions hors les murs et démarche d'« aller-vers »…

LE DÉPISTAGE DES IST : DES BESOINS IMPORTANTS

Sur la période 2008-2015, 4 539 dépistages de la syphilis, 1 641 dépistages des chlamydias et 921 dépistages des gonocoques ont été réalisés auprès des patients fréquentant 5 de nos programmes[72] grâce aux partenariats établis avec des CeGIDD *(tableau 25)*. Ces partenariats se concrétisent le plus souvent sous la forme d'actions « hors les murs » des CeGIDD auprès des publics rencontrés à MdM.

(69) Les Caso de Lyon, Paris, Saint-Denis, le programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés à Paris ; les 2 programmes auprès des personnes sans domicile fixe d'Angoulême et de Metz.
(70) Les Caso de Bordeaux, Cayenne, Marseille, Rouen, Pau et Strasbourg, l'équipe de Metz, le programme de Bayonne auprès des usagers de drogues, le programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés à Paris.
(71) Les Caso de Bordeaux, Cayenne, Marseille et Pau, l'équipe de Metz et le programme de Bayonne auprès des usagers de drogues.

TABLEAU 25 : PRÉVALENCES DES IST PARMI LES PATIENTS DÉPISTÉS ENTRE 2008 ET 2015 DANS 5 PROGRAMMES

	Syphilis *(tous stades confondus)*	Chlamydias	Gonocoques
Nombre de dépistages	4 539	1 641	921
Prévalence (%)	**2,4 %**	**4,4 %**	**2,5 %**

Les résultats indiquent que la prévalence des chlamydias parmi les patients rencontrés sur les programmes de MdM est de 4,4 %, proche de celle retrouvée en 2009 dans les laboratoires de ville (3,8 %), mais nettement inférieure à celle retrouvée dans les CDAG (9,4 %) *[InVS 2011]*. En 2014, les dernières données du réseau Renachla retrouvaient un taux de positivité d'environ 7 % chez les hommes et les femmes, supérieur à la prévalence dans la population générale, estimée entre 1,5 % et 3 % par l'enquête Natchla de 2006. Il est possible que l'augmentation progressive de ce taux témoigne d'un dépistage plus ciblé vers des personnes plus à risque *[InVS 2016]*.

Concernant la syphilis, nous retrouvons une prévalence de 2,4 % sur l'ensemble des dépistages réalisés sur les populations fréquentant nos programmes. Cette prévalence atteint 4,1 % dans la population des personnes proposant des services sexuels tarifés et 1,9 % parmi les autres personnes accueillies sur les programmes de MdM (migrants en situation précaire, personnes sans domicile fixe, etc.). Ces prévalences sont très supérieures à celles retrouvées dans l'étude de 2002 réalisée dans les CDAG parisiens qui indique une prévalence de 0,29 % parmi les hétérosexuels multipartenaires et 2,62 % chez les homosexuels masculins *[Couturier 2002]*. Ainsi, ces chiffres confirment la vulnérabilité des publics rencontrés, particulièrement les migrants et les personnes proposant des services sexuels tarifés, face à ces pathologies.

On voit bien là tout l'intérêt de proposer un dépistage systématique des IST, souvent asymptomatiques, notamment aux femmes et aux populations en situations de précarité.

DE LA NÉCESSITÉ DE POURSUIVRE DES STRATÉGIES DE DÉPISTAGE À L'AIDE DES TROD DU VIH ET DES HÉPATITES

La méconnaissance 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 et 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. **Outils complémentaires aux tests de dépistage classiques existants et de réalisation simple, les Trod constituent une nouvelle opportunité de dépistage pour les personnes particulièrement éloignées du système de soins.**

L'étude Optiscreen[73] à laquelle le Caso de Paris a participé de 2011 à 2013 a montré l'intérêt des Trod VIH, VHB et VHC pour promouvoir le dépistage de ces infections dans les populations en situation de précarité : la phase III de cette étude a montré que le dépistage et le suivi des patients sont fortement améliorés dans le groupe de patients dépistés 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 en laboratoire (63,6 %) *[Bottero 2015]*.

L'usage des Trod VIH sur les programmes de MdM a démarré illégalement en 2010 en Guyane, face à un contexte d'urgence sanitaire dans ce département. Les Trod VHC ont quant à eux été proposés à partir de 2012 en dépit de l'absence d'autorisation légale de les utiliser, toujours face à l'urgence de santé publique chez les usagers de drogues en particulier. La Haute autorité de santé (HAS) a toutefois validé dès 2014 le recours aux Trod VHC dans le cadre du dépistage de l'hépatite C *[HAS 2014]*.

> **Après deux années d'attente, MdM se félicite de la parution dans le Journal officiel du 5 août 2016 *(N°0181)* de l'arrêté fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif. Dans une stratégie globale de réduction des risques, cela permettra aux personnels médicaux et non médicaux des structures de prévention sanitaire en France de proposer et pratiquer en toute légalité le dépistage rapide de l'hépatite C couplé à celui du VIH.**

(72) 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 2015, ce recueil concerne 5 programmes : les Caso de Lyon et Saint-Denis, le programme auprès des personnes proposant des services sexuels tarifés de Paris, les programmes auprès des SDF de Angoulême et Metz.
(73) Mise en place par l'équipe du service de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Saint-Antoine, dans le cadre d'un projet soutenu par l'ANRS et l'Inserm.

TRAITEMENT CONTRE L'HÉPATITE C : UN GRAND ESPOIR MAIS UN RÉVÉLATEUR DES DYSFONCTIONNEMENTS MAJEURS EN MATIÈRE DE PRODUCTION ET DE FIXATION DU PRIX DES MÉDICAMENTS.

La lutte contre l'hépatite C (VHC) connaît une véritable révolution avec l'arrivée des nouveaux antiviraux à action directe (AAD), qui combinés entre eux, permettent des taux de guérison spectaculaires. Ils représentent un grand espoir pour les personnes atteintes d'hépatite C et offrent une opportunité d'éradiquer le virus.

Mais cette nouvelle classe thérapeutique a aussi constitué un événement majeur en France dans la prise de conscience du prix souvent exhorbitant et non justifié des médicaments : en novembre 2014, au terme de négociations entre le laboratoire Gilead qui commercialise le sofosbuvir (Solvadi®), antiviral à action directe, et le comité économique des produits de santé (CEPS) a été négocié un prix de 41 000 € pour un traitement de trois mois, alors qu'il ne coûterait que 60 € à produire, selon Gotham et al. *[Gothan 2016]*. Le prix de vente des nécessaires combinaisons thérapeutiques oscille entre 44 000 et 66 000 € pour une cure de 3 mois.

Alors, pour la première fois depuis la création de la Sécurité sociale universelle en 1945, l'État a décidé de rationner l'accès à un traitement efficace pour des raisons uniquement budgétaires. Ainsi, le gouvernement a, pendant 18 mois, limité les prescriptions aux personnes ayant une fibrose du foie avancée (F2 dite sévère, F3, F4) et à certaines autres indications. Alors que pointent également des innovations en oncologie, nous avons aussi des raisons légitimes de nous inquiéter de cette logique financière qui conduit au rationnement.

Depuis plus de deux ans, face à ces enjeux éthiques et de santé publique, un collectif inter-associatif[74] dont fait partie MdM a régulièrement alerté les pouvoirs publics français sur des points de ruptures : rupture dans les principes de solidarité et d'universalité de l'accès aux soins, rupture dans les paradigmes économiques à l'œuvre dans le prix du médicament, rupture dans l'ampleur des coûts financiers pour la Sécurité sociale.

Lors de la dernière Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, le 25 mai 2016, la ministre de la Santé, Madame Touraine, a enfin annoncé des mesures fortes en faveur de la lutte contre l'épidémie, ce dont nous nous félicitons : concernant les indications de traitement, la ministre a signé en juin un arrêté d'extension des indications de mise sous traitement qui seront désormais proposés aux personnes dès le stade de fibrose F2 ainsi que, quel que soit le stade de fibrose, aux personnes dites « vulnérables », celles transplantées ou en attente de greffe. En septembre 2016, un nouvel arrêté devrait consacrer l'accès véritablement universel aux traitements. Sa mise en application fera l'objet de toute notre vigilance.

Concernant le prix du médicament, Madame Touraine a réaffirmé à cette occasion la volonté du gouvernement d'œuvrer pour une baisse des prix. Nos organisations appellent l'État depuis 2 ans à exiger un juste prix et à jouer son rôle de régulateur auprès des industriels. Nous avons proposé des pistes d'action concrètes : introduire la démocratie sanitaire dans les instances impliquées dans le circuit du médicament, activer le dispositif de la licence d'office[75], qui aurait permis de produire des versions génériques à un moindre coût. Nous n'avons pas été entendus !

Le 10 février 2015, MdM a déposé une opposition au brevet[76] sur le sofosbuvir auprès de l'Office européen des brevets (OEB). Si l'utilisation du sofosbuvir 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 suffisamment innovante pour mériter un brevet. C'est la première fois en Europe qu'une ONG médicale utilise cette voie pour tenter d'améliorer l'accès des patients aux médicaments. La décision finale est attendue début octobre 2016.

MdM a aussi déployé en juin 2016 une campagne au ton délibérément incisif pour dénoncer le prix révoltant des médicaments et alerter l'opinion publique sur le risque qu'il fait porter sur notre système de santé. La campagne entend expliquer le problème de fond et proposer des solutions, au-delà de la simple dénonciation.

MdM poursuit donc son combat, mené aussi à l'échelle européenne et mondiale à travers son réseau et ses partenaires, pour maintenir la solidarité et l'universalité dans l'accès aux soins et demande :

- que l'État protège l'intérêt de tous, préserve notre système de santé solidaire et intervienne pour faire baisser le prix des médicaments ;
- la transparence des coûts de recherche et développement ;
- un modèle alternatif au brevet pour financer l'innovation thérapeutique.

Cela implique que le gouvernement, dans une démarche ferme et volontariste, assume sa fonction de régulateur d'un marché à part : celui des produits de santé, qui est celui de la vie.

(74) Aides, CISS, CHV, Comede, Fédération Addiction, Médecins du Monde, SOS hépatites Fédération, TrT5.
(75) Ce mécanisme, 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.
(76) 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.

2. ACTIONS AUPRÈS DES PERSONNES
À LA RUE OU EN HABITAT PRÉCAIRE

Le mal logement touche aujourd'hui en France 3,5 millions de personnes[77] ; parmi elles, plus de 141 500 sont sans domicile fixe et 85 000 occupent des habitations de fortune *[FAP 2016]*. Si depuis les années 1970, les bidonvilles avaient quasiment disparu du paysage, dès les années 1990, ils resurgissent et se multiplient çà et là en France, en particulier avec l'arrivée des migrants d'Europe orientale *[Romeurope, 2015]*.

En mars 2015, on recensait sur le territoire français 577 bidonvilles[78], abritant 19 676 personnes *[Dihal 2015]*. La grande majorité de cette population est localisée dans la région Île-de-France, qui en concentre à elle seule plus d'un tiers. Comme le souligne la Fondation Abbé Pierre, les bidonvilles de ces 25 dernières années regroupent des populations et des trajectoires de vie individuelles très différentes de celles des années 1970 : majoritairement des travailleurs pauvres, le plus souvent immigrés, auxquels s'ajoutent aujourd'hui des personnes sans domicile fixe *(voir chapitre suivant)*, des migrants d'Europe orientale *(voir chapitre page 80)*, des migrants en transit *(voir chapitre page 84)*, etc[79].

Le logement est une des conditions sociales essentielles qui déterminent la qualité de vie, le bien-être et la santé des individus. L'emplacement, la conception et la construction des maisons ainsi que leur intégration (dans le cadre environnemental, social, culturel) sont des facteurs qui influencent de façon très réelle la qualité de vie quotidienne des personnes. À ce titre, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé[80] pose le logement comme une « *condition préalable en matière de santé* ». Il est largement reconnu que le mal logement a des effets délétères sur la santé. Les plus connus sont ceux relatifs à l'état du logement : le saturnisme lié à la présence de plomb, les pathologies respiratoires et les infections dermatologiques dues aux problèmes de ventilation des chauffages, d'insalubrité ou d'accès à l'eau ou encore les accidents domestiques provoqués par la vétusté des installations *[MdM, 2016(b)]*. Par ailleurs, la sur-occupation des logements est un phénomène très répandu chez les populations en situation de précarité. Le bruit et la promiscuité affectent la vie des personnes qui subissent ces conditions, perturbent la qualité de leur sommeil et a un impact indéniable sur leur état de fatigue et les pathologies associées (maux de tête, nervosité, troubles de l'appétit…).

> *« L'immeuble est isolé entre tractopelles, grues et circulation bruyante. Nous pénétrons dans une entrée étroite, montons l'escalier fortement délabré, à se demander s'il tiendra sous notre poids. Au premier étage, une odeur nauséabonde et des mouches. Au deuxième, quatre portes ouvrent sur le palier, l'une est verrouillée par un cadenas. La pièce adjacente abrite une famille avec deux enfants. Le lit unique occupe les trois-quarts de la pièce. La maman nous reçoit chaleureusement, ses enfants sont rieurs et bruyants, leur sourire découvre des dents de lait cariées. […] Nous avons des difficultés à pénétrer dans la quatrième chambre où la grand-mère malade est entourée d'une famille nombreuse et attentive. Le lieu est équipé de l'électricité : des fils pendent, les dominos à nu. Pas d'eau courante mais des infiltrations émanant du squat mitoyen, l'eau suinte à proximité des câbles électriques… Le lieu est propre, les enfants aussi. Les mères font des prouesses pour transformer ce lieu sordide en foyer ».*
>
> **[Bordeaux, 2015]**

(77) http://www.25ansbidonvilles.org/
(78) Comme le définit le Programme des Nations unies pour les établissements humains, un bidonville est la partie défavorisée d'une ville caractérisée par des logements très insalubres (inférieurs aux normes), d'une grande pauvreté et sans aucun droit ou sécurité foncière. Ces zones urbaines sont généralement très densément peuplées *[UN Habitat 2003]*. Depuis 2002, Les Nations unies ont adopté une définition opérationnelle afin de pouvoir effectuer un recensement global. Cette définition s'en tient aux dimensions physiques et légales des implantations, et laisse de côté les dimensions sociales, plus difficiles à quantifier. Les critères retenus sont « l'accès inadéquat à l'eau potable, l'accès inadéquat à l'assainissement et aux autres infrastructures, la mauvaise qualité des logements, le surpeuplement, et le statut précaire de la résidence ».
(79) http://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-actions/sensibiliser-au-mal-logement/expulsion-evacuation-des-bidonvilles-25-ans-de-politiques-couteuses-et-inutiles
(80) OMS, 1986

INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

LES POINTS ESSENTIELS

- ➜ En 2015, plus de 6700 contacts ont été établis avec des personnes à la rue et 4162 ont été accueillies dans les Caso.
- ➜ Ces personnes sont plus souvent affectées de troubles d'ordre psychologique et de pathologies dermatologiques que les autres.
- ➜ Face aux difficultés pour joindre les 115 ou obtenir de leur part des solutions en adéquation avec leurs besoins, plus de 4 personnes sur 10 n'y font plus appel et trouvent des solutions alternatives.

« Ce qui est premier c'est l'endroit où dormir, le reste ça vient après. »

[Seine-Saint-Denis, 2015]

En 2015, plus de 140000 personnes sont sans domicile fixe en France *[FAP 2016]*. Selon l'Insee, le nombre de personnes sans domicile a augmenté d'environ 50 % entre 2001 et 2012 *[Yaouancq 2013]*. Cette augmentation est en partie liée à la crise du logement et de l'hébergement d'urgence en France ainsi qu'à l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile qui, faute de places en Cada, se retrouvent sans domicile.

Il existe en 2015 plus de 110000 places pérennes d'hébergement (CHRS, hébergement d'urgence, hôtel), soit 30000 de plus depuis 2012[81]. Malgré cette augmentation des capacités d'hébergement d'urgence au cours des dernières années, les besoins restent énormes et le dispositif du 115 ne parvient pas à répondre aux demandes même en dehors des périodes hivernales, alors même que le Conseil d'État qualifie le droit à l'hébergement d'urgence de liberté fondamentale[82]. Pendant l'hiver 2015/2016, 57 % des demandes au 115 n'ont pas abouties à un hébergement selon la Fnars *[Fnars 2016]*.

Depuis près de 25 ans, MdM mène des actions auprès des personnes sans domicile fixe. En 2015, ce sont plus de 25 programmes qui interviennent auprès des personnes non ou mal logées, dont 8 exclusivement auprès des personnes sans domicile fixe dans l'objectif de créer du lien avec les personnes sans abri, en situation de grande exclusion et d'extrême vulnérabilité pour favoriser leur accès aux soins et aux droits. **Sur l'année, plus de 6700 contacts ont été établis avec des personnes à la rue et 4162 personnes sans domicile ont été accueillies dans les Caso, soit 20 % de la file active des Caso.**

Ces personnes sont pour une large majorité (74 %) des hommes. L'âge moyen est de 32,1 ans[83]. Force est de constater que **13,5 % des personnes à la rue sont des mineurs et que près d'un tiers d'entre eux sont isolés** (178 enfants de 15 à 17 ans – un chapitre est consacré aux mineurs isolés *page 31*).

Environ 92 % des personnes sans domicile rencontrées sur les Caso sont d'origine étrangère, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (40 %), d'Europe hors UE (16 %), du Maghreb (15 %) et d'Union européenne hors France (14 %). Dans plus de ¾ des cas ces étrangers vivent en France depuis moins d'un an, plus d'un sur deux (54 %) depuis moins de 3 mois. Enfin, 54 % sont en situation irrégulière et 12 % sont en cours de procédure de demande d'asile. Rappelons à ce titre que les étrangers demandeurs d'asile doivent en principe être hébergés en Cada.

Les personnes sans domicile sont particulièrement exposées à des situations de violence et affichent une plus grande vulnérabilité comme en témoigne, entre autre, l'enquête menée par MdM au cours de l'hiver 2015/2016 auprès des personnes sans logement ayant fréquenté les Caso de Paris et Saint-Denis *[MdM 2016(b)]* : 86 % des personnes à la rue déclarent un sentiment d'insécurité quelle que soit leur expérience quant à l'hébergement (squat, chez des tiers, en hébergement d'urgence ou à la rue) et 48 % ont été exposées à des violences. À ce titre, Maniglio et al. indiquent à travers une revue de la littérature que les personnes à la rue ont 3 à 140 fois plus de chance d'être victimes d'agressions que la population générale *[Maniglio 2009]*.

« À la rue, je me couchais là où le sommeil me prenait, le plus souvent dans le métro. Parfois, je me promenais pour garder les yeux ouverts car j'avais peur d'être agressé ou que la police me contrôle. J'étais en train de flipper... »

[Paris, 2015]

« Je me fais insulter, parfois même on vient me taper pendant la nuit. L'État français n'a pas pensé à ceux qui n'ont rien. Les SDF ici n'ont pas un lieu sûr, on ne pense pas à nous. Si tu es devant tu dois penser à celui qui est derrière toi, car un jour, il te dépassera peut-être. Je prie qu'on puisse nous aider, mon rêve, c'est d'avoir un bon boulot et un endroit pour dormir. »

[Seine-Saint-Denis, 2015]

(81) http://www.gouvernement.fr/action/l-hebergement-et-le-logement-des-personnes-en-difficulte
(82) Conseil d'État, arrêt du 10 février 2012.
(83) Il s'agit des caractéristiques des personnes sans domicile rencontrées sur les Caso en 2015.

UN FORT DÉCOURAGEMENT DES PERSONNES POUVANT RELEVER DU 115

Selon l'enquête de MdM en Île-de-France, plus de 4 personnes sur 10 ayant déjà sollicité le 115 n'y font plus appel. Découragées par les difficultés pour joindre le dispositif, le manque de place ou encore les mauvaises expériences, elles finissent souvent par renoncer.

> *« Je n'appelle plus le 115 car j'en ai marre des promesses... Pendant 3 mois, nous n'avons jamais pu être logés. »*
>
> **[Saint-Denis, 2015]**

> *« Chaque matin on se retrouve dehors et il faut rappeler pour avoir une place le soir. J'appelle tous les jours, ça sonne, ça sonne, des heures... Quelqu'un finit par décrocher mais il faut attendre 40 minutes ou une heure. Et quand c'est plein, on doit rappeler à 21 heures pour voir et sinon on dort dans la rue. »*
>
> **[Saint-Denis, 2015]**

Les solutions d'hébergement, quelles qu'elles soient, ne s'inscrivent que très rarement dans la durée et placent les personnes dans une instabilité et une mobilité permanente, source d'une grande anxiété. Les personnes hébergées chez un tiers ou en squat sont également confrontées à cette grande précarité puisque moins de 5 % déclarent pouvoir rester le temps qu'elles le souhaitent sur le lieu de vie qu'elles occupent. Parmi les personnes en squat ou en bidonvilles, les deux tiers sont informées d'un risque d'expulsion et près de la moitié ont déjà subi une expulsion. Au total, **plus d'un quart des personnes sans domicile ont connu au moins 5 lieux de vie différents au cours des 12 derniers mois** précédant l'enquête.

Les conditions d'accès à un hébergement peuvent s'accompagner parfois de contreparties abusives, pouvant même mettre en danger ses occupants comme l'explique Awa, 32 ans :

> *« Je partage un salon avec 2 autres personnes. Je m'occupe des enfants et du ménage pour pouvoir rester mais je crains de me faire expulser. On me dit souvent de partir. Je ne peux pas rester la journée, et une fois j'ai même dû dormir dehors car j'étais rentrée trop tard et la porte est restée fermée. »*
>
> **[Paris, 2015]**

Ces conditions de vie impliquent une logique de survie et d'errance permanente qui met en danger la santé des personnes sans domicile, les expose à différentes formes de violences et ne leur permet ni de se projeter ni d'envisager une possibilité d'insertion.

MdM demande que les droits au logement, quelle que soit la situation administrative des personnes, soient respectés. Il est nécessaire d'offrir toute l'année un parc d'hébergement respectueux de la dignité des personnes et urgent de renforcer les moyens des 115 pour assurer un réel accueil des personnes en précarité.

LES RÉPERCUSSIONS DU NON-LOGEMENT SUR LA SANTÉ

> *« Comment se soigner quand on est dans la rue ? »*
>
> **[Toulouse, 2015]**

En 2015, 3 490 patients sans domicile ont bénéficié de 7 124 consultations médicales au sein des Caso. Leurs problèmes de santé se concentrent autour des affections respiratoires (26 %), digestives (23 %) et ostéoarticulaires (20 %). On constate une prévalence plus élevée que chez les autres patients des problèmes dermatologiques (type parasitose et candidoses), des troubles d'ordre psychologique (dominés par le stress et les syndromes anxieux) et des conduites addictives. 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 *[Laporte 2010]*. L'étude menée en Île-de-France indique que 54,5 % des personnes sans domicile jugent leur état de santé global « mauvais à très mauvais » et 14 % déclare souffrir d'une maladie chronique *[MdM 2016(b)]*. Rappelons enfin que l'espérance de vie est réduite de 30 ans pour ces populations par rapport à la population générale française *[Hewett 2010 & 2011, Coll. les morts de la rue 2014]*.

La prise en compte des problèmes de santé, lorsqu'on est confronté à des situations quotidiennes extrêmes telles que trouver à manger ou un endroit pour dormir, ne constitue pas forcément une préoccupation prioritaire pour ces populations. De ce fait, ces personnes affichent un taux de non-recours à l'ouverture des droits à une protection maladie et de renoncement aux soins plus élevé, avec des conséquences graves sur leur santé.

Ces conditions de vie constituent un risque d'aggravation important de l'état de santé pour les personnes présentant déjà une fragilité. Leurs conditions de vie extrêmement précaires les exposent à un fort risque de complications médicales et les urgences hospitalières deviennent bien souvent le seul recours pour les patients sans domicile présentant un problème de santé, alors 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 *[ANSA 2016]*. 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 Lits halte soins santé (LHSS), des Lits d'accueil médicalisés (LAM) et des Appartements de coordination thérapeutique (ACT) et une meilleure articulation entre tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existant permettraient une prise en charge des personnes plus adaptée à leurs besoins, plus humaine et plus économique, en évitant des durées d'hospitalisation plus longues par défaut de solution en aval.**

Le programme « un chez soi d'abord[84] » qui s'adresse aux personnes à la rue souffrant de troubles psychiques est un exemple de dispositif innovant, dont les premiers résultats de l'évaluation confirment son efficacité. D'ores et déjà la perspective du déploiement du modèle dans 16 villes à l'horizon 2021 est envisagé[85].

(84) Modèle d'accès et d'accompagnement vers et dans le logement pour les personnes souffrants de troubles psychiques, à la rue, expérimenté dans les villes de Marseille, Paris, Lille et Toulouse.
(85) http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/06/4_pages_ucsdb_avril_2016_mise_en_page.pdf

INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS VIVANT DANS LES BIDONVILLES

LES POINTS ESSENTIELS

➜ En 2015, MdM compte 10 programmes travaillant auprès des populations habitant en bidonvilles ; plus de 1400 maraudes ont été réalisées.

➜ Ces populations présentent des prévalences élevées de troubles digestifs, dermatologiques, respiratoires et ostéo-articulaires, reflets des conditions de vie insalubres dans lesquelles elles vivent.

➜ Les expulsions des lieux de vie, fréquentes, ont des conséquences importantes sur la santé des populations vivant en bidonvilles.

MdM travaille depuis 1993 auprès des populations vivant dans les bidonvilles. Son action consiste à améliorer l'accès aux soins et à la prévention, et favoriser l'accès à l'information et aux droits à travers des démarches d' « aller-vers » qui permettent d'atteindre les populations les plus isolées. En 2015, l'association compte 10 programmes travaillant auprès des populations habitant en bidonvilles[86] ayant réalisé plus de 1400 interventions. Toutes ces actions sont accompagnées d'interprète, certaines de médiateurs sanitaires, pour permettre un meilleur accueil et une meilleure qualité de la prise en charge par les professionnels et accompagner les personnes vers une autonomisation. L'objectif de ces actions est de permettre aux habitants des bidonvilles d'accéder à leurs droits et de créer un lien avec les services de santé de droit commun afin d'acquérir leur autonomie face au parcours de soins.

LA MÉDIATION, UN OUTIL D'EMPOWERMENT

« 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 au système de droit commun »[87]. Elle 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, meilleure et durable, créer des liens entre ces 2 parties et construire ainsi l'accès au système de santé de droit commun » [Teoran 2014].*

Depuis la mise en place en 2010 du programme expérimental de médiation sanitaire auprès des Roms migrants vivant en squats et bidonvilles, la médiation sanitaire a largement fait la preuve de son efficacité. Les différentes études qualitatives ou quantitatives *[MdM 2013(a), Teoran 2014, Tanti Hardouin 2015]* ont confirmé que ce dispositif se révèle être un outil facilitant considérablement une démarche thérapeutique efficiente, ainsi que la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé pour les publics en situation de précarité et/ou d'exclusion. Cette approche a été reconnue dans la Loi de santé adoptée en janvier 2016 qui précise dans son article 90[88] : *« des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées ».* **Après la reconnaissance de cette approche, MdM continuera de porter ce plaidoyer en participant aux groupes de travail qui seront organisés par la Haute autorité de santé en particulier pour élaborer ces référentiels.**

« M. est un petit garçon de 2 ans, qui vit avec ses parents et ses 5 frères et sœurs dans un bidonville éloigné de tout, dans des conditions très difficiles. Il est admis après un passage aux Urgences dans le service de pédiatrie du CHU pour une grave maladie rénale et doit rester hospitalisé plusieurs mois. La vie de toute la famille s'en trouve bouleversée. La maman, qui habituellement s'occupe de toute la fratrie, doit brutalement rester auprès de M. et l'éloignement du terrain ne lui permet pas de rentrer tous les jours. Elle ne sait ni lire, ni écrire, ne parle pas français et ne comprends pas les consignes du médecin. La famille n'a pas de couverture maladie, le CCAS refusant leur domiciliation.

(86) Bordeaux, La Plaine-St-Denis, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Strasbourg, Toulouse, et Valenciennes.
(87) http://www.mediation-sanitaire.org
(88) Extrait de la loi de santé, article 90 : I. – Le chapitre préliminaire du titre 1er du livre 1er de la première partie du code de la Santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé : – 81 –b « Art. L. 1110-13. – La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. » « Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute autorité de santé. « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » II. – Le 5° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

Le papa, qui subvient aux besoins de toute la famille par le ferraillage, ne peut pas être présent auprès de M. comme il le souhaiterait. À la demande des parents, la médiatrice sanitaire du programme de MdM intervient pour faire le lien entre la famille et les équipes soignantes. Des visites régulières sur le terrain comme à l'hôpital, et l'organisation d'une table ronde réunissant les parents, l'ensemble de l'équipe médicale et l'assistante sociale du service permettent de faciliter la prise en charge de M. et l'ouverture de ses droits à l'AME. Au bout de 2 mois, M. rentre auprès de sa famille. Sa mère effectue chaque jour les soins et la surveillance nécessaire pour une évolution favorable de l'état de santé de son enfant, malgré leur complexité. L'équipe médicale a adapté ses prescriptions aux conditions de vie de M.... »

[Nantes, 2015]

MdM se félicite que l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé[89] donne une existence institutionnelle à la médiation sanitaire en tant qu'outil d'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour les populations éloignées du système de santé.

MdM recommande le développement et la pérennisation des actions de médiation sanitaire en direction des populations en situation de précarité. La reconnaissance du métier de médiateur socio-sanitaire est nécessaire.

Au cours de l'année 2015, les programmes de Saint-Denis, Marseille, Nantes, Strasbourg et Valenciennes ont réalisé 2258 consultations auprès de 1050 patients. Dans 92,5 % des cas il s'agit de migrants roumains. Plus de 45 % des personnes rencontrées sont mineures et près d'une sur 5 a moins de 5 ans *(tableau 26)*.

TABLEAU 26 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES RENCONTRÉES DANS LES BIDONVILLES DE SAINT-DENIS, MARSEILLE, NANTES, STRASBOURG ET VALENCIENNES, 2015

	%	n
Sexe		
Homme	43,1	447
Femme	56,9	590
Répartition par âge		
Moins de 5 ans	18.8	193
5-10 ans	14.7	151
10-20 ans	14.8	152
20-30 ans	15.1	155
30-40 ans	14.9	153
40 ans ou plus	21.7	195
Répartition par nationalité		
Roumanie	92.5	875

Taux de réponse : Sexe : 98,8 % ; Âge : 97,8 % ; Nationalité : 91,8 %

Comme le montrent de récentes études *[Romeurope 2015]*, les personnes d'Europe orientale sont issues d'une immigration récente, venant principalement de Roumanie, Bulgarie, Hongrie et des pays de l'Ex-Yougoslavie. Cette population vivant en bidonvilles est souvent considérée comme Rom[90]. Assimilée à tort à un groupe nomade, bénéficiaire abusif des prestations sociales et ne souhaitant pas s'intégrer, il fait face à de nombreux préjugés et actes racistes. Malgré une relative diminution des actes xénophobes et des préjugés[91] et la mise en place en 2015 du nouveau Plan national d'action contre le racisme et l'antisémitisme préparé par la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme et l'antisémitisme (Dilcra), les faits restent accablants. Comme le rapporte la CNCDH, le racisme anti-Roms s'exprime à la fois par un rejet de la différence culturelle comme menace à l'ordre national, mais aussi par référence au racisme biologique, avec une assimilation des populations Roms à un groupe inférieur, pouvant aller jusqu'au déni de leur humanité *[CNCDH 2015(b)]*.

De fait, les personnes vivant en bidonvilles font face à un sentiment de rejet et de dévalorisation extrêmement fort, pouvant avoir des conséquences directes sur leur état de santé et leur recours aux soins (peur de fréquenter les institutions, préjugés, réactions négatives, barrière de la langue...). Ces phénomènes sont également connus pour encourager les comportements à risques (addictions, violences, négligences vis-à-vis de la santé...) et sont sources de souffrance psychique.

DES CONDITIONS DE VIE DÉPLORABLES ET DANGEREUSES

Sur la base des données disponibles, la Dihal estime qu'environ la moitié des bidonvilles ne disposerait d'aucune forme de traitement des déchets, deux tiers n'auraient aucun accès à un point d'eau et trois quarts fonctionneraient sans alimentation en électricité.

« Pendant les mois les plus rigoureux de l'hiver, comme les conduites d'eau ne sont pas isolées, nous devons laisser couler un filet d'eau afin que les robinets ne soient pas bloqués [...]. Pendant l'hiver 2012, le gel nous a privé de chasse d'eau pendant un mois. »

[Rouen, 2015]

(89) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Version consolidée au 20 juillet 2016. http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-discussion/projet-loi-relatif-sante.html

(90) Il est important de préciser que les populations Roms ne vivent pas toutes en bidonvilles. En effet, on compte en France environ 400 000 Roms, dont 19 000 seraient en bidonville *[Romeurope 2015]*. De même tous les habitants des bidonvilles ne sont pas Roms.

(91) 57,4 % des personnes interrogées pensent que les Roms ne veulent pas s'intégrer en France : ils étaient 77 % en décembre 2014 (Source : Baromètre CNCDH, 2015(b)).

Les risques d'incendie sont nombreux sur ces sites où les habitations de fortune sont construites la plupart du temps dans des matériaux inflammables, avec des modes de chauffage dangereux et ou s'enchevêtrent des raccordements inadaptés aux réseaux électriques les plus proches.

Le ramassage et la gestion des déchets constituent un problème récurrent sur ces sites. Le maire est tenu de veiller à la salubrité de sa commune, y compris dans l'habitat privé. Cette responsabilité est confortée par l'article L.1421-4 du code de la Santé publique qui confirme que le contrôle administratif et technique des règles d'hygiène dans les habitations, leurs abords et dépendances relève de sa compétence. Or bien souvent les bennes à ordures sont installées sur les lieux de campements plusieurs jours voire semaines après l'installation des personnes alors que les tas de déchets se sont déjà accumulés. Les ramassages de déchets sont bien souvent insuffisants pour entretenir correctement les sites et les maintenir propres, créant des conditions favorables à l'apparition de nuisibles.

> *« On retrouve des rats morts sous les caravanes, et l'été même dans les bassines des enfants. Les éboueurs ramassent les poubelles deux fois par semaine mais toutes les poubelles ne sont pas vidées à chaque passage. »*
>
> **[Rouen, 2015]**

L'accès à l'eau potable est un droit fondamental essentiel au plein exercice du droit à la vie et de tous les droits de l'homme[92]. Ne bénéficiant pas d'eau potable directement dans les bidonvilles, les populations doivent parfois parcourir des distances longues pour s'approvisionner. L'absence d'eau provoque l'augmentation de l'incidence de nombreuses maladies dues à un manque d'hygiène et expliquent les prévalences importantes des problèmes digestifs (20 % des consultations) et des symptômes dermatologiques (13 %). Les problèmes respiratoires et ostéo-articulaires particulièrement élevés (respectivement 30 % et 15 % des consultations) sont le reflet des conditions de vie insalubres dans lesquelles les personnes vivent.

La promiscuité dans les lieux d'habitation favorise également la prolifération des poux et/ou de la gale. La transmission de ces maladies des individus infectés (porteurs sains ou malades) vers les individus sains est accentuée par le manque de prise en charge et de traitements précoces et adaptés (traitements individuels mais aussi de l'environnement) sur ces lieux de vie.

DANS L'ANGOISSE PERMANENTE DES EXPULSIONS

En 2015, plus de 11000 personnes vivant en bidonvilles en France auraient été expulsées de leur lieu de vie, soit près de 60 % des habitants des bidonvilles *[European Roma Rights Center 2015]*. Depuis 25 ans, des politiques d'expulsion des bidonvilles sont mises en place. Les autorités publiques françaises nient cette « résurgence » des bidonvilles et intensifient les expulsions. En Seine-Saint-Denis par exemple, la pression policière est particulièrement accrue, notamment durant les phases d'installation et d'expulsions des bidonvilles. Durant ces périodes de transition, les personnes sont en recherche de nouveaux terrains d'installation. Les patrouilles de police municipales et nationales sont quotidiennes, cherchant à empêcher ces installations, et le cas échéant, à déloger les occupants des terrains durant les 48 premières heures d'installation.

Sur les 111 bidonvilles évacués en 2015, seuls 29 ont bénéficié d'un « diagnostic social » avec des solutions de relogements, même partielles, comme cela est préconisé dans la circulaire du 26 août 2012[93] relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites. La réponse offerte par les autorités politiques n'est absolument pas adaptée à ces problèmes de logements qui ont de graves conséquences sur le quotidien des personnes et notamment sur leur intégration et leur santé *[FAP 2016]*, comme le prouve l'exemple de l'expulsion du plus vieux bidonville de France en août 2015 *(cf. encart)*.

L'EXPULSION DU SAMARITAIN, UNE DÉCISION POLITIQUE VIDE DE SENS

Le bidonville du Samaritain, situé entre l'A86 et les voies du RER B dans la zone industrielle de La Courneuve, en Seine-Saint-Denis, existait depuis plus de 7 ans, ce qui en faisait l'un des plus vieux de France. En août 2015, il comptait plus de 300 personnes. Ce bidonville faisait l'objet d'un investissement par les associations, dont MdM, depuis de nombreuses années auprès des habitants. Un projet inter-associatif de stabilisation des personnes et d'amélioration des conditions de vie, avec une sortie par un accompagnement social vers l'emploi et le logement était en cours d'élaboration. Malgré cette proposition innovante de la part de MdM et des associations partenaires, l'ensemble des acteurs nécessaires à la réalisation du projet n'étant pas favorable à l'adoption de nouvelles mesures d'intégration. **Les habitants de ce bidonville ont été expulsés le jeudi 27 août 2015.**

À l'issue de cette expulsion, seulement une douzaine de ménages se sont vu proposer 2 à 3 jours d'hébergement d'urgence malgré un plaidoyer porté par MdM, la Fondation Abbé Pierre et plusieurs autres associations et comités de soutien.

Cette solution n'a fait que déplacer le problème, en fragilisant encore davantage les familles, sans chercher de solution de fond.

(92) Le 28 juillet 2010, l'assemblée des Nations unies « reconnaît » le droit à l'eau potable comme un droit fondamental. http://www.un.org/press/fr/2010/AG10967.doc.htm

(93) Circulaire interministérielle du 26/08/2012 relative à l'anticipation et à l'accompagnement des opérations d'évacuation des campements illicites.

Les effets des expulsions à répétition sont dévastateurs à court terme : la scolarisation est impossible (moins de 20 % des enfants de 6-16 ans rencontrés par les équipes de MdM sont scolarisés), l'emploi difficile ; les parcours de soins sont rompus. Cette mobilité forcée provoque des interruptions de suivi, voire l'impossibilité même de s'inscrire dans un parcours de soins. Le recours à la médecine curative est réduit à l'urgence. Rappelons qu'un retard de recours aux soins a été repéré par les médecins dans plus de 60 % des consultations ayant eu lieu sur les bidonvilles. La prévention est extrêmement difficile dans ces conditions, ce qui augmente les risques de maladies à potentiel épidémique.

À moyen ou long terme les aptitudes des habitants à se projeter, à s'investir sur leur lieux de vie, à travailler les espaces communs sont réduits à néant.

Condamnées à l'errance dans un environnement répressif, la seule priorité des familles est la stabilité de leur baraque d'un jour à l'autre et l'assurance d'un minimum de revenu.

> *« Un arrêté municipal "procédure de péril" avec ordre d'évacuer dans les 48 heures prononcé par la mairie de Saint-Denis le 30 décembre 2014 a cependant fragilisé la stabilité résidentielle de ces familles et, par conséquent, la scolarisation des enfants, l'insertion professionnelle des adultes, le suivi médical et social, bref les perspectives de toutes et tous d'accéder à des conditions de vie dignes et de faire partie intégrante de notre société. »*
>
> **[Seine Saint-Denis, 2015]**

L'avis très critique de la CNCDH sur la gestion des bidonvilles en France et le traitement infligé aux habitants des bidonvilles rappelle que les évacuations forcées et la violation des droits contraignent ces populations à l'errance et rendent impossible l'accès aux droits fondamentaux *[CNCDH, 2015]*. Ainsi moins d'un tiers des personnes rencontrées sur les bidonvilles par les équipes de MdM dispose d'une adresse ou d'une domiciliation permettant l'accès à une couverture maladie.

De plus, cette politique d'expulsion des bidonvilles est très coûteuse[94]. Le coût n'est pas uniquement économique mais également social. Ce sont des générations d'enfants sacrifiées. En février 2014, une mission nationale pour résorber les bidonvilles a été lancée. Mais les organisations restent déçues par sa mise en œuvre et ses résultats. La stabilité du nombre de personnes vivant en bidonvilles depuis les recensements de 2013 démontre que les politiques d'expulsions des bidonvilles ne permettent en aucun cas leur résorption *[DIHAL, 2015]*. Face à ce constat d'inertie, MdM a initié, avec l'aide de nombreuses associations, une campagne pour dénoncer « 25 ans de politique coûteuse et inutile d'expulsion des bidonvilles » et demander qu'une véritable politique soit à nouveau engagée pour combattre cette précarité dans le respect des personnes.

MdM appelle au respect des droits fondamentaux des personnes vivant en bidonvilles et à la fin des expulsions sans alternative de relogement adapté et pérenne et sans accompagnement social, conformément aux dispositions fixées par la circulaire du 26 août 2012. Force est de constater que 3 ans après sa parution, cette circulaire n'a pas permis la résorption des bidonvilles. Il paraît donc évident de changer d'approche et d'aller au-delà de cette circulaire : fondée sur une approche privilégiant l'évacuation de campements illicites, il est désormais temps de favoriser une approche plus protectrice des personnes et de considérer l'existence des bidonvilles comme une problématique d'habitat liée à la situation d'extrême précarité.

Il est également indispensable de renforcer la lutte contre les préjugés et de consolider le travail partenarial dans les bidonvilles (PMI, CCAS, médecins de ville, Restos du Cœur, etc.).

(94) MigRom indique dans un rapport récent que *« les expulsions successives subies par un même groupe [d'environ 240 personnes] ont coûté près de 400 000 euros »*. Ces coûts prenaient en compte les frais de justice, le coût de l'expulsion, le nettoyage et la sécurité. *[MigRom 2015]*

INTERVENTIONS AUPRÈS DES MIGRANTS DANS LE NORD ET LE PAS-DE-CALAIS

LES POINTS ESSENTIELS

- ➜ Plus 5000 migrants dont 500 mineurs isolés vivent le long du littoral, selon les différentes estimations.
- ➜ En 2015, MdM a effectué plus de 11000 consultations médicales et infirmières.
- ➜ Les troubles d'ordre dermatologiques, ORL, gastro-entérologiques sont les plus fréquents, ainsi que les cas de traumatologie, souvent liés aux tentatives de passage vers l'Angleterre.
- ➜ Une augmentation importante des souffrances psychologiques liées en partie aux violences sur les lieux de vie.

Les guerres, les persécutions, la violence et les violations des droits de l'homme ont poussé plus de 65,3 millions de personnes à quitter leur pays pendant l'année 2015. Ce sont près de 6 millions de plus que l'année précédente. Au cours des 5 dernières années, le nombre de migrants dans le monde a augmenté de 50 % *[UNHCR 2016]*. Cette augmentation des flux migratoires place le continent européen au centre de la crise humanitaire. Selon le rapport de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), l'Europe a accueilli en 2015 plus d'un million de migrants[95], dont la moitié étaient des Syriens et des Érythréens *[OIM 2015]*. L'immense majorité a été accueillie par l'Allemagne.

La plupart des personnes qui arrivent en France fuient des pays en guerre ou en grave crise politique ou économique, et n'ont pu trouver lors de leur parcours migratoire un endroit où rester, avant d'atteindre la France. Certains ont pour projet établi d'aller en Angleterre, d'autres veulent déposer une demande d'asile en France, d'autres enfin cherchent simplement un endroit où s'établir, en étant rejetés de toute part en Europe[96]. N'étant pas parvenu à s'établir quelque part ni à franchir la frontière avec l'Angleterre, ils se retrouvent contraints de vivre des jours, des semaines voire des mois dans des camps informels le long du littoral du Nord et du Pas-de-Calais où les conditions de vie sont particulièrement difficiles et préjudiciables à leur santé, tant physique que mentale. **Ainsi à la fin du mois d'avril 2016, ce sont 3500 migrants, selon la préfecture du Pas-de-Calais, 5000 selon les associations, qui vivent dans ces campements à Calais et ses alentours[97]. Parmi eux, plus de 500 seraient des jeunes mineurs isolés** *[DDD 2015] (cf. encart)*.

Ces populations font face à diverses formes de violences largement dénoncées par les associations présentes sur le terrain *[MdM 2015(c) ; Human Rights Watch 2015]* ainsi que par le Défenseur des droits à plusieurs reprises *[DDD 2014 ; DDD 2016]*.

Une des premières formes de violence subies par ces populations est liée aux conditions de vie indignes dans lesquelles elles vivent. Depuis la fermeture du centre de Sangatte, en 2002, les migrants vivent dans des campements de fortune ou dans des squats insalubres, sous la menace permanente d'expulsion. Ceux pouvant bénéficier d'un toit doivent bien souvent s'entasser dans des containers trop petits et sans aucun confort, comme en témoigne cette jeune Iranienne rencontrée dans le camp de Téteghem :

> *« Sept containers ce serait suffisant pour environ 50 personnes. Mais on est toujours entre 100 et 150 à vivre dans le camp. Il n'y a pas assez de place, on dort les uns sur les autres. Il n'y a aucune intimité, d'abord parce qu'on doit partager le container avec des inconnus, mais surtout parce qu'on n'est pas autorisés à fermer la porte. Si on ferme la porte, tout de suite un passeur vient demander ce qu'on fait, et nous dit : "ce n'est pas votre maison ici, vous devez laisser la porte ouverte". Trois nuits, des passeurs ont dormi dans notre container, je me sentais très mal. »*
>
> **[Téteghem, 2015]**

Les migrants font état également de violences policières fréquentes sur les lieux de vie, lors des expulsions ou lors des tentatives de passage : gaz lacrymogènes, coups, insultes, humiliations, harcèlement, etc. *[MdM 2015(c)]*, entraînant des conséquences importantes sur la santé (jambes fracturées, visage brûlé, traumatismes...).

Depuis 1999, 170 personnes seraient décédées en tentant de franchir l'espace frontalier entre la France et l'Angleterre, dont 25 en 2015 *[Gallison 2016]*.

> *« M. est un jeune Soudanais de 25 ans. Un matin, aux alentours de 5 heures, alors qu'il dormait sur le site "Leader Price", 3 CRS l'ont réveillé et mis à l'écart. L'un d'eux l'a poussé à terre tandis que les deux autres l'ont matraqué et lui ont donné des coups de pieds. M. est blessé*

(95) Un million de réfugiés et de migrants ont rejoint l'Europe en 2015. Articles d'actualité, 22 décembre 2015, UNHCR, http://www.unhcr.fr/567a746ec.html
(96) Voir notamment le rapport sur l'enquête qualitative du Secours Catholique Caritas : « Je ne savais même pas où allait notre barque ». Paroles d'exilés à Calais, Contribution à la mission confiée par le ministre de l'Intérieur à Jean Aribaud et Jérôme Vignon, mars 2015.
(97) http://www.lemonde.fr/police-justice/article/2016/04/29/incendie-dans-la-jungle-de-calais-un-refugie-entre-la-vie-et-la-mort_4910819_1653578.html#XXh-kSPo5U2I6D4Ik.99

à la main droite, il éprouve des difficultés à marcher, et semble particulièrement confus, anxieux suite à cet évènement. »

[Calais, 2015]

« X. raconte qu'un jour de mars, alors qu'il marchait, en direction du centre Jules Ferry, avec d'autres personnes, 3 policiers en moto sont passés devant eux. Le dernier a ralenti devant eux, les a gazé puis et reparti rapidement. »

[Calais, 2015]

Certaines personnes se retrouvent parfois à l'hôpital avec des séquelles importantes. Ces violences policières sont particulièrement traumatisantes et réveillent par ailleurs bien souvent des traumatismes vécus dans les pays d'origines ou sur la route migratoire.

« Le jeune S. raconte qu'un soir alors qu'il était caché dans un camion ayant pour destination l'Angleterre en compagnie d'une dizaine de migrants, des policiers ont ouvert les portes du camion et les ont trouvés. Deux policiers sont restés à l'extérieur du camion, empêchant les migrants d'en sortir et les 2 autres sont entrés dans le camion. Tous ont reçu du gaz lacrymogène et ont été frappés à l'aide d'une matraque. […] Les policiers les ont ensuite poussés à l'extérieur du camion et laissé partir. »

[Calais, 2015]

À ces violences physiques s'ajoutent d'autres violences institutionnelles visant à éloigner les personnes de ces lieux de vie ou à les dissuader de franchir les frontières. Les migrants sont ainsi fréquemment interpellés pour des infractions contraventionnelles (crachat, franchissement d'une route en dehors d'un passage piéton…) afin d'être poursuivis pour absence d'autorisation de séjour. Selon le Défenseur des droits, *« ces contrôles révèlent un détournement de procédure susceptible de produire un effet discriminatoire, en ce qu'ils ne visent que les migrants poursuivis pour des infractions qui ne sont jamais relevées à l'égard de non-migrants » [DDD 2015]*. Le Défenseur des droits et les associations regrettent que ces détournements de procédures persistent.

MdM se mobilise auprès des personnes migrantes dans le Nord et le Pas-de-Calais depuis 2003. Le programme repose sur trois objectifs spécifiques : améliorer l'accès aux soins et aux droits des exilés, améliorer leurs conditions de vie, témoigner et dénoncer la situation des migrants en transit sur le littoral. L'association offre des consultations de soins primaires aux personnes migrantes, 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 dans le Calaisis et le Dunkerquois. Depuis 2014, face à l'augmentation des populations exilées sur le littoral, MdM a dû intensifier ses activités sur le terrain.

En 2015, le programme a effectué plus de 11 000 consultations médicales et infirmières, 1 100 accompagnements physiques vers les services de la Pass et 350 vers des services d'urgence. Le nombre de consultations médicales a augmenté de 23 % entre 2014 et 2015.

La population rencontrée lors de ces consultations est majoritairement masculine (10,8 % de femmes) et plutôt jeune (la majorité des patients ont entre 20 à 30 ans). Les pathologies les plus souvent diagnostiquées par les équipes de MdM sont d'ordre ORL, dermatologiques et gastro-entérologiques et sont principalement liées aux conditions de vie déplorables des migrants (abris insalubres, froid, humidité, manque d'hygiène). Des pathologies simples se retrouvent parfois aggravées par ces conditions de vie : longues marches, violences, manque d'hygiène. Le développement d'épidémies comme la gale et l'hépatite A est également fréquent, dû à une hygiène de vie déplorable qui affecte durement la santé des migrants.

Enfin, les cas de traumatologie sont également fréquents, souvent liés à des tentatives de passage : chutes, accidents divers, violences policières. Ainsi, 17 % des diagnostics effectués par nos équipes médicales sont liés aux tentatives de passage vers l'Angleterre. Il est important d'ajouter que près de 2 % des diagnostics effectués sont liés aux violences policières.

À CALAIS, FACE À L'INACTION DE L'ÉTAT, LA MOBILISATION DE LA CELLULE D'URGENCE INTERNATIONALE DE MDM

Suite à la mission institutionnelle lancée par le ministre de l'Intérieur[98] en 2014, un centre d'accueil a été ouvert au cours du premier trimestre 2015, le Centre Jules-Ferry. Celui-ci propose, dans un premier temps, un hébergement de nuit (une centaine de places) pour femmes et enfants, des repas une fois par jour, et des soins infirmiers (deux heures par jour). Tous les campements et squats dispersés dans le Calaisis ont été évacués et les migrants ont été contraints de s'installer à proximité de ce centre, dans des tentes et abris de fortune. Le centre s'est très vite trouvé sous-dimensionné et inadapté ; les terrains mis à disposition autour se sont transformés en un

(98) M. Bernard Cazeneuve, ministre de l'Intérieur, a confié une mission à Jean Aribaud et Jérôme Vignon afin d'élaborer, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés, des « solutions consensuelles et efficaces à la crise migratoire » que connaît la région des Hauts-de-France. Cette mission a rendu ses conclusions en juin 2015.

immense bidonville à ciel ouvert, sans aucun respect des normes des Nations unies *[UNHCR 2012]*. Six mois après l'ouverture du site jouxtant l'accueil de jour Jules-Ferry, on comptait plus de 6 000 personnes dans le bidonville[99].

MdM a très tôt dénoncé l'insuffisance des services proposés au centre Jules-Ferry et les risques de violences entre les migrants et les forces de l'ordre du fait de la promiscuité et des tensions. Dès juillet 2015, la CNCDH a fortement critiqué la situation, et recommandé la mise en place de structures permettant l'accès aux besoins de base : eau, assainissement, soins médicaux, abris et nourriture[100]. Enfin, dans son rapport annuel *[DDD 2015]*, le Défenseur des droits recommande que soit garanti un accès effectif au dispositif national d'accueil, garantissant des conditions de vie décentes, et notamment un hébergement, conformément aux engagements pris par la France.

Au vu de cette situation catastrophique et face à l'inertie de l'État, l'équipe de MdM a fait appel à la Cellule d'urgence internationale de l'association, qui intervient habituellement lors de catastrophes naturelles ou de conflits à l'international, afin de répondre aux besoins d'urgence de cette population. Des distributions de matériel ont été réalisées. Un centre de santé a été ouvert à l'intérieur du bidonville de Calais (fin juin 2015), dans une logique d' « aller-vers », afin de proposer des consultations de soins primaires, référencements, activités psychosociales, consultations psychologiques et médiation sanitaire. Pendant les 4 mois ½ d'ouverture, plus de 5 600 consultations médicales et 2 500 consultations infirmières ont été réalisées dans ce centre de santé et près de 1 500 passages ont été répertoriés lors des activités psychosociales, dont plus de 90 consultations individuelles. L'espace psychosocial permettait la libre expression des exilés, par la parole, le dessin et des sessions d'art-thérapie *(cf. encart)*.

CALAIS : UN LIEU DE SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES IMPORTANTES

« Lors d'une tentative de passage en Angleterre, nous avons été interceptés par les policiers. Ceux-ci ont pulvérisé du gaz lacrymogène dans les yeux de mon amie W. Environ 10 minutes plus tard, nous avons été relâchées… Nous marchions le long de l'autoroute en direction du site "Leader Price" avec d'autres migrants. Il nous restait deux voies de circulation à traverser. Un garçon a traversé les voies, puis un deuxième plus jeune, et enfin est venu le tour de W. Deux ou trois heures peut-être s'étaient écoulées depuis le jet de bombe lacrymogène dans ses yeux. Je suppose qu'elle n'y voyait plus grand-chose. Elle a traversé la première voie sans encombre, mais lors de la traversée de la deuxième voie, une voiture arrivant à vive allure l'a percutée. Aujourd'hui je n'arrive plus à me rendre sur l'autoroute pour tenter le passage. »

[Calais, 2015]

Parmi les migrants rencontrés sur le littoral du Nord et du Pas-de-Calais, et vivant dans les différents camps, la souffrance psychologique est particulièrement importante, souvent comme une réponse normale à une situation anormale. La violence du non-accueil vient s'ajouter aux violences vécues dans le pays d'origine (guerre, tortures, enfermement, etc.) ou durant le parcours migratoire au cours duquel les migrants ont dû subir de longs mois d'errance ou affronter de multiples dangers (traversées de la Méditerranée, passages de frontières, etc.).

Cette année 2015 se caractérise par une augmentation importante des souffrances psychologiques liées aux violences, notamment à Calais ou les violences policières et civiles ont été fréquentes et les conditions de vie et de passage en Angleterre particulièrement difficiles.

C'est pourquoi il a semblé essentiel et prioritaire à MdM de travailler sur l'écoute et la prise en compte de la santé mentale des exilé(e)s. L'approche psychosociale de MdM a pour objectifs de permettre :

- un repérage des personnes en souffrance, psychologique ou psychiatrique lors des consultations médicales ou par le biais des maraudes permettant d'aller vers ceux qui ne feront pas la démarche de consulter au centre de santé ;
- une première écoute et une évaluation des besoins ;
- un accompagnement vers les services de droit commun lorsque cela est possible ou la mise en place d'un suivi psychologique par un psychologue de MdM lorsque la prise en charge dans le droit commun n'est pas possible (absence de structure adaptée, délais de prise en charge trop longs, difficultés pour se déplacer).

MdM propose également un lieu permettant d'utiliser d'autres supports d'expression (peinture, dessin, etc.), de travailler le « mieux être » en groupe, avec d'autres communautés, de créer du lien social, etc. À ce titre, un partenariat avec Art Refuge UK a permis la mise en place de deux jour-

(99) http://www.20minutes.fr/lille/1712139-20151019-calais-desormais-pres-6000-migrants-new-jungle
(100) Avis sur la situation des migrants à Calais et dans le Calaisis, CNCDH, publié le 2 juillet 2015.

nées d'art-thérapie hebdomadaire dans cet espace en 2015 L'approche développée par les équipes de MdM est une approche globale, centrée sur la personne. Les équipes travaillent en lien permanent avec les communautés, pour le repérage mais également la prise en charge psychologique des exilés ou l'accompagnement des communautés lors de crises ou d'évènements potentiellement traumatisants, tels que les nombreuses expulsions et décès.

Traduction : le voyage de la mort

L'homme en rouge représente un policier armé d'une matraque et d'une bombe lacrymogène. Il s'adresse aux exilés comme à des animaux et les empêche de franchir la frontière jusqu'en Angleterre.

Le centre de santé de MdM a fermé mi-novembre 2015, l'État ayant fini par entendre en partie le plaidoyer des associations. En effet, suite au dépôt d'un référé-liberté par MdM et le Secours Catholique, l'État et la commune de Calais ont été visés le 23 novembre par une ordonnance[101] du tribunal administratif de Lille dans laquelle le juge des référés rappelle qu'il *« appartient aux autorités publiques de veiller à ce que les droits les plus élémentaires [des] personnes, constitutifs de libertés fondamentales, soient garantis »*[102]. Le Conseil d'État a ainsi contraint l'État français à prendre des mesures sanitaires adaptées dans le bidonville.

DANS LE DUNKERQUOIS : L'IMPLICATION DES COLLECTIVITÉS LOCALES POUR UNE AMÉLIORATION DES CONDITIONS D'ACCUEIL

Malgré une amélioration des conditions de vie depuis 2012 dans le Dunkerquois, en partie grâce à l'implication des collectivités locales, les conditions dans lesquelles vivent les migrants restent très précaires. La population vivant sur le site de Grande-Synthe a fortement augmenté suite à l'expulsion et à la fermeture du camp de Téteghem en novembre 2015. Fin 2015, la population migrante estimée à Grande-Synthe atteignait 2 000 personnes.

Début 2016, la ville de Grande-Synthe a décidé de reloger plus de 1 300 migrants, qui campaient dans la boue depuis des mois, dans un « camp humanitaire » pensé, construit et financé par Médecins sans Frontières (MSF)[103].

MdM a poursuivi et accentué ses activités sur ce site en doublant les consultations proposées par les équipes. Des activités de prévention ont été développées parallèlement, dans le but de rendre plus efficientes les activités, ainsi que des maraudes, afin d'aller à la rencontre des migrants.

Si MdM a pu noter des avancées relatives sur le plan humanitaire à Calais et Dunkerque, elle reste présente sur les sites pour s'assurer que les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics appliquent les standards humanitaires internationaux et que l'offre de soins corresponde à la réalité des besoins. MdM sera vigilante également pour que la situation d'urgence à Calais ne se développe pas sur d'autres sites.

Lors de cette « crise migratoire » amorcée en 2015, nombre d'Etats européens ont vu affluer des milliers de réfugiés et ont fait prévaloir les mesures sécuritaires sur les mesures humanitaires. Dans le Nord et le Pas-de-Calais, la construction de murs et l'installation de fils barbelés, la répression par la violence des populations exilé(e)s ont primé sur le respect des droits de l'homme.

> **À ce titre, MdM rappelle la nécessité d'ouvrir des voies d'accès légales et sécurisées pour toutes ces personnes avec la possibilité de demander le droit d'asile dans le pays de leur choix, en assurant tout au long du parcours migratoire une protection spécifique des femmes et des enfants qui représentent désormais une part significative des migrants et réfugiés.**

(101) http://www.conseil-etat.fr/Actualites/Communiques/Migrants-a-Calais
(102) http://www.lemonde.fr/immigration-et-diversite/article/2015/11/02/la-justice-ordonne-des-amenagements-sanitaires-et-la-collecte-des-ordures-dans-la-jungle-de-calais_4801704_1654200.html#QUZFJ8xrrm5hJjsZ.99
(103) http://www.lemonde.fr/immigration-et-diversite/article/2016/03/07/ouverture-a-grande-synthe-du-premier-camp-humanitaire-de-france_4877547_1654200.html

DES ENFANTS EN SITUATION DE DANGER AU QUOTIDIEN DANS LES CAMPEMENTS DU LITTORAL

En mars 2015, on estimait qu'environ 500 mineurs isolés étaient présents dans les « jungles » situées sur le littoral du Nord de la France et près de 2 000 auraient transité sur ces sites entre juin 2015 et mars 2016 [Unicef 2016].

La récente enquête de l'Unicef, à laquelle MdM a participé, dresse un portrait alarmant des conditions de vie de jeunes mineurs arrivant seuls dans les départements du littoral de la Manche. Certains de ces enfants ont perdu leurs parents pendant leur trajet migratoire, d'autres cherchent à rejoindre des membres de leur famille en Europe, d'autres encore ont été envoyés seuls, dans l'espoir d'une vie meilleure en Europe. Le quotidien de ces mineurs est particulièrement difficile : les conditions de vie dans les camps sont déplorables, l'accès aux douches et aux repas est restreint et l'accès à la santé et à l'éducation est particulièrement difficile. La plupart des jeunes ont subi des blessures résultant des tentatives de passage, qu'ils réitèrent presque chaque nuit. Des états de stress posttraumatique et des troubles liés à l'anxiété sont courants chez ces enfants.

Du fait du durcissement des contrôles, la durée moyenne de vie dans ces conditions augmente continuellement[104], et avec elle le risque d'être sous l'emprise de réseaux d'exploitation. En effet, les jeunes sans ressources et sans adulte protecteur se retrouvent souvent contraints d'accepter des tâches fastidieuses (faire le ménage, aller chercher de l'eau, etc.) ou criminelles pour se faire accepter, être protégé ou simplement obtenir leur « droit d'entrée » sur les sites. De plus, nombre d'entre eux subissent des violences de la part de passeurs, mais aussi de milices ou encore des forces de l'ordre. Cette enquête met en particulier l'accent sur les violences sexuelles subies par ces jeunes. Une jeune femme érythréenne témoigne : *« Chaque nuit, les passeurs changent, donc tu ne sais pas qui sera là. Et chaque nuit, ils choisissent qui ils violent.* » La crainte du viol est constante pour les filles comme pour les garçons. La prostitution est également fréquente, certains jeunes se prostituant dans l'objectif de réunir les 5 000 à 7 000 euros nécessaires au passage en Angleterre.

Pourtant, un grand nombre de ces mineurs pourrait rejoindre un membre de sa famille en Europe de manière légale et sûre, par le biais de l'application de la procédure de réunification familiale permise par les textes européens. **L'État français tarde à mettre en place des procédures d'identification et de réunification familiale, forçant les mineurs à survivre dans les camps.** MdM a accompagné récemment certains de ces mineurs dans leurs démarches pour faire valoir leurs droits. Plus de 150 mineurs identifiés par les associations à Calais pourraient ainsi rejoindre leur famille.

Tous ces jeunes sont en situation de danger du fait de leur isolement et de leurs conditions de vie. MdM, aux côtés de nombreuses associations, demande des ajustements de la protection de l'enfance de manière urgente afin de garantir aux mineurs isolés une protection efficace.

(Un chapitre spécifique est consacré aux mineurs isolés page 31).

(104) Cinq mois en moyenne selon les estimations.

3. INTERVENTIONS DANS LES DOM

MAYOTTE : UNE ÎLE AU BORD DE L'EXPLOSION

LES POINTS ESSENTIELS

- → En 2015, seuls 9,2 % des enfants ayant consulté à MdM sont affiliés à la sécurité sociale.
- → 5,7 % des enfants de moins de 5 ans présentent une malnutrition aiguë.
- → Les couvertures vaccinales des enfants se situent entre 40 et 80 % selon les vaccins.
- → 37 % des consultants déclarent ne pas avoir accès à l'eau potable.
- → 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.

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, à la suite d'un référendum local, en violation du droit international. La libre circulation est rendue possible entre les 4 îles, jusqu'à l'instauration en 1995 du visa « Balladur » qui transforme alors la mobilité familiale et économique en « immigration irrégulière ».

En 2011, Mayotte est devenue un département français. Dans un récent rapport, la Cour des comptes dénonce la « fuite en avant » de la départementalisation et l'absence de pilotage et d'anticipation par l'État du processus *[Cour des comptes, 2016]*. Mayotte est le département le plus pauvre et le plus inégalitaire de France. Selon une enquête de 2005, 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]*. Le taux de chômage s'élève à 23,6 % en 2015, en augmentation importante par rapport à 2014 (+ 3,9 points) ; il atteint 63 % dans la classe d'âge 15-24 ans[105] *[Lurel 2016]*. Selon la Cour des comptes, la jeunesse est surreprésentée avec 50 % de moins de 17 ans alors qu'elle est sous-représentée dans les politiques publiques, quasi inexistantes *[Cour des comptes 2016]*.

Au fil des années, la politique migratoire de la France se radicalise peu à peu, visant à séparer de plus en plus Mayotte du reste de l'archipel des Comores.

En 2014, selon les chiffres de la préfecture de Mayotte[106], 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 % par rapport à 2014[107]. Des ruptures familiales massives sont provoquées par la politique d'expulsion et d'arrestation sur le sol mahorais et en mer : aujourd'hui entre 3 000 et 6 000[108] mineurs seraient isolés sur l'île *[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…

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]*. À ce titre, près d'un quart des personnes ayant consulté dans la clinique mobile de MdM pour leurs enfants citent la peur de se déplacer et des contrôles de police comme principal obstacle à l'accès aux soins, et

(105) Contre 24% en métropole dans cette classe d'âge.
(106) Conférence de presse du Préfet, avril 2015.
(107) Contre 16 % de hausse pour la métropole (une centaine d'enfants enfermés en 2013 et 2014). Au total 5 692 enfants ont été enfermés sur le territoire français en 2014, chiffres en augmentation considérables par rapport à 2013 (+57 %) *[Cimade 2015]*.
(108) Le sociologue Didier Guillot avait réalisé en 2012 une estimation de 2 922 mineurs isolés étrangers, dans une contribution à l'Observatoire des mineurs isolés étrangers. Des associations telles que TAMA ou APREDEMA estiment leur nombre à 6 000. La préfecture à 555.

près d'un tiers des enfants dont les deux parents sont en situation irrégulière. 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 kwasa*[109]» *[Sakoyan 2015]*. Cette peur peut être responsable en partie du retard ou du renoncement aux soins important sur l'île : ainsi en 2015 près de 16 % des accompagnants disent avoir renoncé à des soins pour leurs enfants et dans plus d'un tiers des consultations le médecin a estimé un retard de prise en charge.

Ainsi Mayotte, de par son histoire et sa situation géopolitique, est confrontée à une situation particulière alors que son économie est plus que fragile. Le climat social y est particulièrement tendu. Ce contexte explique en partie la dégradation générale du climat à l'égard des Comoriens qui se traduit notamment par la multiplication des actes xénophobes *(cf. encart)*. Ces graves évènements font suite à plusieurs mouvements de revendications pour l'égalité des droits (grèves, manifestations…) par rapport au reste du territoire français, fin 2015, arrêtés suite à l'instauration de l'état d'urgence.

UN ÉTAT DE SANTÉ DÉGRADÉ, ASSOCIÉ À UNE FAIBLESSE CRIANTE DES STRUCTURES DE SANTÉ

En matière de santé, Mayotte affichait en 2007 une surmortalité générale par rapport à la métropole de 84 %[110]. Le taux de mortalité maternelle y est 6 fois plus élevé qu'en métropole, la mortalité infantile 4 fois plus élevée *[Math 2012]*. Les pathologies chroniques telles que le diabète, problème majeur de santé publique à Mayotte, l'hypertension et l'obésité vont de pair avec les pathologies dites « du Sud » : les maladies diarrhéiques, le paludisme, la tuberculose.

La densité médicale[111] est 4 fois plus faible que la moyenne nationale et l'offre libérale, déjà très réduite, est en baisse *[Cour des comptes 2016]* faisant de Mayotte selon certains le premier désert médical de France. Les longs délais de rendez-vous dans les PMI (souvent supérieurs à 4 mois), tout comme l'absence de spécialistes à l'hôpital rendent ces services difficilement accessibles.

En 2005, alors que l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuit dans les structures publiques de soins, un système spécifique de sécurité sociale a été mis en place ouvert aux seuls Français et étrangers en situation régulière[112 113], **excluant ainsi de toute protection-maladie environ un quart de la population** *[Math 2012]*. **En effet, à Mayotte, la CMU, la CMUc[114] et l'AME n'existent pas. Par ailleurs, l'hôpital n'a pas de Pass et le dispositif du Fond pour les soins urgents et vitaux n'est pas applicable.**

La mise en place d'une sécurité sociale dérogatoire a ainsi conduit à en exclure les étrangers en situation irrégulière, mais aussi une partie de la population française mahoraise dans l'incapacité de justifier de son état civil ou de présenter d'autres documents exigés de façon abusive.

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. À titre d'exemple, la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) exigeait jusqu'à récemment un relevé d'identité bancaire (Rib) pour le dépôt de dossier, alors que l'accès à un compte bancaire à Mayotte est particulièrement compliqué et le taux de bancarisation très faible. Suite à une mobilisation inter-associative les usagers sans Rib peuvent maintenant être affiliés, mais de fait la médecine libérale, les transports d'urgence, les soins infirmiers à domicile, les appareillages et le matériel de qualité leur sont inaccessibles, alors qu'ils sont nécessaires notamment pour les soins de suite et pathologies chroniques.

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), et les droits à Mayotte 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) n'est dans les faits pas 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 à MdM, faute de pouvoir accéder au droit commun.

Ainsi on considère que 40 % des résidents Mahorais pouvant être affiliés à la sécurité sociale en étaient exclus en 2011 *[Roudot 2014]* et selon le Défenseur des droits, 75 % des enfants à Mayotte ne seraient pas affiliés à l'assurance maladie *[Mathieu 2013]*. Parmi les enfants vus en consultation par MdM, près de 9 sur 10 (87 %) ne sont pas affiliés à la sécurité sociale en 2015 dont près d'un quart

(109) Le "kwasa kwasa" est le nom comorien de petits canots de pêche rapides à fond plat utilisés à Mayotte.
(110) 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.
(111) Nombre de praticiens par nombre d'habitants.
(112) À Mayotte le code de la Sécurité sociale ne s'applique pas ; c'est l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte qui prévoit les dispositions en matière d'assurance maladie, spécifiques à ce territoire.
(113) Résidant en France depuis 3 mois ou autorisés à y séjourner pour une durée supérieure à trois mois.
(114) Mayotte, régi par le principe de spécialité législative, est un département français où toutes les lois françaises ne s'appliquent pas. Le code de la Sécurité sociale de s'appliquant pas à Mayotte, la réforme de la protection universelle maladie (PUMa) ne s'y appliquera pas.

des enfants affiliables (enfant ayant au moins un parent français ou en situation régulière résident à Mayotte).

Le système mis en place à Mayotte oblige les personnes en situation irrégulière ou sans assurance maladie à payer un forfait[115] souvent très élevé au regard de leurs moyens financiers *[COABS 2010]*. En 2009, suite aux dénonciations par les associations et institutions de l'insuffisance du système à Mayotte *[DDE 2008]*, un dispositif de « bons roses » ou « bons enfants » a été mis en place pour assurer la gratuité des soins des enfants non affiliés à la sécurité sociale au centre hospitalier de Mayotte.

Ce dispositif sans fondement légal et utilisé de manière aléatoire a perduré jusque fin 2015 malgré l'ordonnance du 31 mai 2012 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. En effet, en 2015, 66,5 % des parents des enfants reçus en consultations à MdM n'avaient jamais entendu parler des « bons roses », et le prix de la consultation au dispensaire ou au CHM avait été réclamé à près de 42 % des parents. **Le coût des soins apparaît ainsi comme le 1er obstacle à l'accès aux soins, déclaré par près de 73 % des consultants au centre pédiatrique de MdM.**

Les habitants de Mayotte devront attendre le 30 novembre 2015 pour que le CHM donne enfin, par une note interne, la consigne d'appliquer cette ordonnance. S'il s'agit là d'une avancée majeure pour les enfants et les femmes enceintes, il convient de rappeler que cette gratuité n'est possible que dans le service public ; l'accès aux soins pour les personnes ayant besoin de soins de suite en ville ou ayant une pathologie chronique (diabète, problème majeur de santé publique à Mayotte) reste particulièrement difficile.

> **MdM se félicite de ce progrès mais rappelle que cette gratuité ne remplace pas la mise en place d'un système d'assurance maladie tel qu'il existe en métropole, ni l'affiliation directe des mineurs, ainsi que la mise en place de l'AME pour les personnes en situation irrégulière. Ces réformes de fond demandées depuis longtemps par les associations et les institutions telles que la Halde[116], la Défenseure des enfants et plus récemment le Défenseur des droits[117], restent à mettre en place.**

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 Cide[118]. 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.

EXPULSIONS SAUVAGES ET VIOLENCES À MAYOTTE

Au cours du premier semestre 2016, de très graves évènements ont lieu : des groupes de villageois menacent, détruisent, brûlent des habitations et organisent des expulsions de maisons et villages (« décasages ») d'habitants comoriens dont beaucoup sont en situation régulière et installés depuis longtemps à Mayotte, sous le regard passif de la Préfecture. Cette dernière organise parfois au même moment des arrestations et expulsions en nombre. Ces violences semblent ainsi légitimées, et « l'immigration irrégulière » pointée comme seul facteur responsable des problématiques sociales de l'île. Fin juin environ 300 personnes, comoriennes, pour beaucoup en situation régulière, campent sur la Place de la République à Mamoudzou, dont 200 enfants, la tension semblant à son comble et les conditions sanitaires désastreuses faisant craindre des risques d'épidémie.

> **Dans ce contexte, les associations réitèrent auprès du Premier ministre leurs demandes afin que l'État prenne les dispositions nécessaires pour assurer le respect des personnes et de leurs droits fondamentaux. Il est également urgent et vital de prendre la mesure des besoins de développement tant de Mayotte que des Comores et d'engager un plan à la hauteur des aspirations légitimes des populations.**

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, permettant par exemple des contrôles et éloignements expéditifs (absence de recours suspensif au juge) et restreignant considérablement l'accès à la nationalité, à un titre de séjour et à la circulation. 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.

(115) Arrêté du 9 août 2005 relatif à la fixation de la provision financière à la charge des personnes non affiliées à un régime d'assurance maladie pour bénéficier des soins dispensés par le centre hospitalier de Mayotte.
(116) Halde, Délibération n°2010-87 du 1er mars 2010.
(117) 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.
(118) Tass de Mamoudzou, jugement du 17 décembre 2010.

DES PROBLÈMES DE SANTÉ DÉTERMINÉS PAR DES CONDITIONS D'HABITAT TRÈS DÉGRADÉES

Depuis juin 2015, le centre pédiatrique de MdM se trouve dans la commune de Kaweni, Grand Mamoudzou, considéré souvent comme le « plus grand bidonville de France ». Les consultations mobiles auprès des populations précaires se sont poursuivies toute l'année, sur les communes de Longoni, Vahibé et Koungou, à raison de deux sorties par semaine.

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 2015

En 2015, 1405 consultations médicales ont été réalisées auprès de 1086 enfants. Dans 57,9 % des cas ces consultations ont eu lieu au centre pédiatrique et dans 42,1 % lors de cliniques mobiles.

Près de la moitié (49 %) des enfants accueillis ont moins de 3 ans, 70 % sont nés à Mayotte, les autres étant quasiment tous nés aux Comores (98 % des enfants nés à l'étranger). 80 % de ces jeunes ont au moins un de leurs parents en situation irrégulière, 5 % ont un de leurs parents expulsé, enfin, 8 % ne vivent avec aucun de leurs parents[119]. Rappelons qu'en l'absence d'autorité parentale, l'accès aux soins des mineurs est particulièrement problématique à Mayotte.

Les trois principaux motifs de consultation des enfants sont d'ordre dermatologique (33 %), respiratoire (29,4 %) et digestif (22,1 %). Il est reconnu que les conditions de vie difficiles favorisent les infections cutanées et leur récurrence, ainsi que les pathologies d'ordre digestif. Rappelons que selon le dernier recensement de l'INSEE à Mayotte, 25 % des habitants n'ont pas accès à l'eau dans la maison ou dans l'enclos[120].

Les habitants de Vahibé et Koungou, par exemple, utilisent et consomment l'eau de la rivière, qui est souillée bien souvent en amont ou en aval par des immondices. Kawéni se caractérise par l'absence totale de nettoyage des berges des rivières et des dispositifs d'écoulement des eaux, le manque de dispositifs d'évacuation des eaux usées (et leur manque d'entretien lorsque ces derniers existent), le manque d'accès direct à l'eau potable et l'absence de ramassage des déchets. À ce titre, 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]*. L'installation de bornes fontaines est devenue une priorité de santé publique pour l'ARS depuis 2014, mais les avancées restent largement insuffisantes.

> **Il est urgent de repenser le système d'eau et d'assainissement sur l'ensemble de l'île et de trouver des solutions concrètes et pérennes autres que les bornes fontaines qui bien souvent ne fonctionnent pas et ne répondent pas aux besoins de la population.**

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

En 2015, 24,5 % des enfants présentent une pathologie chronique, pour près de la moitié d'entre eux un suivi est nécessaire. 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 sur l'île 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.).

Depuis 2013, MdM a mis en place au sein de ses consultations un dépistage systématique de la malnutrition aiguë[121]. Ainsi, **en 2015, près de 5,7 % des enfants de moins de 5 ans et 6,3 % des plus de 5 ans vus en consultation souffraient de malnutrition aiguë** *(tableau 27)*. Si les pourcentages de malnutrition aiguë globale semblent en baisse par rapport à 2014, force est de constater que la fréquence de la malnutrition aiguë sévère reste très élevée chez les moins de 5 ans. Rappelons qu'il s'agit d'une pathologie potentiellement mortelle nécessitant une prise

(119) Il s'agit de la situation des parents au jour de la 1re consultation de l'enfant.
(120) Recensement INSEE 2007.
(121) Relevé systématique du poids et de la 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 dépistés est possible.

en charge adaptée à l'hôpital et en ambulatoire selon les recommandations de l'OMS. En 2015, le CHM a travaillé un protocole de prise en charge des enfants malnutris sévère au sein de l'hôpital incluant la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée dans les structures de PMI. Or à ce jour, les compléments nutritionnels et aliments thérapeutiques ne sont toujours pas disponibles dans ces structures.

TABLEAU 27 : SITUATION NUTRITIONNELLE DES ENFANTS ACCUEILLIS DANS LE CENTRE PÉDIATRIQUE, 2015

	Moins de 5 ans	5 ans ou plus
Malnutrition aiguë modérée	4,6 %	5,9 %
Malnutrition aiguë sévère	1,1 %	0,4 %
Malnutrition aiguë[1]	5,7 %	6,3 %

(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 : 89 %, chez les enfants de 5 ans ou plus : 61 %

UNE INSUFFISANCE GLOBALE DES COUVERTURES VACCINALES

« Le 16 juillet 2015, à l'approche de la rentrée scolaire, Madame D. se rend au dispensaire de Jacaranda pour les vaccins de son enfant Y. Ce dernier présente également des douleurs abdominales pour lesquelles il est examiné et reçoit un traitement symptomatique. Il ne reçoit pas les vaccinations dont il a besoin (2nd ROR, rappel Tétravac + rappel EngeuxBio) car, selon le dispensaire, il y a déjà trop de patients à vacciner pour la Mecque. »

[Centre pédiatrique de Mayotte, 2015]

« F. est née à Mayotte. Elle a vécue à Anjouan à plusieurs reprises et est de retour à Mayotte depuis 2014. Ayant besoin d'un rattrapage vaccinal, elle se rend au centre hospitalier de Mayotte le 2 septembre 2015. A l'accueil, l'agent demande un extrait de naissance, un justificatif de domicile et 10 euros "pour la création du dossier". Malgré le rappel de la loi relative à la gratuité des soins, l'agent refuse et continue de dire "Il faut créer le dossier, c'est 10 euros". »

[Centre pédiatrique de Mayotte, 2015]

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.

Concernant les vaccinations obligatoires, seuls 72,1 % des enfants de 24-59 mois sont à jour pour le vaccin DTP, chiffre bien inférieur à celui retrouvé en 2010 en population générale à Mayotte (92,5 à 96,4 %) *[InVS 2012]*. Rappelons qu'en août 2015, une importante rupture de stock de vaccins pour le DTP a bloqué pendant un temps l'accès à la scolarisation des enfants en âge d'être scolarisés.

Pour les vaccins recommandés, seuls 42,6 % des enfants de moins de 2 ans vus en consultation sont à jour de leur vaccination contre le pneumocoque. Cette couverture vaccinale est 2 fois moins importante que celle retrouvée en 2014 en population générale (schéma complet = 89 %, une dose = 97 %). La plupart des enfants rencontrés lors des consultations MdM n'ont reçu aucune dose et ne font pas l'objet d'un rattrapage avant l'âge de 2 ans pour de multiples raisons : attente de rendez-vous en PMI trop longue, ruptures d'approvisionnements de vaccins, consultations payantes, etc.

Enfin, parmi les enfants de 25-59 mois, à peine plus de 7 sur 10 sont à jour de leurs vaccins pour le BCG, l'hépatite B, le ROR ou encore la coqueluche. Ces couvertures restent bien inférieures à celle retrouvée en population générale (entre 82 et 96 % selon le vaccin) *[InVS 2012]*.

Il convient de faciliter l'accès à la vaccination de tous les enfants vivant à Mayotte. À ce titre, MdM milite pour la gratuité effective des vaccins, 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...).

TABLEAU 28 : COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE 24 À 59 MOIS, 2015

	Enfants accueillis par MdM	Population générale[1]
DTP	72,1	92,5 - 96,4
Coqueluche	71,4	89,9 - 94,5
Hépatite B	74,3	93,1 - 96,4
Rougeole, oreillons, rubéole	70,1	82,0 - 88,9
BCG	71,3	90,5 - 95,1

Taux de réponse : > 80 %
(1) Couverture vaccinale basée sur la présence ou non du carnet de santé *[InVS, ARS, 2014]*.

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 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.

En 2015, 15 enfants de Mayotte ont ainsi été parrainés par MdM à Saint-Denis de La Réunion[122]. 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 2015(b)]*.

MdM demande une facilitation de l'obtention des titres de séjours pour les enfants évacués sanitaires dont les parents se trouvent en situation administrative précaire.

(122) Le programme parrainage est présenté page 21.

LA GUYANE : UN ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DÉGRADÉ

LES POINTS ESSENTIELS

- En 2015, 597 consultations médicales ont été réalisées au Caso de Cayenne et 215 lors des activités mobiles.
- Près d'un quart des consultants vivent dans de l'habitat précaire et informel, type bidonville.
- 54 % des patients présentent un retard de recours aux soins et 17,5 % ont renoncé à des soins dans les 12 derniers mois.
- Plus d'un quart des personnes rencontrées déclarent avoir limité leurs déplacements de peur d'être arrêtées.

Ancienne colonie française devenue département français en 1946, la Guyane est la plus vaste région de France (84 000 km²). Située en zone équatoriale, elle est parcourue par 2 fleuves frontières avec le Brésil à l'est et le Suriname à l'ouest. En dehors de la zone côtière, la circulation est seulement possible par cours d'eau, dans la forêt amazonienne. En 2011, cette région comptait plus de 237 500 personnes[123], dont les neuf dixièmes se concentrent sur la bande côtière qui longe l'océan Atlantique sur 350 km. Avec 45 % de moins de 20 ans, la population y est beaucoup plus jeune qu'en métropole.

De par son histoire marquée par différentes phases de peuplement, la Guyane présente une très grande diversité de cultures et de langues. Les Amérindiens, les Noirs Marrons ou Bushinengue[124] et les Créoles[125] sont considérés comme les groupes socio-culturels les plus anciens. Les dernières « vagues d'immigration » proviennent des pays voisins, essentiellement du Suriname, d'Haïti, du Brésil et de Guyana. En 2010, plus de 62 % des personnes de 18-79 ans sont des immigrants *[Lurel 2016]*. Le nombre d'étrangers en situation irrégulière est estimé entre 16 500 et 35 000, selon les différentes sources *[Min. Intérieur 2015]*.

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 français. **Aujourd'hui encore, une partie importante de ces populations est incapable de prouver l'ancienneté de sa résidence sur le « territoire français » et ne peut accéder à un état civil, se retrouvant en conséquence dans une situation quasiment d' « exil intérieur »** *[Martini 1999, Carde 2010, Maille 2009]*.

Comme dans les autres départements d'Outre-mer, la législation sur l'immigration présente de nombreuses mesures dérogatoires, restrictives et plus répressives qu'en métropole, notamment sur l'entrée, la circulation, le séjour, la nationalité, les contrôles d'identité, plus étendus, les expulsions, facilitées. Dérogatoires au niveau du droit, ces territoires le sont aussi dans la pratique. À ce titre, le Défenseur des droits pointait dans son récent rapport les nombreuses irrégularités dans le traitement des étrangers en Outre-mer, dont la Guyane *[DDD 2016]*. Deux barrages intérieurs limitent de surcroît la liberté de circulation dans le département *(cf. encart)*.

Des moyens importants sont consacrés à l'application de cette politique migratoire *[Jolivet 2011, Pialou 2007]*. **La politique actuelle d'expulsions pousse un grand nombre de personnes à limiter leurs déplacements.** Ainsi par exemple, en 2015, plus d'un quart des personnes ayant consulté au Caso de MdM déclarent avoir limité leurs déplacements de peur d'être arrêtées. Les contrôles d'identité et les expulsions du territoire en constante augmentation obligent les personnes à restreindre leurs déplacements, limitant leurs contacts avec toutes les structures institutionnelles et associatives et pouvant impacter leur recours aux soins.

UNE GRANDE PRÉCARITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE

La Guyane présente une situation socioéconomique très difficile. Le taux de pauvreté est de 26,5 % (calculé par rapport à la moyenne régionale) mais atteint 50 % de la population si on le rapporte à la moyenne nationale *[Lurel 2016]*. Le taux de chômage y est structurellement très élevé (21,3 % en 2014), en particulier chez les jeunes de moins de 25 ans (45 %), les immigrés et étrangers *[Lurel 2016]*. 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]*.

(123) INSEE, Recensement de la population de 2011.
(124) Descendants d'esclaves ayant fui les plantations coloniales.
(125) Descendants des esclaves rendus libres avec l'abolition de l'esclavage en 1848.

DES BARRAGES POLICIERS QUI BLOQUENT LA CIRCULATION INTÉRIEURE ET 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, à Régina à l'est, l'autre à Iracoubo, à l'ouest[126]. Ces postes fixes de contrôles d'identité ont des conséquences importantes pour la population et en particulier pour les étrangers en situation administrative précaire et les peuples autochtones dépourvus de preuves de leur identité et/ou de leur nationalité française. Ces frontières internes leur bloquent l'accès aux administrations (préfecture, tribunaux) et services de santé, pour beaucoup centralisés à Cayenne.

Ces barrages impactent directement l'accès aux soins : ils provoquent des retards au diagnostic, à une éventuelle prise en charge, des ruptures dans la continuité des soins et des non-recours aux soins. Les procédures complexes requises pour franchir les barrages, y compris pour les personnes se déplaçant pour raisons médicales, retardent soins et examens complémentaires et ont un effet dissuasif, tant sur les personnes que les professionnels de santé.

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 associations[127] ont déposé et renouvellent tous les 6 mois devant le tribunal administratif de Cayenne des recours contre les arrêtés préfectoraux renouvelant ces deux barrages policiers, en argumentant sur l'atteinte fondamentale aux droits de l'homme, condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme. En juin 2015, la cour administrative de Bordeaux rejetait les requêtes au motif qu'aucune des associations n'aurait intérêt à agir, ne se prononçant donc pas sur le fond et dans une volonté, semble-t-il, d'empêcher les recours contre les textes règlementaires. Étant donné les enjeux, les associations ont saisi le Conseil d'État en août 2015, la procédure est en cours.

Enfin, 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 droits sont 3 fois plus fréquentes qu'au niveau national *[Conan 2011]*.

Plus de la moitié de la population vit dans un logement insalubre en Guyane *[Lurel 2016]*. Ce territoire est marqué par le manque de logements et l'importance de l'habitat précaire et auto-construit type bidonvilles[128]. De ce fait, les problématiques de santé environnementales sont particulièrement importantes : logements sans eau courante, présence de mercure dans la chaîne alimentaire liées aux activités d'orpaillage… Pourtant, dans ce contexte, les expulsions de logements auto-construits ou d'habitats spontanés se sont poursuivis en 2015 sur l'Île de Cayenne, notamment sur le site de Terca où vivaient de nombreuses familles dont majoritairement des familles avec de jeunes enfants. Plusieurs associations dont MdM avaient alerté la ministre des Outre-mer.

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 inférieurs à celle de la métropole. **Les taux de mortalité maternelle et infantile sont respectivement 5 et 3,5 fois plus élevés qu'en métropole** *[Saucedo 2010]*. La Guyane affiche également un taux de suicide chez les jeunes 50 fois plus élevé que la moyenne nationale *[Mathieu 2015]*.

L'incidence de la tuberculose est la plus élevée des régions françaises, avec 24,1 cas pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale était de 7,3/100 000 en 2014 *[InVS 2016]*. 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]*. La Guyane enregistre en 2014 la plus forte proportion de sérologies confirmées positives pour le VIH (7,2 ‰), devant l'Île-de-France (4 ‰), la Guadeloupe (3,4 ‰), la Martinique et Mayotte (2,5 ‰) *[Cazein 2015]*.

Dans ce contexte d'urgence sanitaire vis-à-vis du VIH, l'usage des Trod dans les programmes de MdM a démarré en 2010 en Guyane, et ce en dépit de l'absence d'autorisation légale de les utiliser. Au total, depuis 2010, ce sont 1 688 tests qui ont été réalisés. La prévalence du VIH est de 1,2 %. Cette prévalence est cependant inférieure à celle retrouvée en métropole lorsque le dépistage est proposé dans nos programmes à l'aide de tests classiques (2,9 %).

(126) http://www.franceguyane.fr/actualite/faitsdivers/le-barrage-de-regina-juge-illegal-par-huit-associations-177005.php.
(127) Aides, la Cimade, le Collectif Haïti de France, le Comède, la Fasti, le Gisti, la Ligue des droits de l'Homme.
(128) Le nombre de logements informels en Guyane était estimé à 19 000 en 2010 *[IEDOM 2010]* et le déficit dépasse les 90 000 logements selon le récent Plan logement Outre-mer *[Ministère des Outre-mer 2015]*.

Ainsi, cela doit nous inciter à recentrer l'offre de dépistage à l'aide de Trod aux populations les plus vulnérables.

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 des professionnels de santé[129], 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 deux Pass[130] de l'agglomération de Cayenne sont largement saturées et fragiles par manque de moyens. Enfin, il existe une réelle difficulté d'accès aux examens complémentaires tels que l'imagerie ou la prise de sang, la seule solution étant le plus souvent la Pass, dans laquelle le délai courant de prise en charge dépasse souvent les 15 jours.

Dans ce contexte, le Caso de Cayenne a été ouvert en 2006, complété à partir de fin 2011 par un dispositif de consultations mobiles (activités Caso hors les murs). En 2015, l'équipe mobile est intervenue dans 3 quartiers des communes avoisinant Cayenne[131], caractérisés par un habitat particulièrement précaire et des mauvaises conditions sanitaires (peu d'accès à l'eau, ramassage des ordures chaotique, accès informel à l'électricité). **597 consultations médicales[132] ont été réalisées au Caso de Cayenne et 215 lors des activités mobiles, pour une file active de 638 personnes.** Les pathologies les plus fréquentes sont avant tout digestives, dermatologiques, gynécologiques, respiratoires et ostéo-articulaires. Dans près de la moitié des consultations, au moins une pathologie chronique était diagnostiquée.

La population rencontrée au Caso de Cayenne se caractérise par une prévalence importante de l'obésité[133] : 29,6 % des patients étaient en surpoids et 16,4 % étaient obèses. 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 socio-économiques et historiques (changement des habitudes alimentaires, pauvreté…) mais également géographiques, climatiques et industrielles[134] *[Min. du Travail, de l'emploi et de la santé 2011]*. De ce fait la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées sont une priorité de santé publique sur ce territoire.

On constate également un retard dans l'accès aux soins particulièrement important chez les patients fréquentant le Caso (54 %), lié en partie à la part importante des femmes enceintes, qui pour nombre d'entre elles consultent très tardivement pour leur grossesse. En effet, plus d'un tiers de ces femmes n'ont pas eu accès aux soins prénataux et présentent un retard de suivi de grossesse. Ces chiffres sont à mettre en relation avec les très forts taux de mortalité maternelle et infantile en Guyane *[Saucedo 2010]*. La difficulté majeure pour ces femmes concerne la réalisation des échographies du premier et deuxième trimestre, impossible à faire réaliser dans les délais impartis et en l'absence de droits ouverts. On peut souligner toutefois une amélioration en 2015 concernant l'application de la procédure d'ouverture immédiate des droits pour les femmes enceintes, suite à un partenariat entre les PMI des communes de l'Île de Cayenne et la CGSS.

Le suivi gynécologique des femmes est également assez faible : plus d'un tiers des femmes n'avaient jamais réalisé de frottis cervico-vaginal au jour de leur 1re visite au Caso et 81 % n'avaient pas de contraception.

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

L'accès aux droits pour les personnes en situation précaire en Guyane est tout aussi difficile qu'en métropole. En effet si 93,6 % des consultants ont des droits théoriques à l'assurance maladie, moins de 7 % ont des droits ouverts lorsqu'ils se présentent à MdM. Parmi eux, 58 % relèvent de la CMUc et 35 % de l'AME.

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

En 2015, nos équipes constatent toujours 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

(129) Les densités des professionnels de santé sont de 2 à 5 fois inférieures à celles de la métropole.
(130) En été, elles sont même fermées faute de médecins. La Pass de Balata ne délivre pas de médicaments, obligeant les patients à se rendre à l'hôpital de Cayenne. Un encart est consacré aux Pass page 56.
(131) Les quartiers de Morthium et Terca, commune de Matoury ; quartier Piste Tarzan, commune de Remire.
(132) En raison de l'absence de médecins au Caso, les consultations médicales n'ont pu être assurées qu'au cours du premier semestre 2015.
(133) Définition standard utilisée et définie comme suit : Maigreur : IMC<18,5 ; Surpoids : 25 ≥IMC<30 ; Obésité : IMC≥30.
(134) La loi du 4 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer vise à réduire les taux de sucre des produits manufacturés vendus Outre-mer, plus élevés que ceux vendus en métropole.

fréquemment, et de façon aléatoire, des documents non prévus par les textes (multiplicité de documents pour justifier de l'identité, exigence d'actes de naissance traduits, de Rib, de copie de passeport valide…) ou rejette abusivement des dossiers (refus de convocation Ofpra). Du fait des très longs délais de traitement de la caisse, certaines pièces expirent entre la date de dépôt et le traitement du dossier, contraignant les personnes à renouveler leur démarche.

Par ailleurs, la caisse entretient 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. Enfin, rappelons que Cayenne se caractérise par un important habitat informel et auto-construit, rendant la production de justificatifs officiels impossible. De ce fait, il n'est pas rare que les personnes aient 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.

En 2015, la moitié des personnes citent la barrière linguistique comme une difficulté d'accès aux soins et aux droits. À l'hôpital, le français est rapidement indispensable, de nombreux professionnels de santé étant métropolitains et étrangers. 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 discriminations 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 (éducations, logement…) *[ACSé2009, Piantoni 2009, Carde 2010, Maille 2009*].

La complexité des démarches, les réglementations restrictives, les pratiques illégales, mais aussi les attitudes directement ou indirectement discriminatoires ont pour conséquence de dissuader de nombreuses personnes de faire valoir leurs droits. Ainsi, en 2015, 17,5 % des patients déclarent avoir renoncé à des soins dans les 12 derniers mois et 54 % présentaient, selon les médecins, un retard de recours aux soins (contre 40 % pour l'ensemble des Caso).

LA POPULATION ACCUEILLIE À CAYENNE, SENSIBLEMENT DIFFÉRENTE DE CELLES ACCUEILLIES DANS LES CASO DE MÉTROPOLE

Le profil de la population fréquentant le Caso est sensiblement différent de celui des Caso métropolitains *(cf. Annexe 4 tableau page 123)*. La population y est en particulier nettement plus féminine (56,7 % contre 37,4 % dans les autres Caso), moins souvent en situation irrégulière. La part des demandeurs d'asile est près de 10 fois supérieure (41,9 % contre 4,9 %). La précarité reste très importante : 77 % des personnes disent n'exercer aucune activité pour gagner leur vie et 94 % vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Concernant la situation vis-à-vis du logement, seules 10,7 % des personnes vivent dans un logement personnel, 66,8 % sont hébergées par des proches et 20,3 % vivent en squat ou en campement.

La très large majorité des personnes accueillies (98,7 %) sont des ressortissants étrangers : près de la moitié sont Haïtiens (47,4 %), suivis par les Dominicains (13 %), les Péruviens, Brésiliens, et les personnes de Guinée-Bissau. S'ils sont plus souvent en situation régulière (par rapport aux étrangers accueillis en France métropolitaine), force est de constater que 70 % d'entre eux ont un titre de séjour d'une durée inférieur à trois mois, mettant en évidence une très grande fragilité administrative.

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.
- Agrali S, Morel E. « *Prendre soin* » Maux d'exil, 2012 ; 36 pages.
- Amnesty International France. « *Condamnés à l'errance. Les expulsions forcées des Roms en France* ». Paris. 2013.
- ANSA. « *Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes* ». ANSA, DGCS, 2016.
- 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 Calaisis. « Le pas d'après »* ». Rapport, 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 ?* ». 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.
- 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* », Open Forum Infect Dis, 2015 ; 2.
- Bourgois L, Le Cleve A, Masson Diez E, Peyroux O. « *Du bidonville à la ville : vers la vie « normale »? Parcours d'insertion des personnes migrantes ayant vécu en bidonvilles en France* », Etude réalisée par l'association Trajectoires. Novembre 2015.
- Bouris S, Merry L, Kebe A, Gagnon A. « *Mothering here and mothering there: International migration and postbirth mental health* » Obstetrics and Gynecology International, 2012 ; 1-6.
- 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.
- Brousse C. « *1ère partie : Définition de la population sans-domicile et choix de la méthode d'enquête* », Insee-Méthodes, 2016 ; n°116.
- 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* ». Autrepart, 2010 ; 55 pages.
- 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.
- 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.
- Chambon N, Le Goff G. « *Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie* ». Revue française des affaires sociales, 2016/2 ; 6 : 123-40.
- 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.
- CNCDH. « *Avis sur le projet de loi relatif à la réforme de l'asile* ». 20 novembre 2014, 28 pages.
- CNCDH. « *Avis sur le respect des droits fondamentaux des populations vivant en bidonvilles* ». Février 2015(a).
- CNCDH. « *La lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie* ». La documentation française, 2015(b)
- 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.
- CNLE. « *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale* ». 2015
- 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.
- Collectif National Droits de l'Homme, Romeurope. « *Rapport politique* », 2015.
- Comede. « *La santé des exilés. Rapport Comede 2014* ». 2014. 131 pages.
- Comité de suivi de la loi Dalo. « *Le droit à l'hébergement opposable en péril* ». 8e rapport du Comité de suivi de la loi Dalo. Avril 2015.

- 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.
- (La) Cour des Comptes. « *La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République* ». Rapport public thématique. Juin 2014.
- (La) Cour des comptes. « *La départementalisation de Mayotte. Une réforme mal préparée, des actions prioritaires à conduire* ». Rapport public thématique. Janvier 2016.
- Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau 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.
- (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.
- (Le) Défenseur des droits (DDD). « *Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de Calais* ». Octobre 2015.
- (Le) Défenseur des droits (DDD). « *Les droits fondamentaux des étrangers en France* ». Mai 2016.
- Decker M, Crago AL, Chu S, Sherman S, Seshu M, Buthelezi K, Dhaliwal M, Beyrer C. « *Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV* ». Lancet, 2015 ; 385 : 186-99.
- Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. « *Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ?* ». BEH, 2015 ; 40-41 : 752-8.
- Desprès C. « *Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité* », Anthropologie & Santé, 2013 ; 6 pages.
- D'Halluin E. « *La santé mentale des demandeurs d'asile* ». Hommes et migrations, 2009 ; 1982 : 66-75.
- DIHAL. « *Etat des lieux national des campements illicites* » Rapport, 2014.
- DIHAL. « *La lettre d'information de la DIHAL N°17* ». 16 décembre 2015. 2 pages.
- Duthé G, Hazard A, Kensey A. « *Suicide des personnes écrouées en France : évolutions et facteurs de risques* ». Population, 2014 ; 69 (4) : 7-38.
- Dray-Spira R, Wilson d'Almeida K, Aubrière C, Marcellin F, Spire B, Lert F. « *État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées* ». BEH, 2013 ; 26-27: 285-92.
- 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.
- Feltz V. « *Age assessment for unaccompanied minor: when European countries deny children their childhoodd* » MdM international network head office, 2015.
- 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* ». InVS, Rapport, 2013 ; 146 pages.
- FNARS. « *Baromètre du 115. Synthèse hivernale 2015/2016* ». Mai 2016.
- Fondation Abbé Pierre. « *21e rapport sur l'État du mal-logement en France* », février 2016.
- France Terre d'asile. « *Mineur non accompagné : étranger ou enfant ? Etat des lieux et perspectives des politiques d'accueil en Europe à l'aune de la convention internationale des droits de l'enfant* ». Acte du colloque du 30 octobre 2015, Paris.
- Gallison M. « *Voir Calais et mourir* ». Plein droit, 2016 ; 109 :11-14.
- Godin-Blandeau E, Verdot C, Develay AE. « *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger* ». InVS ; 2014. 94 pages.
- Gosselin A, Desgrées du Loû A, Lelièvre E, Lert F, Dray-Spira R, Lydié N. « *Migrants subsahariens : combien de temps leur faut-il pour s'installer en France ?* » Populations et sociétés, 2016 ; 533 : 1-4.
- Gotham D, Barber M, Fortunak J, Pozniak A, Hill A. « *Rapidly falling costs for new hepatitis C direct-acting antivirals (DAAs): potential for universal access* ». Abstract présenté à la 21e conférence Aids, Durban, South-Africa, Juillet 2016.
- 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.
- HAS. « *Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae ; état des lieux et propositions* », Synthèse, 2010 ; 26 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.
- 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.
- Helfter C. « *Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital* », ASH, 2014 ; 2851 : 32-35.
- Human Rights Watch. « *France : Les migrants et les demandeurs d'asile victimes de violence et démunis* ». Rapport, 2015.
- IEDOM. « *L'habitat dans les outre-mer français : progrès, enjeux, disparités* ». Les notes de l'Institut d'émission, 2010 ; 75 pages.
- Inserm, Healthcare, Roche. « *Obépi : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité* », Roche, 2012.
- InVS, Cnamts, Cetaf. « *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004* », Rapport InVS, 2007 ; 112 pages.
- InVS. « *Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance et la prévention* ». BEH, 2011 ; 26-27-28.
- InVS. « *Santé et recours aux soins des migrants en France* ». BEH, 2012 ; 2-3-4.
- InVS. « *Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger.* » Rapport, 2014(a).
- InVS, ARS. « *Enquête de couverture vaccinale à Mayotte en 2010* » Rapport, 2014(b), 66 pages.

- InVS. « *Bulletins des réseaux de surveillance des IST* ». Février 2016(a).
- InVS. « *Epidémiologie de la tuberculose en France : données 2014* ». Mars 2016(b).
- Inpes. « *Prison : quelle place pour la promotion de la santé ?* ». La santé en action, 2014 ; 430 pages.
- Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S, et al. « *Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011.* » BEH, 2013; 39-40 : 504-9.
- 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 ; 117 pages.
- Karoutchi R. « *Projet de loi de finances pour 2016 : immigration, asile et intégration* » Rapport général n°164 (2015-2016), fait au nom de la commission des finances, déposé le 19 novembre 2015.
- 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.
- 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.
- Lurel, V. « *Egalité réelle en Outre-mer* ». Rapport au Premier ministre. Assemblée nationale. 15 mars 2016.
- Maffesoli SM. « *Les travailleuses du sexe, entre violence et silence* », Lettre du Comité pour la santé des exilés (Comede), Maux d'Exil. Avril 2016.
- Maille D. « *Guyane : les professionnels formés à la prise en charge des migrants* ». La santé de l'homme, 2009 ; 404 pages.
- Maniglio R. « *Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review* ». Acta Psychiatr Scand, 2009 ; 119 : 180-91.
- Martini JF. « *Session de rattrapage pour l'état civil guyanais* », Plein droit, 1999 ; 43 pages.
- Masullo A. « *Santé et recours aux soins des populations précaires* » 2006, Eris, 15 pages.
- Math A. « *Mayotte. La situation économique et sociale* » Chronique internationales de l'Ires, 2012 ; 134 pages.
- 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. « *Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité* ». Mars 2013(a).
- 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 confrontés à de multiples facteurs de vulnérabilité. Obstacles à l'accès aux soins des enfants et des femmes enceintes en Europe* », Réseau international MdM, rapport 2015(b).
- MdM. « *Calais : Des violences de toutes sortes* », Synthèse pour la CNCDH proposée par la Mission Migrants Nord Littoral de Médecins du Monde. 2015(c).
- MdM. « *État bucco-dentaire et accès aux soins des personnes en situation de précarité* » Rapport d'étude *(à paraître)*. 2016(a).
- MdM. « *Les conditions d'hébergement des personnes en situation de grande précarité, une enquête auprès des patients rencontrés par Médecins du Monde en Île-de-France* ». Mars 2016(b).
- Mermaz L, Floch J. « *Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises* ». 28 juin 2000.
- MigRom. « *The immigration of Romanian Roma to western Europe: Causes, effects, and future engagement strategies, Report on the extended Survey* ». France. Février 2015.
- 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 de la Justice. « *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire* ». Janvier 2016.
- 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.
- Observatoire du Samu social de Paris. « *Enfants et familles sans logement. Rapport d'enquête ENFAMS. Enfants et famille sans logement personnel en Ile de France* ». Rapport, 2014 ; 359 pages.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanes (OEDT). « *Rapport européen sur les drogues, tendances et évolutions* ». 2015.
- Observatoire national des violences faites aux femmes. « *Lettre N°7* ». Octobre 2015.
- Observatoire régional de santé d'Île-de-France. « *Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France* », 2012.
- OCRTEH. « *La criminalité en France* ». Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Sous la direction de Bauer A et Soullez C. 1011 pages.
- ODSE. « *Missions de l'hôpital public et dispositifs Pass : Rappels et recommandations ODSE* ». Avril 2014.
- Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC). « *Rapport mondial sur les drogues* ». 2015.
- OFDT. « *Drogues, chiffres clés* ». 2015.
- Ofpra. « *Rapport d'activité 2014. A l'écoute du monde* », 2015 ; 115 pages.
- OIP. « *Rapport sur les conditions de détention en France* ». 2011.

- OIP. « *Rapport d'activité 2015* », 2016.
- ONZUS. « *Rapport annuel, 2014* ». Mai 2015.
- Organisation internationale pour les migrations (OIM). « *Europe/ Mediterranean Migration Response* ». Novembre 2015.
- Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen A, Lydié N, Dray-Spira R, Bajos N, Lert F, Desgress du Lou A. « *Forced sex, migration and HIV infection among women from sub-Saharan Africa living in France: results from the ANRS Parcours study* »; 21ème Conférence internationale sur le SIDA ,Durban, 18-22 juillet 2016.
- Pauti MD, Tomasino A, Mari C, Mathieu C, Kartner A, Idrissu C, Benet A, et al. « *Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France* ». BEH, 2016 ; 13-14 : 230-6.
- Petiau A, Pourtau L. « *Vivre en squat. Une bohème populaire au XXIe siècle* ». CNRS éditions, 2014
- Pialou A. « *La Guyane ou le « tout reconduite* » » Plein droit, 2007 ; 74 : 48.
- Piantoni F. « *La question migratoire en Guyane française. Histoire, sociétés et territoires* », Hommes et migrations, 2009 ; 2 : 198-216.
- Picon E, Sannino N, Minet B, Henocq AC, Seigneur R. « *Evaluation du dispositif Lits Haltes Soins Santé (LHSS)* », DGCS, Rapport final, 2013 ; 179 pages.
- Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, et al. « *Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine* ». BEH, 2016 ; 13-14 : 224-9.
- Prost A, Elford J, Imrie J, Petticrew M, Hart G. « *Social, behavioural, andintervention 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, Schvallinger F, Naud-Llamas C. « *Santé et précarité : les permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaire* ». La santé de l'homme, 2012 ; 417 : 31-33.
- Roinsard N. « *Conditions de vie, pauvreté et protection sociale à Mayotte : une approche pluridimensionnelle des inégalités* ». Revue française des affaires sociales, 2014 ; 4.
- Roudot A. « *Intégration territoriale et fractures sanitaires à Mayotte : états de santé du 101e département français* », Revue française des affaires sociales, 2014 ; 4.
- 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-Tharaux 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* » 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.
- Tabouri A, « *L'interprétariat dans le domaine de la santé. Une question aux enjeux souvent ignorés* », 2013, Hommes et migrations, 1282 : 102-106.
- Tanti-Hardouin, N, Haezebrouck, D. « *Sens de la médiation santé de Médecins du Monde auprès des populations roms : les nouveaux enjeux de la lutte contre la grande exclusion* ». Novembre 2015.
- Teoran J, Rustico J. « *Un programme national de médiation sanitaire. De l'expérimentation à la généralisation* » Études tsiganes, 2014, 52-53 : 181-9.
- Tessier S, Cohen F, Azogui-Levy S et al. « *Promouvoir la santé bucco-dentaire* ». La Santé de l'homme, 2012 ; 417 : 4-5.
- Triandafyllidou A. « *Migration irrégulière en France - Projet de Recherche 'CLANDESTINO'. Compter l'Incomptable : Données et Tendances en Europe* », 2009.
- UNHCR. « *Global trends Forced displacement in 2015* », 2016 ; 68 pages.
- UNHCR. « *Principes directeurs du HCR sur les critères et les normes applicables quant à la détention des demandeurs d'asile* ». Genève. 2012.
- UNHCR, UNICEF. « *Safe and Sound: What States can do to ensure respect for the best interests of unaccompanied and separated children in Europe* ». Geneva. 2014.
- UN-HABITAT. « *The Challenge of Slums, Global Report on Human Settlements 2003* ». United Nations Human Settlements Program, Earthscan Publications, Londres. 2003.
- UNICEF. « *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration* ». 2013.
- UNICEF France. « *Ni sains, ni saufs. Enquête sur les enfants non accompagnés dans le nord de la France* ». 2016.
- 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.
- UNODC. « *Global Report on Trafficking in Persons* ». 2014.
- Van Bui T, Lévy-Bruhl D, Che D, Antoine D, Jarlier V, Robert J. « *Impact of the BCG vaccination policy on tuberculous meningitis in children under 6 years in metropolitan France between 2000 and 2011.* » Eurosurveillance, 2015 ; 20 : 11.
- Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. « *L'hébergement des sans-domicile en 2012* », Insee première, 2013 ; 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.

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 PRIMAIRES[1]

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 spécifié[2]
B Sang, système hématopoïétique / immunologie *(**B**lood, sang)*
D Système **D**igestif
F Œil
H Oreille *(**H**earing, audition)*
K Cardiovasculaire
L Ostéo articulaire *(**L**ocomotion)*
N **N**eurologique
P **P**sychologique
R **R**espiratoire
S Peau *(**S**kin, peau)*
T Métabolique, nutrition, endocrinien
U Système **U**rinaire
W Grossesse, accouchement, planning familial *(**W**oman, femme)*
X Système génital féminin et sein *(Chromosome **X**)*
Y Système génital masculin et sein *(Chromosome **Y**)*
Z Social[3]

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

(1) Pour plus d'informations sur la CISP ou télécharger la grille, se référer au site internet du CISP-Club http://www.cispclub.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.

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))*

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 dix 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'examens 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.

Général et non spécifié (A)
- Symptômes et plaintes généraux
- Diagnostics non classés ailleurs
- Tuberculose

Sang. Syst. hématop./immunol. (B)
- Sympt. et plaintes syst. hémato/immuno
- Anémies
- HIV
- Autres diag. syst. hémato/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

Œil (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
- Autresdiagnosticscardiovasculaires

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)
- Angoisse, stress, troubles somatiques
- Syndrome dépressif
- Psychose
- Utilisation de subst. psychoactives (alcool)
- Utilisation de subst. psychoactives (tabac-médicaments)
- Utilisation de subst. psychoactives (drogues)
- Autres problèmes psychologiques

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 insulinodépendant
- 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

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 du Caso de Marseille qui a 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 Kruskall 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 2015 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.

Dossier médical - Mission France – Observatoire 2015, Version définitive du 26/11/2014

Mission France Observatoire

DOSSIER MEDICAL 2015

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

Nom du médecin/ infirmier(e)/sage-femme : _

A. Numéro de dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _

B. Date de consultation : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dossier médical - Mission France – Observatoire 2015, Version définitive du 26/11/2014

DEPENDANCES *Pb d'abus répété ou d'addiction à l'alcool, produits psychoactifs ou médicaments détournés de leur usage*

STATUT SEROLOGIQUE

A. Avez-vous déjà été dépisté pour :			B. Si oui, connaissez-vous le résultat (*) ?			Date du dernier dépistage
a. VHB	❒1 Oui	❒2 Non	❒1 Inconnu	❒2 Positif(**)	❒3 Négatif	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
b. VHC	❒1 Oui	❒2 Non	❒1 Inconnu	❒2 Positif(**)	❒3 Négatif	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
c. VIH	❒1 Oui	❒2 Non	❒1 Inconnu	❒2 Positif	❒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

d. Voulez-vous être dépisté pour la tuberculose ? ❒1 Oui ❒2 Non

➔ ***Penser à orienter pour le dépistage des maladies infectieuses y compris pour les autres IST et la tuberculose***
(merci de le renseigner à la 4ème 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 OBSTETRICAUX

a. Avez-vous une contraception actuellement ? ❒1 Oui ❒2 Non ❒3 Non concernée *(ménopausée, pas encore menstruée, enceinte, désirant être enceinte)*

Si non, **b.** 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 Non

l. Demande d'IVG : ❒1 Oui (code CISP : W79) ❒2 Non

ANTECEDENTS / ALLERGIES / CONTRE INDICATIONS

Traitement habituel / en cours (Classe / posologie / durée)

MOTIF(S) DE CONSULTATION ***ou plainte(s) exprimé(s) par le patient***

OBSERVATIONS MEDICALES ***TA : _ _ _ Fréquence cardiaque : _ _ _ _ Glycémie ___\.______\ g/l***

1. Poids: *\ _________\.___\ kg** ***2. Taille:*** *_________\ cm* ***(IMC : _ _ _ _)***

* *Pour les enfants : merci d'indiquer le plus précisément possible avec 1 chiffre derrière la virgule de 0.0 à 0.9 et ne pas arrondir au kg près.*

DIAGNOSTIC(S) /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 (certificat, renouvellement ordonnance, etc.) eventuellement réalisées

	1er diagnostic / résultat de cs	**2ème diagnostic / résultat de cs**	**3ème diagnostic / résultat de cs**
Diagnostic / résultat de cs ***OU*** *symptômes et plaintes si pas de diagnostics ET autres pbs de santé repérés ET procédure(s) réalisée(s)*			
3. Code CISP	_ _ _	_ _ _	_ _ _
4. Diagnostic en attente	❒1 Diagnostic en attente	❒1 Diagnostic en attente	❒1 Diagnostic en attente
5. La pathologie est-elle aigüe ou chronique ?	❒1 Aigüe ❒2 Chronique ❒3 Ne sait pas	❒1 Aigüe ❒2 Chronique ❒3 Ne sait pas	❒1 Aigüe ❒2 Chronique ❒3 Ne sait pas
6. Un traitement ou un suivi serait-il…	❒1 Nécessaire ❒2 Accessoire	❒1 Nécessaire ❒2 Accessoire	❒1 Nécessaire ❒2 Accessoire
Si un traitement ou un suivi est nécessaire **7. Le pb était-il traité ou suivi avant la 1re cs à MdM ?**	❒1 Oui ❒2 Oui partiellemt/irrégulièremt ❒3 Non ❒4 Ne sait pas	❒1 Oui ❒2 Oui partiellemt/irrégulièremt ❒3 Non ❒4 Ne sait pas	❒1 Oui ❒2 Oui partiellemt/irrégulièremt ❒3 Non ❒4 Ne sait pas
8. Le pb de santé aurait-il dû être traité plus tôt ?	❒1 Oui ❒2 Non	❒1 Oui ❒2 Non	❒1 Oui ❒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 2015, Version définitive du 26/11/2014

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 / DEPISTAGES

Nom de la structure, date prise de rdv, date du rdv, avec qui, accompagnement, etc.

❒1 Examens complémentaires

- ❒1 Test de grossesse _ _ _

Mission France Observatoire

DOSSIER SOCIAL 2015

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 1re consultation au centre : _ _ _ _ _ _ _ _

B. Date de consultation / rencontre : _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)

Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dossier social Mission France – Observatoire 2015, version déf. 04/12/14

CONDITIONS DE VIE

6. Vivez-vous actuellement en couple, en France ? ❒1 Oui ❒2 Non ***Commentaires***

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

9. Combien d'enfants mineurs avez-vous à charge, en France : ________\
(Il s'agit de tous les enfants à charge, que la personne soit le parent ou pas : enfi du conjoint, neveu à charge…)

10. La personne est-elle un(e) mineur(e) isolé(e) ? ❒1 Oui ❒2 Non
(Un mineur isolé est un jeune seul, sans parent ou adulte le prenant en charge en France)

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. Si la personne est un enfant de moins de 16 ans, est-il scolarisé ?
❒1 Oui ❒2 Non

13. Concernant le logement, quelle est votre situation actuellement ?
❒1 Sans domicile fixe *(à la rue) (→ Q15)*
❒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 : _

14. Considérez-vous votre situation vis-à-vis du logement comme ?
❒1 Temporaire/Instable ❒2 Stable

SITUATION ADMINISTRATIVE

15. Dernière date d'entrée en France ? _ _ / _ _ / _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)
❒1 Non concerné(e) *(né(e) en France et est toujours resté(e) en France)*

16. 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, assimilés aux actifs, ayant droits…)*
❒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 *(visa C…)* en cours de validité
❒6 RV ou convocation Préfecture
❒7 Titre de séjour *(APS, récépissé…)* valide de 1 à 6 mois, date d'échéance _ _ _ _ _
❒8 Titre de séjour valide *(carte de résident…)* de 10 ans, date d'échéance _ _ _ _ _ _ _
❒9 Titre de séjour autre durée *(APS ou CST…)*, **précisez la durée :** _ _ mois ***OU*** _ _ ans, date d'échéance _ _ _ _
❒10 Sans titre de séjour / Sans autorisation de séjour en France
❒11 Titre de séjour dans un autre pays européen (depuis moins de 3 mois en France, date d'échéance _ _ _ _ _ _

DEMANDE D'ASILE

17. Avez-vous déposé (ou tenté de déposer) une demande d'asile, en France ?

❒1 Oui → **17.1. Quelle est votre situation à ce jour ?**
- ❒1 Placement en procédure Dublin III
- ❒2 Demande OFPRA en cours → ❒1 Procédure normale ❒2 Procédure prioritaire
- ❒3 Recours, réexamen CNDA en cours → ❒1 Procédure normale ❒2 Procédure prioritaire
- ❒4 Reconnu(e) réfugié(e)
- ❒5 Protection subsidiaire
- ❒6 Débouté(e)

❒2 Non → **17.2. Souhaitez-vous déposer une demande d'asile en France ?**
❒1 Oui ❒2 Non

17.3. Etes-vous reconnu(e) réfugié(e) dans un autre pays européen ?
❒1 Oui ❒2 Non

18. Avez-vous déposé auprès de la préfecture une demande de régularisation (hors asile) ?

❒1 Oui → **18.1. Préciser :**
❒1 Démarches en cours ❒2 Accordée ❒3 Refusée ❒4 Ne sait pas

18.2. S'agit-il d'une demande de régularisation pour raisons médicales ?
❒1 Oui ❒2 Non

❒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 ?

19. Exercez-vous une activité pour gagner votre vie en France ?

❒1 Oui, une activité déclarée
❒2 Oui, une activité non déclarée (travail non déclaré, mendicité…)
❒3 Non, aucune activité

20. 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 : _ _ _ _ _€ ❒1 NSP ❒2 Nourri(e)/logé(e)

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)…)

_ _

_ _

21. Disposez-vous d'une adresse pour recevoir votre courrier ?

❒1 Oui, adresse personnelle ou chez famille, amis

❒2 Oui une domiciliation → **21.1. Précisez :**
- ❒1 Dans un CCAS
- ❒2 Dans une association
- ❒3 Autre_ _

❒3 Non, aucune adresse → **21.2. Précisez :**
- ❒1 Démarches en cours
- ❒2 N'a pas fait de démarches
- ❒3 A rencontré un pb, un refus

Dossier social Mission France – Observatoire 2015, version déf. 04/12/14

COUVERTURE MALADIE, OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS

Commentaires

22. 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) / (choix unique)

- ❒1 Relève d'une couverture de base française uniquement (sécurité sociale ou CMU de base)
- ❒2 Relève de la couverture de base et de la complémentaire (CMUc)
- ❒3 Relève de l'Aide complémentaire santé (ACS)
- ❒4 Relève de l'AME
- ❒5 Relève d'une couverture de base européenne (pensionné, retraité UE, séjour temporaire)
- ❒6 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 23 si la personne relève de l'AME ou CMU.*

23. DROITS EFFECTIFS : Avez-vous une couverture maladie française ?

- ❒1 Aucune couverture maladie
  - a. Une demande est-elle en cours ? ❒1 Oui ❒2 Non
- ❒2 Couverture maladie de base française uniquement (SS ou CMU de base)
- ❒3 Couverture maladie de base française **et** complémentaire
  - b. Bénéficie de l'Aide complémentaire santé (ACS) ❒1 Oui ❒2 Non
- ❒4 AME
- ❒5 Couverture de base européenne uniquement (CEAM durant 3 mois ou démarches effectuées/transfert de droits)
- ❒6 Assurance du visa
- ❒7 NSP (le patient ne sait pas, doc. à vérifier, etc.)

24. 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 touriste ou ressources > au plafond d'attribut° AME ou CMU…)*
- ❒6 Difficultés financières *(complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraire, 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,…)*

_ _

25. 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 ?

❒1 Oui ➔ **25.1. Si oui, est-ce parce que vous ne pouviez plus payer ?** ❒1 Oui ❒2 Non

❒2 Non

26. Au cours des 12 derniers mois (*), a-t-on déjà refusé de vous soigner dans une structure de santé ?

❒1 Oui ❒2 Non

(*) Ou depuis votre arrivée en France (si depuis moins d'un an)

27. *[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

28. 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, aide alimentaire, vestiaires, etc.)* _

Les éléments que vous jugez importants pour le suivi médical de la personne doivent être signalés sur le dossier médical

3. ACTIVITÉS
PAR CASO

	Aix-en-Provence	Angers	Besançon	Bordeaux	Cayenne	Grenoble	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Nice	Paris	Pau	Rouen	Saint-Denis	Strasbourg	Toulouse	Valenciennes	TOTAL
Nombre de passages	**902**	**817**	**1123**	**5 621**	**1 995**	**3107**	**5 602**	**6 200**	**2 164**	**1 440**	**836**	**4 914**	**7462**	**654**	**1 340**	**11 359**	**4 164**	**2 160**	**671**	**62 531**
Nombre de patients différents (file active)	**422**	**542**	**517**	**2 851**	**1 192**	**1 446**	**2 530**	**3 046**	**1 136**	**481**	**448**	**2 243**	**3 619**	**321**	**806**	**6 445**	**1 190**	**989**	**347**	**30 571**
Nombre de nouveaux patients	**218**	**467**	**375**	**594**	**867**	**1 050**	**1 715**	**814**	**773**	**305**	**344**	**1 560**	**3 062**	**212**	**684**	**4 759**	**798**	**744**	**219**	**19 560**
Nombre de consultations médicales	**860**	**801**	**1107**	**3 447**	**597**	**2 578**	**4 307**	**3 588**	**926**	**1 087**	**412**	**2 253**	**4 718**	**707**	**1 279**	**5 639**	**2 414**	**1 127**	**636**	**38 483**
Part des consultations médicales par Caso	*2,2%*	*2,1%*	*2,9%*	*9,0%*	*1,6%*	*6,7%*	*11,2%*	*9,3%*	*2,4%*	*2,8%*	*1,1%*	*5,9%*	*12,3%*	*1,8%*	*3,3%*	*14,7%*	*6,3%*	*2,9%*	*1,7%*	*100,0%*
Nombre de patients différents ayant une consultation médicale	**411**	**535**	**517**	**1 889**	**467**	**1 262**	**2 234**	**2 397**	**655**	**454**	**300**	**1 227**	**2 587**	**318**	**780**	**3 756**	**938**	**689**	**328**	**21 744**
Nombre moyen de consultations médicales par patients	**2,1**	**1,5**	**2,1**	**1,8**	**1,3**	**2,0**	**1,9**	**1,5**	**1,4**	**2,4**	**1,4**	**1,8**	**1,8**	**2,2**	**1,6**	**1,5**	**2,6**	**1,6**	**1,9**	**1,8**
Nombre de consultations dentaires				**561**				**334**	**142**	**202**		**965**			**56**		**835**	**2**		**3 097**
Part des consultations dentaires par Caso				*18,1%*				*10,8%*	*4,6%*	*6,5%*		*31,2%*			*1,8%*		*27,0%*	*0,1%*		*100,0%*
Nombre de patients différents ayant une consultation dentaire				**326**				**232**	**94**	**86**		**369**			**48**		**306**	**2**		**1 463**
Nombre moyen de consultations dentaires par patients				1,7				1,4	1,5	2,3		2,6			1,2		2,7	1,0		2,1

4. ANALYSES
PAR CASO

AIX-EN-PROVENCE

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
422	**1,4**	**860**	**2,2**	**411**	**2,1**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Aix-en-Provence		Autres CASO		Ensemble des CASO	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	63,3	266	61,8	17 025	61,8	17 291
Femmes	36,7	154	38,2	10 537	38,2	10 691
Âge moyen (années)	30,8		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	20,9	72	12,4	3 197	12,5	3 269
18-29 ans	27,3	94	30,4	7 830	30,3	7 924
30-39 ans	19,8	68	28,2	7 278	28,1	7 346
40-49 ans	15,7	54	14,6	3 764	14,6	3 818
≥ 50 ans	16,3	56	14,4	3 720	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	79,1	329	95,6	25 174	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	71,6	308	19,9	5 243	20,7	5 541
Europe (hors UE)	1,0	4	9,0	2 376	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	4,8	20	34,3	9 038	33,9	9 058
Maghreb	18,8	78	23,3	6 144	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	2,6	11	4,6	1 213	4,6	1 224
Asie	0,2	1	4,3	1 120	4,2	1 121
Océanie et Amériques	1,0	4	4,6	1 205	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	45,7	190	9,4	2 478	10,0	2 668
France	20,9	87	4,5	1 171	4,7	1 258
Tunisie	8,2	34	3,6	951	3,7	985
Algérie	6,5	27	12,4	3 274	12,3	3 301
Maroc	4,1	17	6,7	1 774	6,7	1791
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	67,8	240	45,9	9 521	46,2	9 761
Situation irrégulière	32,2	114	54,1	11 237	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	0	0	6,4	1 930	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	32,3	85	40,4	8 097	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	21,7	57	29,3	5 876	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	14,5	38	13,9	2 781	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	20,9	55	12,2	2 443	12,3	2 498
≥ 10 ans	10,6	28	4,2	844	4,3	872
Logement						
Personnel	7,5	27	9,0	1 857	8,9	1 884
Hébergé	29,3	106	60,1	12 485	59,6	12 591
Squat ou campement	43,9	159	11,2	2 325	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	19,3	70	19,7	4 092	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	24,6	77	23,5	4 478	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	16,9	40	14,0	2 039	14,1	2 079
Droits non ouverts	83,1	196	86,0	12 489	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ANGERS

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
542	**1,8**	**801**	**2,1**	**535**	**1,5**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Angers		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,3	283	62,0	17 008	61,8	17 291
Femmes	47,7	258	38,0	10 433	38,2	10 691
Âge moyen (années)	29,7		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	18,0	92	12,4	3 177	12,5	3 269
18-29 ans	35,2	180	30,2	7 744	30,3	7 924
30-39 ans	26,4	135	28,1	7 211	28,1	7 346
40-49 ans	8,6	44	14,7	3 774	14,6	3 818
≥ 50 ans	11,9	61	14,5	3 715	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	95,0	515	95,3	24 988	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	9,0	49	21,0	5 492	20,7	5 541
Europe (hors UE)	19,6	106	8,7	2 274	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	53,7	291	33,5	8 767	33,9	9 058
Maghreb	12,2	66	23,5	6 156	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	3,5	19	4,6	1 205	4,6	1 224
Asie	1,5	8	4,3	1 113	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,6	3	4,6	1 206	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Somalie	15,1	82	0,2	45	0,5	127
Érythrée	8,3	45	0,2	57	0,4	102
Guinée	6,6	36	2,1	547	2,2	583
Kosovo	6,5	35	1,7	443	1,8	478
Soudan	6,5	35	0,8	196	0,9	231
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	64,6	268	45,9	9 493	46,2	9 761
Situation irrégulière	35,4	147	54,1	11 204	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	15,9	86	6,1	1 844	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	69,8	331	39,6	7 851	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	20,3	96	29,4	5 837	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	4,6	22	14,1	2 797	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	3,8	18	12,5	2 480	12,3	2 498
≥ 10 ans	1,5	7	4,4	865	4,3	872
Logement						
Personnel	6,6	32	9,0	1 852	8,9	1 884
Hébergé	42,7	207	60,0	12 384	59,6	12 591
Squat ou campement	3,5	17	12,0	2 467	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	47,2	229	19,1	3 933	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	13,7	54	23,8	4 501	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	8,1	19	14,2	2 060	14,1	2 079
Droits non ouverts	91,9	217	85,8	12 468	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers

BESANÇON

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
517	**1,7**	**1 107**	**2,9**	**517**	**2,1**

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Besançon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,8	308	61,8	16 983	61,8	17 291
Femmes	40,2	207	38,2	10 484	38,2	10 691
Âge moyen (années)	29,2		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	25,6	113	12,3	3 156	12,5	3 269
18-29 ans	25,6	113	30,4	7 811	30,3	7 924
30-39 ans	23,1	102	28,2	7 244	28,1	7 346
40-49 ans	11,3	50	14,7	3 768	14,6	3 818
≥ 50 ans	14,5	64	14,5	3 712	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	85,9	440	95,5	25 063	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	26,4	135	20,6	5 046	20,7	5 541
Europe (hors UE)	47,3	242	8,1	2 138	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	14,1	72	34,2	8 986	33,9	9 058
Maghreb	8,0	41	23,6	6 181	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	3,5	18	4,6	1 206	4,6	1 224
Asie	0,4	2	4,3	1 119	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,4	2	4,6	1 207	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Kosovo	28,1	144	1,3	334	1,8	478
France	14,1	72	4,5	1 186	4,7	1 258
Roumanie	10,7	55	10,0	2 613	10,0	2 668
Albanie	7,2	37	1,4	368	1,5	405
Soudan	4,9	25	0,8	206	0,9	231
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	60,3	270	45,9	9 491	46,2	9 761
Situation irrégulière	39,7	178	54,1	11 173	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	18,2	94	6,1	1 836	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	70,1	262	39,7	7 920	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	15,5	58	29,5	5 875	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	8,0	30	14,0	2 789	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	3,2	12	12,5	2 486	12,3	2 498
≥ 10 ans	3,2	12	4,3	860	4,3	872
Logement						
Personnel	4,9	22	9,0	1 862	8,9	1 884
Hébergé	61,8	275	59,6	12 316	59,6	12 591
Squat ou campement	2,7	12	12,0	2 472	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	30,6	136	19,5	4 026	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	6,6	29	23,9	4 526	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	73,1	80	13,8	1 999	14,1	2 079
Droits non ouverts	26,9	217	86,2	12 468	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

BORDEAUX

ACTIVITÉ 2015

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
2 851	**9,3**	**3 447**	**9,0**	**1 889**	**1,8**	**561**	**18,1**	**326**	**1,7**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, consultation avec une sage-femme, ophtalmologie, entretiens psychologiques et psychiatriques.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Bordeaux		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	59,3	1 196	62,0	16 095	61,8	17 291
Femmes	40,7	821	38,0	9 870	38,2	10 691
Âge moyen (années)	33,7		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	12,3	242	12,5	3 027	12,5	3 269
18-29 ans	28,9	569	30,4	7 355	30,3	7 924
30-39 ans	27,5	541	28,2	6 805	28,1	7 346
40-49 ans	15,6	308	14,5	3 501	14,6	3 818
≥ 50 ans	15,8	311	14,3	3 465	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	97,2	1 953	95,1	23 550	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	27,8	554	20,1	4 983	20,7	5 541
Europe (hors UE)	13,1	263	8,6	2 117	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	24,9	500	34,6	8 558	33,9	9 058
Maghreb	30,1	604	22,7	5 618	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	2,4	48	4,7	1 176	4,6	1 224
Asie	1,1	21	4,5	1 100	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,8	15	4,8	1 194	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Algérie	16,4	330	12,0	2 971	12,3	3 301
Bulgarie	15,5	311	0,9	224	2,0	535
Maroc	9,3	187	6,5	1 604	6,7	1 791
Cameroun	4,1	83	5,8	1 426	5,6	1 509
Kosovo	4,1	82	1,6	396	1,8	478
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	52,6	826	45,7	8 935	46,2	9 761
Situation irrégulière	47,4	745	54,3	10 606	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	2,1	61	6,7	1 869	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	44,9	697	39,9	7 485	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	27,8	432	29,3	5 501	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	14,7	228	13,8	2 591	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	9,8	152	12,5	2 346	12,3	2 498
≥ 10 ans	2,8	44	4,4	828	4,3	872
Logement						
Personnel	8,9	149	8,9	1 735	8,9	1 884
Hébergé	56,0	931	59,9	11 660	59,6	12 591
Squat ou campement	14,1	235	11,6	2 249	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	21,0	349	19,6	3 813	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	22,3	333	23,7	4 222	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	16,0	165	13,9	1 914	14,1	2 079
Droits non ouverts	84,0	866	86,1	11 819	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

CAYENNE

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
1 192	**3,9**	**597**	**1,6**	**467**	**1,3**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : entretiens psychologiques.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Besançon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	43,3	516	62,6	16 775	61,8	17 291
Femmes	56,7	676	37,4	10 015	38,2	10 691
Âge moyen (années)	31,6		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	9,5	106	12,6	3 163	12,5	3 269
18-29 ans	35,9	400	30,1	7 524	30,3	7 924
30-39 ans	32,9	367	27,9	6 979	28,1	7 346
40-49 ans	11,8	132	14,7	3 686	14,6	3 818
≥ 50 ans	9,9	110	14,7	3 666	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	98,7	1 171	95,1	24 332	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	2,9	34	21,5	5 507	20,7	5 541
Europe (hors UE)	0	0	9,3	2380	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	9,9	117	35,0	8 941	33,9	9 058
Maghreb	0,1	1	24,3	6 221	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	1,7	20	4,7	1 204	4,6	1 224
Asie	0,4	5	4,4	1 116	4,2	1 121
Océanie et Amériques	85,1	1 009	0,8	200	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Haïti	47,4	562	0,1	18	2,2	580
République Dominicaine	13,2	156	0,02	5	0,6	161
Pérou	6,7	79	0,1	17	0,4	96
Brésil	6,2	73	0,2	38	0,4	111
Guinée-Bissau	6,0	71	0,2	53	0,5	124
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	70,1	770	44,9	8 991	46,2	9 761
Situation irrégulière	29,9	328	55,1	11 023	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	41,9	499	4,9	1 431	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	39,5	422	40,4	7 760	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	28,9	309	29,2	5 624	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	9,8	105	14,1	2 714	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	13,9	148	12,2	2 350	12,3	2 498
≥ 10 ans	7,9	84	4,1	788	4,3	872
Logement						
Personnel	10,7	122	8,8	1 762	8,9	1 884
Hébergé	66,8	763	59,2	11 828	59,6	12 591
Squat ou campement	20,3	232	11,3	2 252	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	2,2	25	20,7	4 137	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	3,1	35	24,8	4 520	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	7,1	73	14,6	2 006	14,1	2 079
Droits non ouverts	92,9	953	85,4	11 732	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

GRENOBLE

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
1 446	**4,7**	**2 578**	**6,7**	**1 262**	**2,0**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : ophtalmologie/optique et entretiens psychologiques.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Grenoble		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	54,4	786	62,2	16 505	61,8	17 291
Femmes	45,6	659	37,8	10 032	38,2	10 691
Âge moyen (années)	29,1		33,3		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	23,9	326	11,9	2 943	12,5	3 269
18-29 ans	28,4	387	30,4	7 537	30,3	7 924
30-39 ans	23,6	321	28,4	7 025	28,1	7 346
40-49 ans	12,1	165	14,8	3 653	14,6	3 818
≥ 50 ans	12,0	164	14,6	3 612	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	95,0	1 359	95,3	24 144	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	22,5	322	20,6	5 219	20,7	5 541
Europe (hors UE)	14,2	203	8,6	2 177	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	33,9	485	33,8	8 573	33,9	9 058
Maghreb	26,2	374	23,1	5 848	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	1,7	25	4,7	1 999	4,6	1 224
Asie	1,1	16	4,4	1 105	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,4	5	4,8	1 204	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Algérie	15,9	228	12,1	3 073	12,3	3 301
Roumanie	11,8	169	9,9	2 499	10,0	2 668
Rép. dém. du Congo	7,8	111	1,9	470	2,2	581
Tunisie	5,9	84	3,6	901	3,7	985
France	5,0	71	4,7	1 187	4,7	1 258
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	54,0	700	45,7	9 061	46,2	9 761
Situation irrégulière	46,0	597	54,3	10 754	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	9,5	137	6,2	1 793	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	43,7	511	40,1	7 671	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	27,2	318	29,3	5 615	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	14,3	167	13,9	2 652	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	13,2	154	12,3	2 344	12,3	2 498
≥ 10 ans	1,5	18	4,5	854	4,3	872
Logement						
Personnel	9,2	119	8,9	1 765	8,9	1 884
Hébergé	49,2	636	60,3	11 955	59,6	12 591
Squat ou campement	13,1	170	11,7	2 314	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	28,5	369	19,1	3 793	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	18,7	220	23,9	4 335	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	10,4	104	14,4	1 975	14,1	2 079
Droits non ouverts	89,6	896	85,7	11 789	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

LYON

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
2 530	**8,3**	**4 307**	**11,2**	**2 234**	**1,9**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, gynécologie, neurologie, ostéopathie, pédiatrie, psychiatrie, entretiens psychologiques et consultations d'une sage-femme.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Lyon		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	52,0	1 316	62,8	15 975	61,8	17 291
Femmes	48,0	1 213	37,2	9 478	38,2	10 691
Âge moyen (années)	31,0		33,3		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	20,1	481	11,7	2 788	12,5	3 269
18-29 ans	28,2	675	30,5	7 249	30,3	7 924
30-39 ans	22,9	549	28,6	6 797	28,1	7 346
40-49 ans	13,9	333	14,7	3 485	14,6	3 818
≥ 50 ans	14,8	355	14,4	3 421	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	94,7	2 374	95,4	23 129	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	33,9	850	19,3	4 691	20,7	5 541
Europe (hors UE)	14,4	362	8,3	2 018	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	27,2	681	34,5	8 377	33,9	9 058
Maghreb	21,4	535	23,4	5 687	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	1,6	39	4,9	1 185	4,6	1 224
Asie	0,7	17	4,6	1 104	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,8	21	4,9	1 188	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	22,4	561	8,7	2 107	10,0	2 668
Algérie	12,9	323	12,3	2 978	12,3	3 301
France	5,3	132	4,6	1 126	4,7	1 258
Albanie	4,8	121	1,2	284	1,5	405
Tunisie	4,8	121	3,6	864	3,7	985
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	54,2	1 175	45,3	8 586	46,2	9 761
Situation irrégulière	45,8	994	54,7	10 357	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	4,7	120	6,5	1 810	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	40,6	832	40,3	7 350	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	26,5	544	29,5	5 389	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	15,9	327	13,7	2 492	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	14,2	291	12,1	2 207	12,3	2 498
≥ 10 ans	2,8	57	4,5	815	4,3	872
Logement						
Personnel	6,9	155	9,2	1 729	8,9	1 884
Hébergé	54,6	1 222	60,2	11 369	59,6	12 591
Squat ou campement	18,0	403	11,0	2 081	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	20,5	458	19,6	3 704	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	26,5	471	23,3	4 084	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	16,8	269	13,8	1 810	14,1	2 079
Droits non ouverts	83,2	1 333	86,2	11 352	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

MARSEILLE

ACTIVITÉ 2015

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
3 046	**10,0**	**3 588**	**9,3**	**2 397**	**1,5**	**334**	**10,8**	**232**	**1,4**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : cardiologie, dentaire, gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et consultations psychologiques.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Marseille		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	75,3	1 017	61,1	16 274	61,8	17 291
Femmes	24,7	333	38,9	10 358	38,2	10 691
Âge moyen (années)	33,4		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	14,8	162	12,4	3 107	12,5	3 269
18-29 ans	24,2	264	30,6	7 660	30,3	7 924
30-39 ans	29,4	321	28,1	7 025	28,1	7 346
40-49 ans	16,2	177	14,5	3 641	14,6	3 818
≥ 50 ans	15,4	168	14,4	3 608	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	94,6	1 260	95,3	24 243	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	22,1	294	20,6	5 247	20,7	5 541
Europe (hors UE)	4,3	57	9,1	2 323	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	17,8	237	34,7	8 821	33,9	9 058
Maghreb	50,7	675	21,8	5 547	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	4,5	60	4,6	1 164	4,6	1 224
Asie	0,5	6	4,4	1 115	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,2	3	4,7	1 206	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Algérie	32,4	432	11,3	2 869	12,3	3 301
Roumanie	10,8	144	9,9	2 524	10,0	2 668
Tunisie	9,5	126	3,4	859	3,7	985
Maroc	8,6	114	6,6	1 677	6,7	1 791
Comores	7,2	96	1,1	285	1,4	381
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	43,4	426	46,4	9 335	46,2	9 761
Situation irrégulière	56,6	555	53,6	10 796	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	0,7	21	6,9	1 909	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	39,7	369	40,3	7 813	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	27,4	255	29,3	5 678	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	18,1	168	13,7	2 651	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	11,0	102	12,4	2 396	12,3	2 498
≥ 10 ans	3,9	36	4,3	836	4,3	872
Logement						
Personnel	12,1	111	8,8	1 773	8,9	1 884
Hébergé	57,3	528	59,7	12 063	59,6	12 591
Squat ou campement	13,0	120	11,7	2 364	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	17,6	162	19,8	4 000	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	34,7	279	23,1	4 276	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	14,3	90	14,1	1 989	14,1	2 079
Droits non ouverts	85,7	537	85,9	12 148	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

MONTPELLIER

ACTIVITÉ 2015

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
1 136	**3,7**	**926**	**2,4**	**655**	**1,4**	**142**	**4,6**	**94**	**1,5**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Montpellier		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	62,7	711	61,8	16 580	61,8	17 291
Femmes	37,3	423	38,2	10 268	38,2	10 691
Âge moyen (années)	35,0		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	8,0	80	12,7	3 189	12,5	3 269
18-29 ans	29,9	297	30,3	7 627	30,3	7 924
30-39 ans	26,2	261	28,2	7 085	28,1	7 346
40-49 ans	19,7	196	14,4	3 622	14,6	3 818
≥ 50 ans	16,2	161	14,4	3 615	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	91,0	1 016	95,5	24 487	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	37,5	419	20,0	5 122	20,7	5 541
Europe (hors UE)	3,3	37	9,1	2 343	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	11,4	127	34,8	8 931	33,9	9 058
Maghreb	45,0	503	22,3	5 719	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	0,7	8	4,7	1 216	4,6	1 224
Asie	0,6	7	4,4	1 114	4,2	1 121
Océanie et Amériques	1,4	16	4,7	1 193	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Maroc	27,4	306	5,8	1 485	6,7	1 791
Roumanie	16,2	181	9,7	2 487	10,0	2 668
Algérie	15,7	175	12,2	3 126	12,3	3 301
France	9,0	101	4,5	1 157	4,7	1 258
Espagne	3,8	42	0,8	194	0,9	236
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	45,8	433	46,3	9 328	46,2	9 761
Situation irrégulière	54,2	512	53,7	10 839	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	2,7	31	6,5	1 899	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	33,5	290	40,6	7 892	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	27,7	240	29,3	5 693	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	15,0	130	13,8	2 689	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	17,0	147	12,1	2 351	12,3	2 498
≥ 10 ans	6,8	59	4,2	813	4,3	872
Logement						
Personnel	12,9	125	8,7	1 759	8,9	1 884
Hébergé	46,4	451	60,3	12 140	59,6	12 591
Squat ou campement	23,3	227	11,2	2 257	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	17,4	169	19,8	3 993	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	33,0	308	23,1	4 247	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	18,3	128	13,9	1 951	14,1	2 079
Droits non ouverts	81,7	572	86,1	12 113	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

NANCY

ACTIVITÉ 2015

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
481	**1,6**	**1 087**	**2,8**	**454**	**2,4**	**202**	**6,5**	**86**	**2,3**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, psychologie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nancy		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	54,8	263	61,9	17 028	61,8	17 291
Femmes	45,2	217	38,1	10 474	38,2	10 691
Âge moyen (années)	34,8		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	14,6	69	12,5	3 200	12,5	3 269
18-29 ans	26,6	126	30,4	7 798	30,3	7 924
30-39 ans	23,5	111	28,2	7 235	28,1	7 346
40-49 ans	13,3	63	14,6	3 755	14,6	3 818
≥ 50 ans	22,0	104	14,3	3 672	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	4,6	1 208	95,4	25 075	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	30,1	144	20,5	5 397	20,7	5 541
Europe (hors UE)	3,1	15	9,0	2 365	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	11,3	54	34,3	9 004	33,9	9 058
Maghreb	54,2	259	22,7	5 963	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	0,6	3	4,7	1 221	4,6	1 224
Asie	0,4	2	4,3	1 119	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,2	1	4,6	1 208	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Algérie	30,5	146	12,0	3 155	12,3	3 301
Maroc	21,1	101	6,4	1 690	6,7	1 791
France	10,5	50	4,6	1 208	4,7	1 258
Italie	9,8	47	1,2	305	1,3	352
Roumanie	7,5	36	10,0	2 632	10,0	2 668
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	61,9	284	45,9	9 477	46,2	9 761
Situation irrégulière	38,1	175	54,1	11 176	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	1,3	6	6,4	1 924	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	45,9	186	40,2	7 996	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	19,0	77	29,4	5 856	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	15,3	62	13,9	2 757	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	16,3	66	12,2	2 432	12,3	2 498
≥ 10 ans	3,5	14	4,3	858	4,3	872
Logement						
Personnel	30,7	141	8,4	1 743	8,9	1 884
Hébergé	59,9	275	59,6	12 316	59,6	12 591
Squat ou campement	6,3	29	11,9	2 455	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	3,1	14	20,1	4 148	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	5,5	25	24,0	4 530	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	23,5	67	13,9	2 012	14,1	2 079
Droits non ouverts	76,5	218	86,1	12 467	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

NANTES

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
448	**1,5**	**412**	**1,1**	**300**	**1,4**

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nantes		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	61,1	273	61,8	17 018	61,8	17 291
Femmes	38,9	174	38,2	10 517	38,2	10 691
Âge moyen (années)	34,5		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	15,4	62	12,5	3 207	12,5	3 269
18-29 ans	30,4	122	30,3	7 802	30,3	7 924
30-39 ans	23,1	93	28,2	7 253	28,1	7 346
40-49 ans	12,7	51	14,6	3 767	14,6	3 818
≥ 50 ans	18,4	74	14,4	3 702	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	97,8	434	95,3	25 069	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	7,0	31	20,9	5 510	20,7	5 541
Europe (hors UE)	5,0	22	9,0	2 358	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	53,6	238	33,5	8 820	33,9	9 058
Maghreb	29,5	131	23,2	6 091	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	0,4	2	4,6	1 222	4,6	1 224
Asie	2,7	12	4,2	1 109	4,2	1 121
Océanie et Amériques	1,8	8	4,6	1 201	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Algérie	23,2	103	12,2	3 198	12,3	3 301
Guinée	10,6	47	2,0	536	2,2	583
Nigeria	9,7	43	1,5	405	1,7	448
Cameroun	6,5	29	5,6	1 480	5,6	1 509
Mali	4,5	20	3,9	1 032	3,9	1 052
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	56,3	178	46,1	9 583	46,2	9 761
Situation irrégulière	43,7	138	53,9	11 213	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	6,3	28	6,3	1 902	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	40,4	147	40,3	8 035	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	22,3	81	29,4	5 852	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	23,6	86	13,7	2 733	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	11,8	43	12,3	2 455	12,3	2 498
≥ 10 ans	1,9	7	4,3	865	4,3	872
Logement						
Personnel	4,0	14	9,0	1 870	8,9	1 884
Hébergé	62,8	219	59,6	12 372	59,6	12 591
Squat ou campement	10,0	35	11,8	2 449	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	23,2	81	19,6	4 081	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	15,1	33	23,7	4 522	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	51,5	101	13,6	1 978	14,1	2 079
Droits non ouverts	48,5	95	86,4	12 590	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

NICE

ACTIVITÉ 2015

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
2 243	**7,3**	**2 253**	**5,9**	**1 227**	**1,8**	**965**	**31,2**	**369**	**2,6**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, kinésithérapie, ophtalmologie, psychologie, psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Nice		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	56,5	1 267	62,3	16 024	61,8	17 291
Femmes	43,5	975	37,7	9 716	38,2	10 691
Âge moyen (années)	36,4		32,8		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	7,8	174	12,9	3 095	12,5	3 269
18-29 ans	28,2	628	30,5	7 296	30,3	7 924
30-39 ans	26,3	586	28,3	6 760	28,1	7 346
40-49 ans	17,3	386	14,4	3 432	14,6	3 818
≥ 50 ans	20,4	454	13,9	3 322	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	96,4	2 153	95,2	23 350	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	16,3	364	21,1	5 177	20,7	5 541
Europe (hors UE)	23,4	566	7,4	1 814	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	21,3	476	35,0	8 582	33,9	9 058
Maghreb	29,2	652	22,7	5 570	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	2,3	51	4,8	1 173	4,6	1 224
Asie	4,2	95	4,2	1 026	4,2	1 121
Océanie et Amériques	1,3	29	4,8	1 180	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Tunisie	13,3	296	2,8	689	3,7	985
Russie-Tchétchénie	9,4	210	0,7	179	1,5	389
Maroc	8,1	180	6,6	1 611	6,7	1 791
Algérie	6,5	145	12,9	3 156	12,3	3 301
Cap Vert	5,5	123	0,2	56	0,7	179
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	36,4	801	47,4	8 960	46,2	9 761
Situation irrégulière	63,6	1 399	52,6	9 952	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	11,6	260	5,9	1 670	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	26,5	555	41,9	7 627	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	30,9	648	29,0	5 285	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	17,8	373	13,4	2 446	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	17,5	367	11,7	2 131	12,3	2 498
≥ 10 ans	7,3	153	4,0	719	4,3	872
Logement						
Personnel	14,5	317	8,3	1 567	8,9	1 884
Hébergé	67,1	1 467	58,8	11 124	59,6	12 591
Squat ou campement	3,3	72	12,7	2 412	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,1	329	20,2	3 833	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	5,7	124	25,8	4 431	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	13,2	242	14,2	1 837	14,1	2 079
Droits non ouverts	86,8	1 594	85,8	11 091	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

PARIS

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
3 619	**11,8**	**4 718**	**12,3**	**2 587**	**1,8**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dermatologie, ophtalmologie/optique, gynécologie, psychiatrie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Paris		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	63,3	2 278	61,6	15 013	61,8	17 291
Femmes	36,7	1 323	38,4	9 368	38,2	10 691
Âge moyen (années)	33,8		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	13,3	468	12,4	2 801	12,5	3 269
18-29 ans	28,0	987	30,7	6 937	30,3	7 924
30-39 ans	29,5	1 039	27,9	6 307	28,1	7 346
40-49 ans	14,9	527	14,6	3 291	14,6	3 818
≥ 50 ans	14,4	506	14,5	3 270	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	98,9	3 337	94,8	22 166	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	4,6	155	23,0	5 386	20,7	5 541
Europe (hors UE)	2,8	93	9,8	2 287	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	71,8	2 424	28,4	6 634	33,9	9 058
Maghreb	13,6	460	24,6	5 762	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	2,1	72	4,9	1 152	4,6	1 224
Asie	3,9	131	4,2	990	4,2	1 121
Océanie et Amériques	1,2	39	5,0	1 170	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Cameroun	21,0	707	3,4	802	5,6	1 509
Côte d'Ivoire	13,9	469	3,8	895	5,1	1 364
Mali	12,7	428	2,7	624	3,9	1 052
Algérie	7,9	268	13,0	3 033	12,3	3 301
Sénégal	5,0	168	2,7	632	3,0	800
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	28,2	668	48,5	9 093	46,2	9 761
Situation irrégulière	71,8	1 699	51,5	9 652	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	2,6	93	6,8	1 837	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	38,4	1 022	40,6	7 160	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	33,6	894	28,6	5 039	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	12,2	323	14,1	2 496	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	10,2	271	12,6	2 227	12,3	2 498
≥ 10 ans	5,6	149	4,1	723	4,3	872
Logement						
Personnel	3,6	82	9,6	1 802	8,9	1 884
Hébergé	67,4	1 526	58,7	11 065	59,6	12 591
Squat ou campement	3,8	85	12,7	2 399	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	25,2	570	19,1	3 592	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	32,5	696	22,4	3 859	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	18,4	293	13,6	1 786	14,1	2 079
Droits non ouverts	81,6	1 296	86,4	11 389	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

PAU

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
321	**1,1**	**707**	**1,8**	**318**	**2,2**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : psychiatrie, psychologie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Pau		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	56,4	181	61,9	17 110	61,8	17 291
Femmes	43,6	140	38,1	10 551	38,2	10 691
Âge moyen (années)	33,8		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	14,4	43	12,5	3 226	12,5	3 269
18-29 ans	27,2	81	30,4	7 843	30,3	7 924
30-39 ans	22,2	66	28,2	7 280	28,1	7 346
40-49 ans	17,1	51	14,6	3 767	14,6	3 818
≥ 50 ans	19,1	57	14,4	3 719	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	70,1	225	95,6	25 278	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	45,5	146	20,4	5 395	20,7	5 541
Europe (hors UE)	16,5	53	8,8	2 327	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	11,5	37	34,1	9 021	33,9	9 058
Maghreb	14,3	46	23,4	6 176	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	10,6	34	4,5	1 190	4,6	1 224
Asie	1,6	5	4,2	1 116	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0	0	4,6	1 209	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
France	29,9	96	4,4	1 162	4,7	1 258
Maroc	8,7	28	6,7	1 763	6,7	1 791
Irak	6,2	20	0,2	41	0,2	61
Roumanie	5,6	18	10,0	2 650	10,0	2 668
Russie-Tchétchénie	5,3	17	1,4	372	1,5	389
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	81,6	248	45,7	9 513	46,2	9 761
Situation irrégulière	18,4	56	54,3	11 295	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	15,0	48	6,2	1 882	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	54,5	115	40,1	8 067	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	18,5	39	29,3	5 894	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	8,1	17	14,0	2 802	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	12,8	27	12,3	2 471	12,3	2 498
≥ 10 ans	6,2	13	4,3	859	4,3	872
Logement						
Personnel	24,1	72	8,7	1 812	8,9	1 884
Hébergé	57,2	171	59,6	12 420	59,6	12 591
Squat ou campement	3,3	10	11,9	2 474	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,4	46	19,8	4 116	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	11,0	33	23,8	4 522	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	19,8	45	14,0	2 034	14,1	2 079
Droits non ouverts	80,2	182	86,0	12 503	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

ROUEN

ACTIVITÉ 2015

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
806	**2,6**	**1 279**	**3,3**	**780**	**1,6**	**56**	**1,8**	**48**	**1,2**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, dermatologie, psychologie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Rouen		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	57,9	465	91,9	16 826	61,8	17 291
Femmes	42,1	338	38,1	10 353	38,2	10 691
Âge moyen (années)	33,1		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	15,3	119	12,4	3 150	12,5	3 269
18-29 ans	29,2	228	30,4	7 696	30,3	7 924
30-39 ans	25,4	198	28,2	7 148	28,1	7 346
40-49 ans	12,8	100	14,7	3 718	14,6	3 818
≥ 50 ans	17,3	135	14,4	3 641	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	93,7	745	95,4	24 758	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	16,1	128	20,9	5 413	20,7	5 541
Europe (hors UE)	5,2	41	9,0	2 339	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	32,6	259	33,9	8 799	33,9	9 058
Maghreb	42,5	338	22,7	5 884	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	1,9	15	4,7	1 209	4,6	1 224
Asie	1,5	12	4,3	1 109	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,2	2	4,6	1 207	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Algérie	23,5	187	12,0	3 114	12,3	3 301
Maroc	12,6	100	6,5	1 691	6,7	1 791
France	6,3	50	4,7	1 208	4,7	1 258
Roumanie	5,8	46	10,1	2 622	10,0	2 668
Rép. démocratique du Congo	5,7	45	2,1	536	2,2	581
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	49,1	357	46,1	9 404	46,2	9 761
Situation irrégulière	50,9	370	53,9	10 981	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	9,6	77	6,2	1 853	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	52,3	358	39,9	7 824	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	24,0	164	29,4	5 769	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	12,7	87	13,9	2 732	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	8,5	58	12,4	2 440	12,3	2 498
≥ 10 ans	2,5	17	4,4	855	4,3	872
Logement						
Personnel	14,1	101	8,7	1 783	8,9	1 884
Hébergé	60,4	434	59,6	12 157	59,6	12 591
Squat ou campement	4,6	33	12,0	2 451	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	21,0	151	19,7	4 011	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	7,3	50	24,2	4 505	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	8,9	37	14,2	2 042	14,1	2 079
Droits non ouverts	91,1	379	85,8	12 306	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

SAINT-DENIS

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
6 445	**21,1**	**5 639**	**14,7**	**3 756**	**1,5**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : ophtalmologie, psychiatrie, psychologie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Saint-Denis		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	71,6	4 605	58,9	12 686	61,8	17 291
Femmes	28,4	1 827	41,1	8 864	38,2	10 691
Âge moyen (années)	32,5		33,3		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	7,0	411	14,1	2 858	12,5	3 269
18-29 ans	36,3	2 137	28,6	5 787	30,3	7 924
30-39 ans	34,0	2 005	26,4	5 341	28,1	7 346
40-49 ans	13,5	796	14,9	3 022	14,6	3 818
≥ 50 ans	9,2	544	16,0	3 232	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	99,6	5 601	94,2	19 902	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	14,5	814	22,4	4 727	20,7	5 541
Europe (hors UE)	3,2	177	10,4	2 203	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	44,7	2 515	31,0	6 543	33,9	9 058
Maghreb	11,0	617	26,5	5 605	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	13,0	730	2,3	494	4,6	1 224
Asie	13,0	731	1,9	390	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,7	37	5,6	1 172	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Roumanie	13,3	746	9,1	1 922	10,0	2 668
Côte d'Ivoire	12,7	715	3,1	649	5,1	1 364
Pakistan	11,6	652	0,3	64	2,7	716
Inde	10,1	570	0,2	39	2,3	609
Mali	9,1	510	2,6	542	3,9	1 052
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	25,4	850	50,2	8 911	46,2	9 761
Situation irrégulière	74,6	2 496	49,8	8 855	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	7,3	1 761	2,6	169	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	36,5	1 250	41,0	6 977	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	37,0	1 221	27,7	4 712	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	13,2	436	14,0	2 383	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	10,6	351	12,6	2 147	12,3	2 498
≥ 10 ans	2,6	85	4,6	787	4,3	872
Logement						
Personnel	3,1	103	10,0	1 781	8,9	1 884
Hébergé	68,8	2 253	57,9	10 338	59,6	12 591
Squat ou campement	13,1	431	11,5	2 053	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	15,0	490	20,6	3 672	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	42,5	1 308	20,0	3 247	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	3,0	63	15,9	2 016	14,1	2 079
Droits non ouverts	97,0	2 041	84,1	10 644	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

STRASBOURG

ACTIVITÉ 2015

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
1 190	**3,9**	**2 414**	**6,3**	**938**	**2,6**	**835**	**27,0**	**306**	**2,7**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, dermatologie, gynécologie, psychiatrie, psychologie, podologie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Strasbourg		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	63,4	752	61,7	16 539	61,8	17 291
Femmes	36,6	434	38,3	10 257	38,2	10 691
Âge moyen (années)	35,9		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	10,9	118	12,6	3 151	12,5	3 269
18-29 ans	26,1	282	30,5	7 642	30,3	7 924
30-39 ans	26,5	286	28,2	7 060	28,1	7 346
40-49 ans	15,6	168	14,6	3 650	14,6	3 818
≥ 50 ans	20,9	226	14,2	3 550	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	95,6	1 118	95,3	24 385	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	30,3	354	20,3	5 187	20,7	5 541
Europe (hors UE)	6,3	73	9,0	2 307	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	20,9	244	34,4	8 814	33,9	9 058
Maghreb	39,0	455	22,5	5 767	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	2,7	32	4,7	1 192	4,6	1 224
Asie	0,3	4	4,4	1 117	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,4	5	4,7	1 204	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Algérie	27,0	315	11,7	2 986	12,3	3 301
Roumanie	11,7	136	9,9	2 532	10,0	2 668
Maroc	9,9	116	6,6	1 675	6,7	1 791
Cameroun	6,3	74	5,6	1 435	5,6	1 509
Bulgarie	4,5	53	1,9	482	2,0	535
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	50,2	513	46,0	9 248	46,2	9 761
Situation irrégulière	49,8	508	54,0	10 843	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	2,9	34	6,5	1 896	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	44,7	452	40,1	7 730	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	27,2	275	29,3	5 658	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	11,7	118	14,0	2 701	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	12,3	124	12,3	2 374	12,3	2 498
≥ 10 ans	4,1	42	4,3	830	4,3	872
Logement						
Personnel	9,5	100	8,9	1 784	8,9	1 884
Hébergé	51,5	540	60,0	12 051	59,6	12 591
Squat ou campement	12,7	133	11,7	2 351	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	26,2	275	19,4	3 887	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	38,1	384	22,8	4 171	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	13,6	84	14,1	1 995	14,1	2 079
Droits non ouverts	86,4	534	85,9	12 151	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

TOULOUSE

ACTIVITÉ 2015

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
989	**3,2**	**1 127**	**2,9**	**689**	**1,6**	**2**	**0,1**	**2**	**1,0**

Consultations spécialisées pratiquées au centre : dentaire, psychologie.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Toulouse		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	62,8	616	61,8	16 675	61,8	17 291
Femmes	37,2	365	38,2	10 326	38,2	10 691
Âge moyen (années)	36,0		33,0		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	8,7	83	12,7	3 186	12,5	3 269
18-29 ans	28,4	271	30,4	7 653	30,3	7 924
30-39 ans	25,0	239	28,2	7 107	28,1	7 346
40-49 ans	17,9	171	14,5	3 647	14,6	3 818
≥ 50 ans	20,1	192	14,2	3 584	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	88,9	850	95,5	24 653	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	27,1	267	20,4	5 274	20,7	5 541
Europe (hors UE)	5,3	51	9,0	2 329	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	27,6	263	34,1	8 795	33,9	9 058
Maghreb	29,9	285	23,0	5 937	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	3,8	36	4,6	1 188	4,6	1 224
Asie	4,7	45	4,2	1 076	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,7	7	4,7	1 202	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
Algérie	21,7	207	12,0	3 094	12,3	3 301
France	11,1	106	4,5	1 152	4,7	1 258
Roumanie	6,7	64	10,1	2 604	10,0	2 668
Maroc	6,2	59	6,7	1 732	6,7	1 791
Nigeria	4,6	44	1,6	404	1,7	448
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	63,4	532	45,5	9 229	46,2	9 761
Situation irrégulière	36,6	307	54,5	11 044	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	15,7	155	6,0	1 775	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	41,5	302	40,3	7 880	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	26,1	190	29,3	5 743	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	12,9	94	13,9	2 725	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	13,6	99	12,3	2 399	12,3	2 498
≥ 10 ans	5,9	43	4,2	829	4,3	872
Logement						
Personnel	8,3	66	9,0	1 818	8,9	1 884
Hébergé	60,0	479	59,6	12 112	59,6	12 591
Squat ou campement	9,6	77	11,8	2 407	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	22,1	177	19,6	3 985	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	12,5	88	24,0	4 467	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	29,4	166	13,5	1 913	14,1	2 079
Droits non ouverts	70,6	398	86,5	12 287	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

VALENCIENNES

ACTIVITÉ 2015

Nbre total de patients (file active)	% de l'ensemble des consultants des Caso	Nbre de consultations médicales	% de l'ensemble des consultations nationales	Nbre de patients reçus en consultation médicale	Nbre moyen de consultations médicales par patient
347	1,1	636	1,7	328	1,9

CARACTÉRISTIQUES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

	Valenciennes		Autres Caso		Ensemble des Caso	
	%	n	%	n	%	n
Hommes	55,5	192	61,9	17 099	61,8	17 291
Femmes	44,5	154	38,1	10 537	38,2	10 691
Âge moyen (années)	30,6		33,1		33,1	
Classes d'âge						
< 18 ans	17,8	48	12,4	3 221	12,5	3 269
18-29 ans	30,9	83	30,3	7 841	30,3	7 924
30-39 ans	21,6	58	28,2	7 288	28,1	7 346
40-49 ans	17,1	46	14,6	3 772	14,6	3 818
≥ 50 ans	12,6	34	14,5	3 742	14,5	3 776
Ressortissants étrangers	61,1	195	95,7	25 308	95,3	25 503
Groupe continental						
Union européenne (y compris France)	56,1	179	20,3	5 362	20,7	5 541
Europe (hors UE)	4,7	15	9,0	2 365	8,9	2 380
Afrique subsaharienne	5,7	18	34,2	9 040	33,9	9 058
Maghreb	32,0	102	23,1	6 120	23,2	6 222
Proche et Moyen-Orient	0,3	1	4,6	1 223	4,6	1 224
Asie	0,3	1	4,2	1 120	4,2	1 121
Océanie et Amériques	0,9	3	4,6	1 206	4,5	1 209
Nationalités les plus représentées						
France	38,9	124	4,3	1 134	4,7	1 258
Algérie	18,2	58	12,3	3 243	12,3	3 301
Roumanie	12,9	41	9,9	2 627	10,0	2 668
Maroc	11,6	37	6,6	1 754	6,7	1 791
Albanie	2,8	9	1,5	396	1,5	405
Situation au regard du séjour						
Situation régulière	87,1	222	45,7	9 539	46,2	9 761
Situation irrégulière	12,9	33	54,3	11 318	53,8	11 351
Demandeurs d'asile	3,2	11	6,4	1 919	6,3	1 930
Dernière date d'entrée en France des étrangers[1]						
3 mois	40,6	41	40,3	8 141	40,3	8 182
[3 mois – 12 mois [	34,6	35	29,2	5 898	29,2	5 933
[1 an - 3 ans [	7,9	8	13,9	2 811	13,9	2 819
[3 ans - 10 ans [	12,9	13	12,3	2 485	12,3	2 498
≥ 10 ans	4,0	4	4,3	868	4,3	872
Logement						
Personnel	13,0	26	8,9	1 858	8,9	1 884
Hébergé	54,0	108	59,7	12 483	59,6	12 591
Squat ou campement	2,0	4	11,8	2 480	11,8	2 484
Sans logement ou hébergement d'urgence	31,0	62	19,6	4 100	19,7	4 162
Besoin d'une domiciliation administrative	6,3	8	23,7	4 547	23,6	4 555
Droits à la couverture maladie						
Droits ouverts	92,5	161	85,8	12 524	14,1	2 079
Droits non ouverts	7,5	13	14,2	2 066	85,9	12 685

(1) Parmi les ressortissants étrangers.

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 : Marc Melki / Picturetank pour la couverture, Olivier Papegnies pour les cahiers intérieurs

Impression :
Imprimerie Payard
www.imprimerie-payard.fr

EN COLLABORATION AVEC